

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

**Сборник материалов
I Медицинского форума Сибири
18–20 мая 2011 года**

**Новосибирск
2011**

ББК 5я431
УДК 61 (063)

I Медицинский форум Сибири: сборник материалов конференций. – Новосибирск: Издательство «Сибпринт», 2011. – 200с.

ISBN 978-5-94301-221-1

ОРГКОМИТЕТ ФОРУМА:

- *Гичева И.М., зам. министра здравоохранения НСО, к.м.н.*
- *Пушкарев О.В., начальник службы информационно-аналитического обеспечения, управления качеством медицинской помощи и перспективного планирования, д.м.н.*
- *Чернышев В.М., заместитель директора по науке, инновациям и взаимодействию с субъектами Федерации Сибирского федерального округа ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства, д.м.н.*
- *Симонова Г.И., заместитель директора по научной работе НИИ терапии СО РАМН, заведующая кафедрой эпидемиологии и профилактики терапевтических заболеваний НГМУ, д.м.н.*
- *Юданов А.В., главный хирург НСО, д.м.н.*
- *Лаптев В.Я., главный специалист по лучевой диагностике, д.м.н.*
- *Дробышев В.А., главный физиотерапевт НСО, д.м.н.*
- *Курбетьева Т.Н., главный терапевт НСО*
- *Гололобова Л.Д., президент Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела*

В сборник вошли материалы конференций: **«Вопросы организации и управления качеством медицинской помощи в условиях модернизации здравоохранения», «Место профилактической помощи населению категорий высокого риска», «Актуальные вопросы хирургии», «Лучевая диагностика в выявлении злокачественных новообразований», «Актуальные вопросы медицинской реабилитации», «Перспективы развития терапевтической службы НСО», «Сестринское дело в Новосибирской области: образование, практика, наука».**

Все материалы публикуются в авторской редакции.

ББК 5я431
УДК 61 (063)

ISBN 978-5-94301-221-1

© Коллектив авторов

Люди, которые заняты возвращением здоровья другим людям, выказывая удивительное единение мастерства и человечности, стоят превыше всех великих на этой земле.
(Вольтер)

СОДЕРЖАНИЕ

Агасаров Л.Г. ЛЕЧЕБНЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ	11
Александрова Т.Б. Образцова Е.Н., Хлынин С.М. РАСЧЕТ ФУНКЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ДОЛЖНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	12
Александрова Т.Б., Образцова Е.Н., Хлынин С.М. НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА КАК ЭТАП ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	14
Баклушина Е.К., Еремцова И.А., Нуженкова М.В. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ ПРАВА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ.....	16
Бедарева И.Ю., Шалыгина Л.С. ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ФГУ «НОВОСИБИРСКИЙ НИИТО МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ»).....	18
Блажиевич И.А. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА (ПО МАТЕРИАЛАМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ НСО «ГНОКБ»)...	20
Богодёрова Л.А., Уколова Л.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА	21
Бубнова Е.В. МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	23
Гапиенко Н.В., Бедорева И.Ю. ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ НОРМАТИВЫ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ КРУПНОГО ГОРОДА	25
Гололобова Л.Д. СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «НОВОСИБИРСКАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА» НА 2011–2015 ГОДЫ	27
Григорьева Е.С., Нестерова Т.П., Образцова Е.Н. АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ	28
Гришин О.В., Парамошкина Е.В. КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МЕТОДОМ РЕСПИРАТОРНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ.....	29
Гурцкой Р.А. ТЕХНОЛОГИИ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ВОССТАНОВЛЕНИИ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН.....	32
Гусев А.О. РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА В СТАЦИОНАРНЫХ КОЙКАХ ДЛЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ ...	33

Демарчук Е.Л., Дробышев В.А. БИОТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАШИНИСТОВ ЛОКОМОТИВОВ С ВЕГЕТАТИВНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ	34
Долгих В.В., Кулеш Д.В., Фомина Н.А., Ярославцева Ю.Н. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РЕГИСТРА ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ИРКУТСКА.....	37
Дробышев В.А., Пашуков Д.А., Поддубнякова В.А., Серовская А.Е. ОПЫТ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ НА БАЗЕ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Г. НОВОСИБИРСКА	39
Дробышев В.А. СОСТОЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ: ИТОГИ ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ	41
Дробышев В.А., Герасименко О.Н., Абибулаева Э.Ш., Кармановская С.А. ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДИКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ	44
Дробышев В.А., Федорова Н.В. ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ГЕНИТАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ	45
Дубилей Г.С., Горева И.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕЛОЭЛЕТРОФОРЕЗА И МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	48
Дьяченко В.Г., Костакова Т.А. ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА	50
Жулябина Ж.В. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПРОЕКТ «ЛИДЕРСТВО В ПЕРЕГОВОРАХ»	52
Жумаев Л.Р., Умурова Д.О., Кодирова Ш.Р., Баймурадов Р.Р. ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СИАЛОДЕНИТОМ	53
Жураева Х.И., Аслонова Ш.Ж., Тухтаева Х.Х., Эркинова Н.Э., Атоев О.О СОСТАВЛЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ	54
Жураева Х.И., Аслонова Ш.Ж., Эркинова Н.Э., Саидмурадова Ж.Ж. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПРОБЛЕМНОГО ОБУЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ВЫПУСКНОГО КУРСА	55
Забылина Н.А. СМЕШАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ И ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО В ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	57
Здоровцева Н.В., Панунцева К.К., Пузырев В.Г. ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К КАЧЕСТВУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ.....	58
Зубков О.В., Капитоненко Н.А., Кирик Ю.В. КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА ВОЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ОТРАСЛИ	61

Казаков Р.А., Тоцкая Е.Г. ОТДЕЛ ПЕРСПЕКТИВНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	63
Калиниченко А.В., Болтенко Н.Н., Борцов В.А. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ.....	64
Калиниченко А.В., Шибанов В.Е., Астраков С.В., Кайгородов А.А., Алешко О.В., Сычёва М.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ	66
Калинкин Д.Е., Карпов А.Б., Тахауов Р.М., Хлынин С.М., Самойлова Ю.А. ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДОВ	68
Камаев И.А., Денисенко А.Н., Шумова Л.М. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	70
Камаев И.А., Севрюков Ф.А., Малинина О.Ю., Елина Ю.А. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	73
Кан В.В., Тоцкая Е.Г. ИННОВАЦИОННЫЙ МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	75
Канунникова Л.В. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	76
Карева Н.П., Лушева В.Г., Богданкевич Н.В., Долгова Н.А. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	79
Карева Н.П., О.С. Семькина, Е.С. Уткина ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ–ПУНКТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПОТИРЕОЗА.....	81
Каширских В.Г. СЛУЧАЙ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ	82
Коваленко В.Ф., Дробинская А.Н., Тендитная Н.М., Пархоменко О.М. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	84
Ковалишена О.В. ПРОБЛЕМЫ РЕЗИСТЕТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ. ОСНОВЫ МОНИТОРИНГА	86
Колесник Л.В. РЫНОК СРЕДСТВ ДЕЗИНФЕКЦИИ. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ЭКОНОМИЧНОСТИ СРЕДСТВ ДЕЗИНФЕКЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ЛПУ г. НОВОСИБИРСКА. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЗСРЕДСТВ- АНАЛОГОВ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОЖНЫХ АНТИСЕПТИКОВ, СОДЕРЖАЩИХ ПРОПИЛОВЫЙ СПИРТ	88
Колядо И.Б., Плугин С.В., Коновалов Б.Ю. МЕДИКО-ДОЗИМЕТРИЧЕСКИЙ РЕГИСТР В ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ, ПОДВЕРГШЕГОСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ	91

Комиссарова Т.В. РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА.....	93
Корнишова Л.П., Потеряева Е.Л. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ СТАНДАРТИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ ..	95
Кравчук М.Е., Никитина М.И. РАСЧЕТ НЕОБХОДИМОГО ЧИСЛА БРИГАД ДЛЯ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	96
Куделя Л.М., Королева О.В., Соколова Н.Б. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В РАЙОНАХ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	99
Курнявкин В.Н, Морозова И.Н., Никитина Т.В., Курнявкина Е.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОАО САНАТОРИЙ «КРАСНОЗЕРСКИЙ»	101
Лаптев В.Я., Волченко С.Н., А.В. Панарин СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	102
Лобанова О.С., Кокоулин А.Г. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	108
Логачева Г.С., Старовойтова С.П. СИНДРОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПРАКТИКЕ СПОРТИВНОГО ВРАЧА	111
Лялюхина А.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ УЧАСТИЯ В ДОНОРСТВЕ	112
Магареф Вагди Ахмед Саед, Камаев И.А. ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ.....	114
Магареф Вагди Ахмед Саед, Камаев И.А. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....	116
Макогон А.С., Колядо В.Б., Репин А.Л. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ	118
Максимова Н.Н., Жилина Н.М., Чеченин Г.И. ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БАЗЫ ДАННЫХ «ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ» г. НОВОКУЗНЕЦКА ЗА ПЕРИОД 2004-2010 гг.	121
Малинин А.Н. О САМООЦЕНКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖИТЕЛЕЙ РАЙОННОГО ЦЕНТРА И ОЦЕНКЕ ИМИ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	123
Мирзаева Д.Б., Саидмурадова Ж.Ж., Некова М.Р., Мардонова З.О. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМЕПРАЗОЛА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	124

Москвина Е.Б., Дюбанова Г.А. СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 2–5 СТАДИИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО РЕГИСТРА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	125
Насырова М.Ш., Хамидова З.Н., Исмагова М.Н., Шарипова Ш.А. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ	126
Осенний С.А. СОЧЕТАНИЕ КВЧ И АКУПУНКТУРЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	127
Панунцева К.К., Моисеева К.Е., Здоровцева Н.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ И КОНСУЛЬТАЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	129
Пархоменко О.М., Хван Л.А., Рябинина Н.И., Анисимова О.В., Добрачева О.А., Еремеева С.А. ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	131
Перекальская М.А. , Останина Ю.О , Макарова Л.И. , Махмудян Д.А. СИНДРОМЫ ЭЛЕРСА-ДАНЛО В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	133
Петров М.В. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНЫХ КОМИССИЙ ПО МНЕНИЮ ВРАЧЕЙ	134
Петрова Н.Г., Дронова А.А. О РЕЗУЛЬТАТАХ ИЗУЧЕНИЯ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ	136
Петрова Н.Г., Прокопьева М.И. О РЕЗУЛЬТАТАХ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ	138
Плещинская В.Я., Нагайцев А.В. ОКАЗАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ОГУЗ ТОМСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА.....	139
Полюкова М.В. ЗАОЧНАЯ ФОРМА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	141
Понькин С.Л., Лебедева Е.С., Суворова Т.С., Тов Н.Л., Мовчан Е.А., Дюбанова Г.А. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК И ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ	143
Поскотина М.И. ПРЕЗЕНТАЦИЯ ИЗДАНИЯ «РУКОВОДСТВО ПО ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕХНИКЕ» ...	145
Пушкарев О.В. ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ КАК ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	146
Радченко Л.П., Чернышев В.М., Иванова Л.К., Юсупова К.Г., Мингазов И.Ф., Круглова Э.В. ОСНОВНЫЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2010 ГОДУ.....	148

Радченко Л.П., Чернышев В.М., Иванова Л.К., Юсупова К.Г., Мингазов И.Ф., Круглова Э.В. СТРУКТУРА И ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА.....	150
Радченко Л.П., Чернышев В.М., Иванова Л.К., Юсупова К.Г., Мингазов И.Ф., Круглова Э.В. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА	151
Сараев А. Р. АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ГОРОДА САМАРЫ	154
Синяговская Н.Г. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ.....	156
Слесаревская Л.С., Королева А.Д. АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ПРИ РАЗРАБОТКЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ В РОССИИ	157
Смирнова Е.Г., Рябиченко Т.И., Скосьрева Г.А., Кузьмина О.И., Гантимурова О.Г. СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	159
Смирнова Ю.В., Некипелова Н.В. СОВРЕМЕННЫЕ АППАРАТНЫЕ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	161
Султанова Н.С., Нургазаева Г.Б., Умурова Д.О., Муродуллаева Н.О. ИЗУЧЕНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ПРИНЦИПОВ УХОДА В РАЗВИТИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ	163
Тептин Г.Е. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ.....	165
Титов В.В., Кокоулин А.Г. АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНМК.....	167
Титова И.А., Дедигурова Т.Н. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	169
Титяев И.И., Савич В.В., Пархоменко О.М., Скворцов М.В., Шевченко С.Ю., Удалов К.В., Осадчий А.В., Андреев С.С., Касьянов Д.С., Мирошник С.С., Афонин А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ	171
Фадеева А.Е., Жилина Н.М., Чеченин Г.И. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ И РЕБЕНКА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	172
Финченко Е.А. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	175

Финченко Е.А., Комиссарова Т.В., Шалыгина Л.С. Клевасов А.И., Цыцорина И.А., Шарапов И.В., Ивановский О.И., Федоров Д.С. ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОСНОВА РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	176
Хильченко О.М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММНОГО ПРОДУКТА ДЛЯ РАСЧЕТА ПОТРЕБНОСТИ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	178
Хильченко О.М. СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ В ЛПО	179
Цикаленко Е.А., Кокоулин А.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ И МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	182
Шабанова Н.А., Шубина О.С., Уколова Л.А., Богодерева Л.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	184
Шведлидзе Е.В., Карева Н.П., Пасман Н.М. ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН	185
Шелякина О.В., Стрельникова Е.В. ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИННО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	187
Шпагина Л.А., Кармановская С.А., Дробышев В.А., Абибулаева Э.Ш. РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ СТРЕССЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	190
Шумкин А.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО РАБОЧЕГО МЕСТА «ДИСПЕТЧЕР-ЭВАКУАТОР» СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. НОВОКУЗНЕЦКА	191
Эпельман Б.В., Калинин О.В. О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ, ЛИШИВШИХСЯ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ	193
Юрьев В.К., Заславский Д.В., Харбеция Ш.Д., Хведелидзе М.Г. СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ И ВРАЧАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЛАСТНОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	195
Юрьев В.К., Кучумова Н.Г., Витенко Н.В., Исенов С.К., Горонджадзе А.Г. НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ	197

Агасаров Л.Г.¹

Российская ассоциация рефлексотерапевтов, г. Москва

ЛЕЧЕБНЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ

Аннотация: Обследовано и пролечено 90 больных с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника разделенных на 3 группы. В 1-й дополнительно к базисному лечению проводили фармакопунктуру катализатора Убихинон композитум и хондропротектор Цель Т (Хеель), во 2-й – эти же препараты методом электрофореза, в 3-й – внутримышечно. В результате лечения в 1-й и 2-й группах положительные изменения отмечались в 74-76% наблюдений, тогда как в 3-й группе - 52%. В случае фармакопунктуры наблюдалось значимое снижение нейроваскулярных сдвигов в нижних конечностях. на фоне электрофореза отмечалось значимое обратное развитие мышечно-дистонических проявлений, которое сохранялось на протяжении 6 месяцев.

Annotation: Examined and treated 90 patients with dorsopathy lumbar spine divided into 3 groups: in the 1st in addition to standard treatment were farmakopuncture with catalyst Ubichuion compositum and chondroprotector Purpose T (Heel), in the 2th group - the same drugs by electrophoresis, in 3th-intramuscularly. As a result of treatment in the 1st and 2th group of positive changes were noted in 74-76% of cases, where as in the 3th group -52%. In the case of farmakopuncture observed a significant reduction in neurovascular changes in the legs, against electrophoresis indicated a significant regression of the muscle dystonic manifestations, that persisted for 6 months.

Важным принципом восстановительной медицины является взаимодополнение лечебных технологий. В частности, подтверждено расширение лечебных эффектов в случае инъекции гомеопатических средств в область точек рефлексотерапии (метод фармакопунктуры). Помимо этого, единичные сведения подтверждают результативность электрофореза данными препаратами. Эти моменты обусловили проведение настоящего исследования, посвященного анализу эффективности различных программ лечения больных с дорсопатиями.

Под наблюдением находилось 90 больных (38 женщин и 52 мужчин от 35 до 60 лет) с дорсопатиями на пояснично-крестцовом уровне в стадии затянувшегося обострения. Рефлекторные вертеброгенные синдромы были диагностированы в 55 наблюдениях, корешковые - в 35. Больные были разделены на 3 группы — две основные и одну сравнения, каждая из 30 человек. Фоновое лечение включало минимальный прием медикаментов и ЛФК. Дополнительно, с целью восстановления обменных реакций, использовали катализатор Убихинон композитум (Хеель) - по 10 внутримышечных инъекций, через день. В качестве базового средства применяли хондропротектор Цель Т (Хеель) – 10 процедур через день. Методически в 1-ой группе проводили фармакопунктуру данным средством, а во 2-ой - электрофорез. В группе сравнения Цель Т вводили стандартно – внутримышечно.

В результате лечения в основных группах отмечены сопоставимые положительные изменения – в 74-76% наблюдений, тогда как в группе сравнения показатель улучшения не превышал 52%. В основных группах отмечена мозаичность достигаемых эффектов. В случае фармакопунктуры наблюдалось значимое ($p < 0,05$) снижение нейроваскулярных сдвигов в нижних конечностях, подтверждаемое результатами сосудистого анализа. С другой стороны, обратное развитие мышечно-дистонических проявлений было отчетливее на фоне электрофореза. В группе сравнения регресс неврологической симптоматики был менее ($p < 0,05$) выражен, чем в основных группах.

По истечению 6 месяцев в основных группах достигнутый эффект сохранялся в 70 и 65% наблюдений соответственно, тогда как в группе сравнения этот показатель не превышал 50%. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения предложенных комплексов в клинике.

¹ Доктор медицинских наук, профессор

Александрова Т.Б.¹ Образцова Е.Н.², Хлынин С.М.³*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск***РАСЧЕТ ФУНКЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ДОЛЖНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

A specialist's function for medical job was calculated in the Tomsk primary health care. It was timing. Planned function for medical job is medical load \times active day's time \times active year's time (table 1,2,3).

Руководствуясь отраслевыми приказами и рекомендациями, на базе одного из муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений г. Томска был проведен расчет функции врачебной должности (ФВД) по результатам хронометража рабочего времени врачей, ведущих амбулаторный прием.

Плановая функция врачебной должности рассчитывалась по формуле:

$$\text{ФВД} = \text{Б} \times \text{С} \times \text{Г},$$

где Б – количество посещений к врачу на 1 час работы в поликлинике и на дому (нагрузка), С – продолжительность работы в день по приему больных (число часов работы отдельно на приеме в поликлинике и по оказанию помощи на дому), Г – число рабочих дней в году. В табл.1,2,3 представлен расчет составляющих элементов (Б, С, Г) представленной формулы.

Таблица 1

Число посещений на 1 час работы (Б).**Сравнительная характеристика данных хронометража, нормативов приказа
МЗ СССР № 1000 , рекомендаций других авторов**

Наименование врачебной специальности	На приеме в поликлинике				На дому			
	Данные хрономе- тража	Ряхи- мов Ю.	Саба- нов В.И.	Пр.МЗ СССР № 1000	Данные хрономе- тража	Ряхи- мов Ю.	Саба- нов В.И.	Пр.МЗ СССР № 1000
Инфекционист	3,5	3,9	4,0	5,0	1,25	1,9	-	2,0
Кардиолог	3,0	2,9	3,0	5,0	1,25	-	-	1,25
Невролог	3,4	3,9	3,0	4,0	1,25	1,3	-	2,0
Отоларинголог	5,2	6,8	5,0	8,0	1,25	1,3	-	1,25
Офтальмолог	5,2	6,8	5,0	8,0	1,25	1,3	-	1,25
Терапевт	3,5	3,9	4,0	5,0	2,0	1,9	1,5	2,0
Врач общей практики	-	2,9	-	-	-	1,4	-	-
Уролог	3,3	4,8	-	5,0	1,25	1,3	-	1,25
Хирург	6,0	5,3	6,0	9,0	1,25	1,25	-	1,25
Эндокринолог	3,0	3,9	3,0	3,0	1,25	1,3	-	1,25

По данным проведенного хронометража рабочего времени и рекомендаций отдельных авторов - Ю. Ряхимов, Сабанов В.И. [2,3], уровень нагрузки врача на амбулаторном приеме оказался несколько ниже в сравнении с ранее действовавшими нормативами (приказ МЗ СССР от 23.09.1981 № 1000 в 1990 г. признан утратившим силу). Целесообразность снижения нагрузки и, соответственно, увеличения времени

¹ Кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья

² Кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья

³ Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья

на прием амбулаторных пациентов связана с сокращением очередей и времени ожидания приема, установкой на повышение качества медицинской помощи.

В таблице 2 представлен пример распределения дневного рабочего времени из расчета нормативного рабочего времени в неделю (каждая медицинская организация проводит самостоятельный расчет в зависимости от местных условий). При рациональном распределении рабочего времени с учетом продолжительности рабочей недели для медицинских работников 39 часов (у врача-инфекциониста – 36), согласно ст. 350 Трудового кодекса РФ, выделяется время на прием пациентов в поликлинике, обслуживание вызовов на дому и выполнение прочих видов работ.

Таблица 2

Распределение рабочего времени (С)

Специалисты	Кол-во рабочих часов в неделю				Среднее кол-во рабочих часов в день			
	прием	на дому	прочие	всего	прием	на дому	Прочие	всего
Инфекционист	20	4	12	36	4,0	0,8	2,4	7,2
Кардиолог	30	4	5	39	6,0	0,8	1	7,8
Невролог	30	4	5	39	6,0	0,8	1	7,8
Оториноларинголог	30	4	5	39	6,0	0,8	1	7,8
Офтальмолог	30	4	5	39	6,0	0,8	1	7,8
Терапевт	20	10	9	39	4,0	2,0	1,8	7,8
Уролог	30	4	5	39	6,0	0,8	1	7,8
Хирург	30	4	5	39	6,0	0,8	1	7,8
Эндокринолог	30	4	5	39	6,0	0,8	1	7,8
врач ОВП	25	5	9	39	5,0	1,0	1,8	7,8

Под прочими видами работ рассматриваются такие, как санитарно-просветительная работа, посещение врачебных конференций, проведение анализа работы, планирование мероприятий по диспансеризации и иммунизации, формирование заявки на льготное лекарственное обеспечение для отдельных категорий больных и пр.

Баланс годового рабочего времени врачей, ведущих амбулаторный прием (Г), рассчитанный с учетом норм Трудового кодекса (ст.112, 95) составляет для терапевтов 216 рабочих дней, узких специалистов – 219. Полученные данные позволяют рассчитать годовой объем медицинской помощи для каждого специалиста, оптимальные значения которого представлены в табл.3.

Таблица 3

Расчет функции врачебной должности (ФВД расчетная)

Наименование врачебной специальности	Функция врачебной должности (число посещений на 1 врачебную должность) в год	Наименование врачебной специальности	Функция врачебной должности (число посещений на 1 врачебную должность) в год
Инфекционист	3066	Терапевт	3888
Невролог	4685	Уролог	4336
Отоларинголог	7050	Хирург	8101
Офтальмолог	7050	Эндокринолог, кардиолог	3942

Фактический уровень нагрузки врача на амбулаторном приеме зависит от состава населения, структуры заболеваемости, медицинской активности населения, авторитета и квалификации врача, организации работы, объема профилактических мероприятий и др. Полученные данные позволяют определить необходимую численность врачей соответствующих специальностей для обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи.

Александрова Т.Б.¹, Образцова Е.Н.², Хлынин С.М.³

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА КАК ЭТАП ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

In Russia local doctors are 15-25% from all doctors, while in developed countries - 50-60%. Limitation the time for a patient's appointment providing for accessibility. Lack of time for ambulatory care generating the big waiting list on patients before doctor's consulting room. High intensity work and continuous load bring to low effectiveness and bad quality medical care. Necessary to assume the measures to step up the time for ambulatory care.

Несомненной ценностью национального проекта «Здоровье», принятого в РФ в 2005 году, явилось приоритетное развитие первичной медико-социальной помощи (ПМСП). Основными элементами данного вида помощи являются такие как просвещение в вопросах здоровья, методы профилактики и контроль здоровья, иммунизация против основных инфекций, скрининг и выявление заболеваний, приемлемое лечение наиболее распространенных заболеваний и травм, оказание социальной и психологической помощи населению. Кроме того, на современном этапе признана необходимость проведения непрерывного наблюдения за пациентом от рождения до смерти, а также семейная ориентация в работе врача, работающего в первичном звене. Эти принципы привели к созданию новой культуры здравоохранения, повышению значимости первичного звена.

В то же время в деятельности ПМСП накопилось множество проблем, приводящих к низкой эффективности системы здравоохранения, неудовлетворенности пациентов и медицинского персонала. Одной из таких проблем является крайне низкая доля врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь: в России она составляет 15-25%, в то время как в развитых странах - 50-60% от общей численности врачей. Чтобы обеспечить доступность ограниченного числа врачей для пациентов, используется лимитирование времени на прием одного пациента. В результате на практике повышение доступности достигается либо за счет снижения качества оказания медицинской помощи, либо скопления больших очередей перед кабинетами врачей. На амбулаторный прием пациентов выделяется недостаточное количество времени, усугубляющееся увеличением объема и трудоемкости выполнения отдельных функций медицинским персоналом. Перегруженность врачей приемом приводит к частым ошибкам в ведении больных, высокая напряженность труда в течение длительного времени приводит к снижению его эффективности и качества медицинской помощи для населения.

Специфической особенностью амбулаторно-поликлинической помощи, отличающей ее от других видов оказания медицинской помощи, является то, что специалисты первичного звена должны уметь принимать быстрые решения, в том числе при установлении диагноза заболевания, обладать психологической устойчивостью и выносливостью к конвейерному темпу работы. Исключительно к амбулаторной относится деятельность по экспертизе временной и стойкой нетрудоспособности, назначение и оформление льготных лекарственных средств, наркотических лекарственных средств онкологическим больным, диспансеризация и

¹ Кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья

² Кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья

³ Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья

иммунизация населения, освидетельствование граждан с целью допуска к отдельным видам деятельности и многое другое. Такие задачи требуют не только дополнительных знаний и навыков у медицинского персонала, но и достаточного времени для принятия правильного решения. «Службы, оказывающие первичную медико-социальную помощь в нашей стране, остаются перегруженными и потому малоэффективными. Длительное время ожидания приема... снижает доступность медпомощи для работающего населения...» (Т.Голикова, министр МЗ СР РФ).

Самым затратным по времени является ведение медицинской документации. 40% времени приема врач тратит на заполнение медицинской документации. К сожалению, тенденции к увеличению документооборота на уровне ПМСП нарастают. Не спасает положение передача ведения части документов на уровень медицинской сестры и применение компьютерной техники. Напрашивается идея о сокращении объема заполняемой документации, но практически все данные о деятельности здравоохранения формируются именно на уровне первичного звена. Выход из сложившейся ситуации очевиден - разукрупнение участков и уменьшение нагрузки.

В настоящее время действие приказа Минздрава СССР от 23.09.1981 № 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений», утверждавшего нормы обслуживания для врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, отменено. Согласно приказу МЗ СССР от 31 августа 1989 г. № 504 отраслевые нормы труда (штатные нормативы, нормы времени, нагрузки) носят рекомендательный характер, конкретные нормы нагрузки работников устанавливаются непосредственно в учреждениях здравоохранения их руководителями с учетом местных условий. В соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации от 30 декабря 2001 года № 197-ФЗ (с изменениями от 2002-2009гг) и постановлением Правительства РФ от 11.11.2002 № 804 «О Правилах разработки и утверждения типовых норм труда» государство отказалось от централизованного регулирования вопросов нормирования труда и сохранило за собой (в лице федерального органа исполнительной власти - Минздравсоцразвития России) лишь разработку и утверждение Типовых норм, также имеющих рекомендательный характер. Эти нормы в основном служат для расчета местных норм, хотя могут применяться и непосредственно. Пересмотр норм труда, принятие локального нормативного акта осуществляется по решению работодателя с учетом мнения представительного органа работников.

Норма труда должна быть ориентирована на нормальный ритм и темп работы, средний устойчивый уровень производительности труда, недопущение брака, отклонения от норм охраны труда и правил внутреннего трудового распорядка и т.д. Сбор информации осуществляется по данным статистической отчетности, экспертной оценки или фотографии рабочего времени [2].

Критериями оценки эффективности работы врача в настоящее время является устойчиво положительная динамика таких показателей здоровья населения, как низкая смертность, стабилизация показателей первичной и общей заболеваемости с качественным изменением ее структуры, показатель заболеваемости социально значимыми болезнями. Недостаточность времени на амбулаторный прием пациентов, увеличение объема и трудоемкости выполнения отдельных функций медицинским персоналом приводит к большим очередям перед кабинетами врачей. Высокая напряженность труда в течение длительного времени в свою очередь вызывает снижение его эффективности и качества медицинской помощи для населения. Принятие мер по увеличению времени на прием пациентов – важный шаг в повышении качества медицинской помощи.

Баклушина Е.К.¹, Еремцова И.А.², Нуженкова М.В.³

Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ ПРАВА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Право пациента на информацию установлено ст. 31 Основ законодательства об охране здоровья граждан. Серьезную роль в реализации этого играют и медицинские сестры. Изучение и анализ уровня реализации права проводился на основе анкетирования 200 медсестер педиатрической службы Ивановской и Владимирской областей. Однако в настоящее время отсутствует механизм реализации данного права пациента различными медицинскими работниками.

Patient's right to information is established in Art. 31 of the Foundations of Russian legislation on health care. The major role in implementing this law is performed by nurses. The study and analysis of the level of this right realization was based on questioning 200 pediatric nurses in Ivanovo and Vladimir regions. However, there are currently no mechanisms for the implementation of this patient's right by the medical profession.

Право на информацию о состоянии здоровья является одним из важнейших в сфере правового обеспечения пациентов. Оно, в отличие от ряда других прав, реализуется в медицинских организациях постоянно, повседневно. Однако порядок информирования пациентов медицинским персоналом, в том числе медсестрами, практически не определен. Полноценная реализация права пациента на получение информации невозможна без четкого определения содержания и объема предоставляемых сведений, разработки и внедрения в практическую деятельность медицинских сестер организационных технологий по информированию пациентов.

Целью исследования, проведенного на базе кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФДППО Ивановской государственной медицинской академии, явилось изучение информированности медсестер о праве пациента на получение информации, а также изучение состояния реализации данного права медицинскими сестрами педиатрического звена.

С помощью специально разработанной анкеты было проанализировано мнение 200 медсестер о предоставлении информации несовершеннолетним пациентам и их законным представителям медицинскими сестрами.

Так, 11,5% опрошенных считают принципиально возможным информирование родителей несовершеннолетних пациентов по различным вопросам состояния здоровья ребенка средним медицинским персоналом. Соответственно, подавляющее большинство относит информирование пациента к исключительной компетенции врача.

Определенный интерес представляют данные опроса о разделении информации медицинского характера на «допустимую» и «недопустимую» к предоставлению законным представителям несовершеннолетних пациентов. Выявлено, что 67,5% опрошенных считают, что не должны разговаривать с родителями о диагнозе (соответственно, треть медсестер считает это вполне допустимым), 74% - о прогнозе заболевания, 48,5% - о рекомендованных методах лечения (соответственно, более половины вполне допускают обсуждение назначенного врачом лечения), 17% - о необходимости вакцинации, 22% - о необходимости госпитализации, 80% - о профессиональных и личных качествах врача (каждая пятая медсестра, таким образом, не считает это недопустимым). Конечно, подобные мнения и их реализацию на

¹ Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ФДППО

² Аспирант кафедр организации здравоохранения и общественного здоровья ФДППО

³ К.м.н., ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФДППО

практике далеко не всегда можно отнести к нарушениям норм права и морали, т.к. вполне могут быть ситуации, когда медицинская сестра должна и может дать конкретные рекомендации, по выполнению отдельных лечебных процедур и манипуляций, она может оказаться в ситуации при выходе на дом, когда требуется немедленное принятие решение о госпитализации и т.д. Однако неоднородность мнений свидетельствует о том, что единых представлений о допустимом и недопустимом в информировании родителей несовершеннолетних пациентов медсестрами у респондентов нет.

Подобная тенденция прослеживается при анализе мнения участников исследования о том, какую информацию обязана предоставлять медицинская сестра родителям несовершеннолетних пациентов. Данные опроса свидетельствуют, что 63% респондентов считают, что медицинская сестра обязана информировать пациентов об их правах и обязанностях, 16% - о характере и причинах заболевания ребенка, 4,5% - о прогнозе заболевания, 38,5% – о необходимости прививок, 20,5% - о необходимости госпитализации, 8,5% - о рекомендованных методах лечения, 37% - о рекомендованных методах профилактики, 66% - о правилах поведения ребенка в лечебно-профилактическом учреждении, 74,5% - о режиме, 74,5% – о питании детей, 94,5% – о правилах ухода за ребенком.

В то же время, есть предусмотренные стандартами профессиональной деятельности медицинских сестер обязанности по предоставлению информации для обучения родителей правилам ухода за здоровым и больным ребенком, о которых не знают 3,5%.

Функция информирования преимущественно принадлежит лечащему врачу и заведующему отделением. Однако закон предполагает возможность ситуации, когда информацию могут предоставить и «иные специалисты, непосредственно принимающие участие в обследовании и лечении», т.е. прямого запрета в законе для медсестер нет. На практике из-за загруженности врачей или по иным причинам у пациентов порой нет возможности обсудить беспокоящие их вопросы. Тогда больные все чаще пытаются найти ответ у медицинской сестры, ожидая от нее разъяснений всего сказанного врачом или неправильно понятое. На вопрос, часто ли родители несовершеннолетних пациентов просят средний медицинский персонал предоставить им информацию о состоянии здоровья ребенка, 19% медсестер указали, что родители постоянно обращаются с подобной просьбой, часто - 33,5%, редко – 47,5%.

Нами выявлено, что только 39% медсестер были в той или иной мере проинструктированы о предоставлении информации родителям несовершеннолетних пациентов. Из них 73,08 % отметили на то, что указания о характере и объеме информирования были даны старшими медицинскими сестрами, 53,85% получили инструкции от врачей, 7% - от заведующих отделениями, 5% - от главных медсестер. Полученные данные показали отсутствие должной ответственности в предоставлении информации родителям между врачами и медицинскими сестрами.

В соответствии со ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан пациент имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией. О праве пациента знакомиться с медицинской документацией знают лишь 23% респондентов-медсестер. Медицинские сестры нередко сталкиваются с просьбой родителей ознакомить их с записями в истории болезни или амбулаторной карте (23,5% слышали эту просьбу часто, 51% - редко, 25,5% - никогда). Возникает вопрос – считать ли подобный подход нарушением права пациента, или же медицинские сестры правы и знакомить родителей с документацией может только врач, поскольку пациентов (или их законных представителей) волнуют чаще всего вопросы, касающиеся точного диагноза, лечения, результатов исследований и их трактовки.

Вряд ли медсестра может дать компетентные ответы на них. Однако в медицинских организациях отсутствуют какие-либо нормативные документы, регулирующие подобную ситуацию.

Таким образом, представления медицинских работников о реализации права пациента на информацию медицинскими сестрами весьма различаются. Это обусловлено, прежде всего, отсутствием нормативных документов федерального уровня, регламентирующих порядок информирования пациентов по различным медицинским аспектам отдельными категориями медицинских работников. Вопрос о разделении компетенций между медицинскими работниками в информировании пациентов в медицинских организациях в настоящее время не находит должного внимания. В то же время именно механизм локального регулирования данной проблемы является, на наш взгляд, наиболее оптимальным.

Бедарева И.Ю.¹, Шалыгина Л.С.²

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Новосибирск

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ФГУ «НОВОСИБИРСКИЙ НИИТО МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ»)

Современные экономические условия функционирования и развития российского здравоохранения обуславливают целесообразность внедрения новых форм управления. Отраслевым учреждениям здравоохранения необходима система, реализующая концепцию системного обеспечения качества, предусматривающая постоянную работу по созданию условий, в которых требуемое качество медицинских услуг производится на каждом этапе оказания медицинской помощи. Достижению таких целей служит разработанная, документально оформленная, внедренная и поддерживаемая в рабочем состоянии система менеджмента качества (СМК).

Новосибирским НИИТО разработана, внедрена и в 2004 году сертифицирована СМК, соответствующая требованиям международного стандарта ИСО 9001 версии 2000 года. В ходе разработки СМК были идентифицированы и детально описаны в Руководстве по качеству и стандартах института ключевые и вспомогательные процессы в области предоставления профильных медицинских услуг, их последовательность и взаимодействие, определены необходимые для функционирования ресурсы и информация, а также критерии и методы для мониторинга и обеспечения результативности этих процессов.

В клиникеских отделениях института, оказывающих специализированную травматолого-ортопедическую помощь, внедрен комплексный стандарт «Организация лечебно-диагностического процесса. Оказание медицинской помощи в клиниках ННИИТО». В стандарте представлены содержание и последовательность выполняемых работ, необходимые ресурсы и матрица ответственности должностных лиц, что позволяет обеспечить непрерывность управления и мониторинга. В соответствии с профилем института большое внимание уделено функциональному блоку «Хирургическое лечение». Разработаны и внедрены «Стандарты оказания медицинской помощи», включающие унифицированные эталоны объема

¹ Д.м.н., заместитель главного врача по качеству ФГУ «Новосибирский НИИТО Минздравсоцразвития РФ»

² К.м.н., начальник отдела стандартизации и качества ФГУ «Новосибирский НИИТО Минздравсоцразвития РФ»

диагностических и лечебных медицинских услуг, сроки пребывания больных в стационаре. Для установления единых требований к диагностике, лечению и реабилитации разрабатываются клинические протоколы ведения больных травматолого-ортопедического профиля.

Разработанная модель оценки системы управления качеством медицинской помощи включает следующие разделы:

- определение удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- внутренние аудиты;
- мониторинг и измерение процессов;
- мониторинг и измерение медицинской услуги.

Деятельность по постоянному улучшению включает анализ и оценку сложившейся ситуации, определение сфер и целей ее улучшения, поиск возможных решений для достижения поставленных целей и выбор оптимальных из них, выполнение выбранного решения, анализ и оценку результатов выполнения принятого решения, формализацию произведенных изменений процессов и процедур. Для интенсификации возможностей улучшения используются внутренний аудит и анализ системы менеджмента качества.

В настоящее время получены практические результаты внедрения системы, подтвержденные при проведении надзорных аудитов. Положительные результаты подтверждаются:

- повышением удовлетворенности потребителей;
- повышением результативности и эффективности деятельности подразделений института;
- повышением производственной дисциплины и увеличением заинтересованности персонала в качестве работы;
- увеличением объемов финансирования, в том числе внебюджетной составляющей, повышением уровня доходов персонала.

Положительные результаты внедрения системы менеджмента качества подтверждаются также улучшением основных показателей деятельности - увеличением количества пролеченных больных, ростом операционной активности и значительным увеличением количества пролеченных больных в 2011 году более чем в 2 раза, по сравнению с 2005 годом.

Внедрение в Новосибирском НИИТО модели менеджмента качества по международному стандарту ИСО 9001:2000 гарантирует бесперебойное функционирование процессов, ориентацию на потребителя и, как следствие, стабильное качество медицинских услуг и предполагает постоянное совершенствование во всех видах деятельности для поддержания уровня международных стандартов.

В настоящее время проводится дальнейшее совершенствование системы менеджмента качества в области оказания медицинской помощи, расширение области применения и распространение ее на научно-исследовательскую деятельность и образовательный процесс, а также трансформация системы менеджмента качества в систему управления устойчивым развитием.

Блажиевич И.А.¹

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области
«Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск*

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА (ПО МАТЕРИАЛАМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ НСО «ГНОКБ»)

В тезисах доклада говорится о важности своевременной диагностики различных нарушений в системе гемостаза и своевременном назначении адекватной профилактики развития тромбозов и кровотечений. Описаны диагностические и лечебные возможности гематологического отделения Государственной Новосибирской областной клинической больницы при наличии у больных геморрагических диатезов и тромбофилий.

В настоящее время в медицине большое внимание уделяется изучению различных нарушений в системе гемостаза. Этот интерес обусловлен, с одной стороны, широкой распространенностью данной патологии среди населения, а с другой - тем, что эти нарушения нередко являются одной из причин возникновения различных заболеваний и осложнений. На сегодняшний день общеизвестно, что наследственные и приобретенные тромбофилии лежат в основе развития ишемического инсульта, инфаркта миокарда у лиц молодого возраста, а также нередко являются основной причиной невынашивания беременности. Геморрагические диатезы также могут представлять определенную угрозу для здоровья и жизни человека, а в случае необходимости проведения оперативного вмешательства создают риск развития тяжелого кровотечения. Своевременная диагностика и профилактическое лечение нарушений в системе гемостаза позволяют избежать развития тяжелых осложнений.

В гематологическом отделении Государственной Новосибирской областной клинической больницы проводятся дифференциальная диагностика и подбор лечения пациентам с различными нарушениями в свертывающей системе крови. Большое внимание уделяется ранней диагностике и лечению больных гемофилией и болезнью Виллебранда. Ведется регистр больных этими заболеваниями, проживающих на территории Новосибирской области. Всем пациентам, получающим профилактическую гемостатическую терапию концентратами дефицитных факторов свертывания, не реже двух раз в год определяется уровень активности VIII (IX) факторов свертывания крови, фактора Виллебранда и ингибиторов к ним, выполняется агрегатограмма. При выполнении плановых и экстренных оперативных вмешательств осуществляется периоперационное ведение больных. В течение последних 3-х лет двум больным среднетяжелой формой гемофилии А было проведено эндопротезирование коленных суставов. Сразу после операции больные были доставлены в гематологическое отделение, где проводилась поддерживающая гемостатическая терапия, мониторинг активности VIII фактора свертывания и реабилитация больных. Периоперационное ведение пациентов с геморрагическими диатезами в гематологическом отделении позволяет снизить до минимума возможные послеоперационные осложнения и рационально использовать хирургические койки.

Первичным пациентам с геморрагическими диатезами для уточнения диагноза проводится детальное исследование системы гемостаза (выполняются агрегатограмма, исследуется активность фактора Виллебранда, факторов VIII, IX, а также выполняются рутинные анализы исследования свертывающей системы крови).

Кроме геморрагических диатезов, проводится дифференциальная диагностика различных тромбофилических состояний у больных, имеющих в анамнезе тромбозы, а

¹ Заведующая отделением гематологии, канд. мед. наук

также у женщин с привычным невынашиванием беременности и у беременных женщин, имеющих признаки фетоплацентарной недостаточности (либо с развившимися во время беременности венозными тромбозами). Также пациенты консультируются амбулаторно. В отделении пациентам с подозрением на тромбофилию обязательно выполняются исследование уровня антитромбина-III, протеинов С, S, определяется резистентность V активированного фактора к активированному протеину С, определяются активность фактора Виллебранда, VIII и IX факторов свертывания крови, назначаются исследование генетических мутаций в системе фолатного цикла, определение уровня гомоцистеина и другие анализы. За последние 3 года в условиях гематологического отделения пролечены 33 беременных женщины с различными нарушениями в системе гемостаза. Одной женщине с аутоиммунной тромбоцитопенией во время беременности была проведена спленэктомия. После операции нормализовалось количество тромбоцитов, беременность была пролонгирована до 40 недель и проведено успешное родоразрешение.

Двум женщинам с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, в связи с выраженной тромбоцитопенией, родоразрешение проводилось с гемостатической поддержкой эптакогом альфа (активированным). Кровотечения не отмечались. Женщины с тромбофилическими состояниями в течение всего периода беременности активно курируются врачами-гематологами, им проводится профилактика развития тромбозов низкомолекулярными гепаринами, дизагрегантами и другими препаратами. В случае первичного антифосфолипидного синдрома, при высоких значениях уровня волчаночного антикоагулянта, беременным женщинам проводится дискретный плазмаферез, что позволяет снизить риск гибели плода и пролонгировать беременность.

Таким образом, своевременная диагностика различных нарушений в системе гемостаза и подбор адекватной терапии позволяют во многих случаях выявить одну из важных причин развития тромбозов сосудов и геморрагического диатеза.

Богодёрва Л.А.¹, Уколова Л.А.²

Государственная Новосибирская областная клиническая больница, г. Новосибирск

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА

Intensive therapy of inflammatory diseases of joints and a backbone is used in cases of standard methods inefficiency. This method is used in the treatment of rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis. Clinical improvement was achieved in 98% of patients. Remission was noticed in 28 % of patients, mainly in cases of initial stage of RA. Use of biological medications in treatment of inflammatory diseases of joints and a backbone is highly effectively, but it is limited because of high cost.

Воспалительные заболевания суставов и позвоночника, такие как ревматоидный артрит (РА), псориатический артрит (ПА), анкилозирующий спондилит (АС), особенно тяжелые и рефрактерные формы течения, как правило, не отвечают на стандартные методы лечения. В этих случаях бывают показаны методы интенсивной терапии, а также использование биологических препаратов.

¹ Заведующая ревматологическим отделением ГБУЗ «ГНОКБ»

² К. м. н., доцент кафедры внутренних болезней НГМУ

В течение 6 лет в ревматологическом отделении нашел применение метод синхронной интенсивной терапии (СИТ) РА, ПА и АС. За основу была взята методика СИТ, разработанная Институтом ревматологии. Для лечения РА и АС метод включал последовательное синхронное использование плазмафереза, мини-пульс терапии метилпреднизолоном (МП) и внутривенное введение метотрексата (МТ) 40мг. 5 курсов в течение первого месяца лечения, затем ежемесячно в течение полугода с еженедельным введением МТ 10мг. При ПА плазмаферез сочетался с инфузией 100 мг метотрексата и 250 мг метилпреднизолона. Выполнялось 4 процедуры с интервалом 2 недели, а затем назначался метотрексат 20 мг в неделю. При неэффективности СИТ у больных АС назначалась биологическая терапия Инфликсимабом (Ремикейд) в стандартной дозе дозе 5мг/кг. Введение препарата проводилось в 0, 2, 6недели, затем препарат вводился каждые 8 недель.

По программе СИТ проведено лечение 63 больным с РА, половина из них получила полный 6-месячный курс, у остальных пациентов курс лечения был сокращен из-за возникновения осложнений или по организационным причинам. Наиболее частыми были нежелательные реакции на МТ (гепатотоксичность) при сопутствующем описторхозе. Инфекционные осложнения встречались редко. Улучшение достигнуто у 98% больных, вследствие низкой эффективности лечение было прекращено только в 1 случае. Ремиссию удалось индуцировать у 28% больных, преимущественно при раннем РА, что позволило предотвратить прогрессирование эрозивного поражения суставов.

Также СИТ была проведена 10 больным с АС, у 8 пациентом констатировалось временное улучшение состояния, достичь ремиссии не удалось ни в одном случае. У 2 больных лечение прекращено из-за неэффективности. Гепатотоксичность МТ зарегистрирована только у 1 больного, лечение было прервано. Инфекционных осложнений не выявлено.

Интенсивная терапия тяжелых форм ПА высокими дозами МТ и МП в сочетании с плазмаферезом показала высокую эффективность при ПА независимо от стадии и длительности заболевания. Клинико-лабораторное улучшение до минимальной активности достигнуто у 68% больных. Каких-либо осложнений не отмечалось.

Лечение Ремикейдом получили 7 больных АС. Быстрая и наибольшая динамика основных клинических показателей, развивалась у всех пациентов уже после первой инфузии Ремикейда. После 2 инфузий у 6 пациентов клинических проявлений активности не наблюдалось. Значимых осложнений (инфузионных или инфекционных) не зарегистрировано.

Заключение. Интенсивная терапия высокими дозами МТ и МП, дополненная плазмаферезом, является перспективным направлением в практической ревматологии, так как экономическая доступность сочетается с высокой эффективностью и относительной безопасностью лечения. Агрессивная терапия, особенно ранних форм РА и ПА, позволяет приостановить и отдалить наступление выраженных структурных поражений и функциональных нарушений суставов. Для больных АС СИТ не показала свою эффективность. А использование генно-инженерной терапии препаратом Ремикед продемонстрировало высокую эффективность и быстрое изменение качества жизни, но широкое использование ГИБП ограничено их высокой стоимостью.

Бубнова Е.В.¹

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Аннотация: В настоящее время одной из ключевых составляющих системы социальной защиты населения является медицинское обслуживание инвалидов и пожилых. Медицинские работники составляют около трети всех кадров сферы социального обслуживания. Работники этой сферы деятельности трудятся на стыке специальностей и, вне зависимости от вида исполняемой работы, относятся к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества, в целом. Данный труд требует большой эмоциональной нагрузки, знаний психологии, социальной педагогики, медико-социальных познаний. Специалисты социальной защиты населения вообще, а медики в большей мере, не видят результатов своего труда. Такой труд отличается высокой эмоциональной напряжённостью и негативным влиянием на здоровье. Эмоциогенные факторы вызывают чувство нарастающей неудовлетворённости, накопление усталости, что ведёт к кризам на работе, истощению, астенизации и, как следствие, профессиональному выгоранию.

Annotation: Currently one of the key components of the system of social protection of the population is medical care of persons with disabilities and the elderly. Medical workers make up about one-third of all personnel sphere of social service. Workers of this sphere of activity work at the junction of specialties and, regardless of the type of executable work, belong to the group of professionals with high moral responsibility for the health and life of individuals, groups and society as a whole. This work requires a lot of emotional load, knowledge of psychology, social pedagogy, health and social knowledge. Specialists of social protection of the population in general, and physicians for the most part, do not see the results of their labour. Persons with disabilities and the elderly, chronically ill, differ from the rest of the mass of the population psychological imbalances and deviant behavior in one way or another. That is such work is of high emotional tension and negative impact on health. Emociogennic factors cause the feeling of growing dissatisfaction, the accumulation of fatigue, which leads to kriz at work, exhaustion, asthenia and, as a consequence, professional burnout.

В настоящее время одной из ключевых составляющих системы социальной защиты населения является медицинское обслуживание инвалидов и пожилых. Медицинские работники составляют около трети всех кадров сферы социального обслуживания. Работники этой сферы деятельности трудятся на стыке специальностей и, вне зависимости от вида исполняемой работы, относятся к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества, в целом. Данный труд требует большой эмоциональной нагрузки, знаний психологии, социальной педагогики, медико-социальных познаний. Специалисты социальной защиты населения вообще, а медики в большей мере, не видят результатов своего труда. Инвалиды и пожилые люди больны хронически, отличаются от остальной массы населения психологической неуравновешенностью и девиантным поведением в той или иной мере. Предлагаемое им лечение не приносит быстрого выздоровления и улучшения состояния, как это наглядно видно при лечении острой патологии. Поэтому в процессе социального взаимодействия с клиентом, постоянного проникновения в суть его проблем, медицинский работник испытывает стрессовые ситуации. То есть такой труд отличается высокой эмоциональной напряжённостью и негативным влиянием на здоровье. Эмоциогенные факторы вызывают чувство нарастающей неудовлетворённости, накопление усталости, что ведёт к кризам на работе, истощению, астенизации и, как следствие, профессиональному выгоранию.

¹ Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПКВ

Согласно концепции возникновения и развития стресса, разработанной канадским физиологом Гансом Селье, работа в стрессовой обстановке приводит к мобилизации внутренних ресурсов и может вызвать как острые нарушения, так и отсроченные последствия. На протяжении первых 3-х лет воздействия стресс-факторов возрастает число острых состояний и реакций (психозы, острые головные боли, снижение иммунитета), а затем начинают преобладать хронические болезни (депрессии, ишемическая болезнь сердца, иммунологические заболевания). Существует тесная связь между профессиональным выгоранием и мотивацией деятельности. Выгорание приводит к снижению профессиональной мотивации: напряжённая, сострадательская работа постепенно превращается в механическое, мало эмоциональное занятие, появляются апатия и даже негативизм по отношению к своим обязанностям, которые сводятся до минимума. Возникновению синдрома эмоционального выгорания способствует молодой возраст, отсутствие жизненного и практического опыта. Провоцирует усиление развития данного синдрома наличие в анамнезе болезни, психологические травмы (развод, смерть близкого, личные потери).

Нами были обследованы 100 медицинских работников трудящихся в сфере социальной защиты населения. Выяснилось, что медицинские работники в возрасте до 40 лет, работающие в сфере социального обслуживания до 5 лет испытывают чувство физической усталости к концу недели, а так же чувство эмоционального дискомфорта и психологической напряжённости в отношении коллег и пациентов. У работников данной возрастной группы наблюдается учащение острых респираторных заболеваний в 2,75 раза по сравнению с периодом работы в учреждениях не связанных с социальной сферой.

Другая группа медиков была старше (от 40 до 55 лет), со стажем работы в социальной защите населения более 10 лет. В анамнезе данных работников отмечали наличие одного либо двух хронических заболеваний, чувство физической усталости 70% из них испытывали к концу рабочего дня.

В этой группе медики снижали общение с пациентами и коллегами до минимальных, и отмечали, что работа в социальной сфере негативно влияет на личную жизнь. 29,9% из них искали работу не связанную с данной областью труда во время проведения обследования.

Данные результаты говорят о формировании постепенного безразличия к работе, снижению качества оказания медицинских услуг, порождению негативного и даже циничного отношения к пациентам.

Однако, известно, что более 20% лиц, приходящих в сферу социального обслуживания, покидают её, не проработав одного года. Поэтому, ту часть коллектива, которая трудится в данных учреждениях длительно необходимо сохранить. Следовательно, нарезал вопрос о проведении реабилитационных мероприятиях для самих медицинских работников данной структуры. В каждом коллективе необходим психолог, лучше психотерапевт, работающий для нужд медицинских работников, и решающий часть психоэмоциональных деструктурирующих вопросов внутри коллектива методами тренингов, личных консультаций, релаксационных мероприятий. Так же необходимы более тщательные диспансерные обследования этой категории трудящихся. Возможна постановка вопроса о сокращении рабочей недели не только для лиц, работающих с пациентами, имеющими психиатрическую патологию, но и с инвалидами и пожилыми людьми вообще.

Таким образом, медицинского работника, приходящего в сферу социальной защиты населения необходимо обучить, прежде всего, путям управления стрессом, объяснить необходимость поддержки хорошей физической формы, распределению своих нагрузок на рабочем месте, переключению с одного вида деятельности на другой и

простому взгляду на конфликтные ситуации. Данной категории медицинских работников следует помнить, что работа это только часть жизни.

Гапиенко Н.В.¹, Бедорева И.Ю.²

ГОУ ВПО «Государственный Новосибирский медицинский университет», г. Новосибирск

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ НОРМАТИВЫ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ КРУПНОГО ГОРОДА

Реферат. Авторами рассчитаны территориальные нормативы оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи жителям крупного города с учетом численности, возрастного состава, заболеваемости населения районов города в разрезе профилей.

Territorial normative units based on calculation of patient number groups considering morbidity, age and disease case throughout suburbs, authors of the paper created the model of medical aid rendering for patients based on hospital replacing technologies in mega polis. The created model includes the following items: material and technical equipment, hospital staff, number of patients who have been medical aid rendered in each ambulant hospital unit of mega polis.

В литературе неоднократно подчеркивалась необходимость развития стационарозамещающих технологий, которая определяется, с одной стороны, потребностью населения в данном виде медицинских услуг, с другой - рациональным и эффективным использованием финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения.

Еще одним фактором, актуализирующим развитие стационарозамещающих технологий, является перспектива дальнейшего перехода финансирования здравоохранения по подушевому принципу и наделяния амбулаторно-поликлинических учреждений функцией полного фондодержания.

За многие годы так и не сформировалась стройная система оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи, отсутствуют нормативные показатели работы, учитывающие возрастной состав, заболеваемость населения, обеспечивающие одинаковую доступность всех форм дневных стационаров для населения независимо от места проживания и мощности амбулаторно-поликлинического учреждения, за которым оно закреплено.

Приведенные выше обстоятельства послужили поводом для проведения работы по разработке мер, направленных на совершенствование системы организации стационарозамещающих видов медицинской помощи в городе Новосибирске с населением около 1 млн. 400 тыс. человек.

Общая мощность стационаров дневного пребывания в городе Новосибирске составляет 1575 пациенто-мест, хотя по объему медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (0,490 пациенто-дня на 1 жителя) должна составлять 2 730 пациенто-мест, т.е. дефицит составляет более 1086 пациенто-мест, или, при функции 1 пациенто-места в 240 дней (норматив по РФ) – 260 640 пациенто-дней в год.

В информационном письме Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.12.2010 № 20-2/10/2-12028 «О формировании и

¹ Аспирант кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФПК и ППВ ГОУ ВПО «НГМУ»

² Д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФПК и ППВ ГОУ ВПО «НГМУ»

экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» приведены рекомендуемые объемы для расчета территориального норматива пациенто-дней лечения в дневных стационарах всех типов в год на 1000 жителей по специальностям. Однако следует учитывать, что в приведенных нормативах принято следующее соотношение детей (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) и взрослых: 22% и 78% соответственно.

Авторами были разработаны поправочные коэффициенты, учитывающие особенности демографического состава населения г. Новосибирска. С помощью поправочных коэффициентов рассчитано количество пациенто-дней на 1000 населения и нормативное (требуемое) количество пациентов-дней для жителей г. Новосибирска в год по профилям.

Следует отметить, что профили разработанных нормативов не имеют строгого соответствия профилям федеральных нормативов. Так, отсутствуют кардиологический, аллергологический, инфекционный, урологический, стоматологический, отоларингологический дерматологический профили. Данное обстоятельство связано, прежде всего, с отсутствием в муниципальных учреждениях здравоохранения города в настоящее время материально-технических и кадровых ресурсов для организации коек соответствующего профиля. Кроме того, авторами не учитывались данные по психиатрическому, наркологическому, фтизиатрическому и венерологическому профилям, так как соответствующие службы были переданы в подчинение субъекта Федерации.

При разработке нормативов мы основывались на профилях, занимающих лидирующие позиции в структуре заболеваемости жителей г. Новосибирска. Так, по данным за 2009 год первое ранговое место в общей заболеваемости жителей г. Новосибирска составили болезни органов дыхания (467,9 случаев на 1000 населения); второе – болезни системы кровообращения (239,4 случаев на 1000 населения); третье – болезни костно-мышечной системы (134,6 случаев на 1000 населения). Традиционно, пациенты с указанными классами заболеваний получают лечение в амбулаторных условиях у врача-терапевта, врача-педиатра. Кроме того, учитывая высокую заболеваемость органов пищеварения среди жителей г. Новосибирска (93,0 случаев на 1000 населения в 2009 году) и наличие в структуре муниципальных учреждений здравоохранения города специализированной больницы для оказания лечебно-диагностической помощи пациентам гастроэнтерологического профиля, осуществляющей диспансерное наблюдение за больными с тяжелыми формами гастропатологий, дополнительно среди профилей в территориальных нормативах выделены гастроэнтерологические койки дневного пребывания (на базе поликлинического отделения МУЗ ГКБ №7). Таким образом, основная доля нормативных пациенто-дней (81,2%) отнесена авторами к терапевтическому и педиатрическому профилям.

В соответствии с разработанными территориальными нормативами объемов оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи, авторами рассчитано необходимое количество коек дневного пребывания по профилям муниципальных учреждений г. Новосибирска. Рассчитанная структура коечного фонда дневного пребывания с учетом мощности, сменности работы утверждена и внедрена в работу муниципальных учреждений здравоохранения приказом Главного управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска в 2010 году.

По итогам работы дневных стационаров муниципальных учреждений здравоохранения за 2010 год общий прирост мощности и объема стационарозамещающих видов медицинской помощи составил 256 560 пациенто-дней

(в территориальных поликлиниках - 162 435 пациенто-дней, в стационарно-поликлинических учреждениях - 94 125 пациенто-дней), количество пролеченных пациентов увеличилось на 18 628 человек. Таким образом, внедрение разработанных территориальных нормативов способствует повышению доступности стационарозамещающих видов медицинской помощи для жителей всех районов города, а в условиях сокращения коечного фонда являются оптимальной формой организации лечебного процесса для пациентов, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении медицинского персонала.

Гололобова Л.Д.¹

Региональная общественная организация «Новосибирская профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» (РОО НПАССД), г. Новосибирск

СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «НОВОСИБИРСКАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА» НА 2011–2015 ГОДЫ

Аннотация: Стратегия разработана в соответствии с основными положениями отраслевого документа «Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010 – 2020 годы» и Стратегией развития Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России» на период 2011-2015 годы. В Стратегии определены цель, задачи и основные направления деятельности РОО НПАССД.

Цель создания Стратегии: осуществление взаимодействия, координация деятельности и разработка действенных механизмов защиты профессиональных интересов специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием и высшим медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» (специалисты сестринского дела) на территории Новосибирска и Новосибирской области.

Задачи Стратегии: реализация Стратегии рассчитана на пять лет и направлена на:

- повышение доступности и качества сестринской помощи населению Новосибирской области;
- совершенствование сестринской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями;
- усиление профилактической направленности здравоохранения;
- совершенствование деятельности аттестационных комиссий для специалистов сестринского дела;
- создание системы непрерывного сестринского образования через внедрение накопительной системы повышения квалификации;
- развитие общественного сестринского движения и укрепление взаимодействия с общественными и государственными организациями на региональном, всероссийском и международном уровнях;
- усиление роли лидеров сестринского движения в решении законодательных и этических проблем. Создание этических комитетов в учреждениях здравоохранения;

¹ Гололобова Людмила Дмитриевна – главный специалист по управлению сестринской деятельностью Новосибирской области, Президент РОО НПАССД, член правления Общероссийской общественной организации «Ассоциация Медицинских Сестер России» (РАМС)

- развитие научных исследований и внедрение инновационных технологий в сестринскую практику и др.
- Стратегией в качестве приоритетных, определены направления:
- введение единого минимального перечня услуг и видов социальной поддержки медицинских сестер Новосибирской области;
 - участие в работе Экспертного совета по сестринскому делу при министерстве здравоохранения Новосибирской области;
 - использование современных технологий и коммуникаций при освещении проблем сестринского дела;
 - развитие накопительной системы повышения квалификации;
 - совершенствование деятельности аттестационных комиссий;
 - совершенствование профессионализма сестринского персонала путем создания специализированных секций и др.

Результаты реализации Стратегии напрямую зависят от консолидации усилий вертикали власти в управлении сестринской деятельностью на территории Новосибирска и Новосибирской области и инновационной деятельностью РОО НПАССД. Поиск механизмов по совершенствованию сотрудничества с заинтересованными сторонами, должен стать предметом регулярного анализа со стороны профессионального сестринского сообщества.

Григорьева Е.С.¹, Нестерова Т.П.², Образцова Е.Н.³

Областное государственное учреждение

*«Томский территориальный фонд обязательного медицинского страхования», Томск,
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации, кафедра организации здравоохранения и
общественного здоровья, г. Томск*

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

We analysed financial assets of the Territorial foundation of obligatory medical insurance of the Tomsk region, which were used up on drug supply in 2010. We revealed the most expensive groups of medicines and INN's. The result of our analysis can use resources on drug supply more efficiently.

На основе информации о заключенных государственных и муниципальных контрактах, размещенной на официальных сайтах, проведен сбор и анализ данных о лекарственном обеспечении стационарной помощи в системе обязательного медицинского страхования Томской области в 2010 году.

В основу исследования был положен АВС-анализ приобретенных лекарственных препаратов, объединенных в группы в соответствии с Анатомо-терапевтической и химической (АТХ) классификацией. В ходе анализа затрат выделено 3 группы: наиболее затратная группа А (80,9% всех расходов), среднетратная группа В (14,6% затрат) и малозатратная группа С (3,7%). Структура группы А представлена

¹ Кандидат медицинских наук

² Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья

³ Кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья

препаратами, влияющими на кроветворение и кровь» (28,5%), противомикробными препаратами для системного применения (25,2%), препаратами, влияющими на пищеварительный тракт и обмен веществ (9,9%), прочими лекарственными препаратами (9,5%) и препаратами для лечения заболеваний нервной системы (7,8%). В группу В вошли «Препараты для лечения заболеваний респираторной системы», «Препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы», «Препараты для лечения заболеваний костно-мышечной системы», а также «Противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы». Группу С составили «Дерматотропные препараты», «Гормоны для системного применения», «Препараты для лечения заболеваний урогенитальных органов и половые гормоны», «Препараты для лечения заболеваний органов чувств» и «Противопаразитарные препараты, инсектициды и репелленты».

В ходе исследования во всех сформированных АТХ группах были выделены подгруппы лекарственных препаратов, которые в дальнейшем были проранжированы по уровню затрат. Оказалось, что лидерами по использованию средств стали «Антибактериальные препараты для системного применения», «Плазмозамещающие и перфузионные растворы», «Антикоагулянты», а также «Контрастные вещества» и «Анестетики».

Наряду с этим проводился клинико-экономический анализ затрат на приобретение лекарственных препаратов по международным непатентованным наименованиям (МНН), в ходе которого установлено, что лидером затрат по итогам закупок медикаментов для стационарной помощи оказался препарат Натрия хлорид. На долю этого МНН приходится 8,9% всех использованных по государственным и муниципальным контрактам средств. В числе наиболее затратных также оказались следующие наименования: Цефотаксим, Гепарин натрия, Цефтриаксон, Йогексол, Меропенем, Йобитридол, Декстрога, Эноксапарин натрия и Цефазолин.

Таким образом, в результате анализа структуры средств ОМС, направляемых на лекарственное обеспечение стационарной помощи, было установлено, что наибольшая их доля приходится на следующие группы АТХ «Препараты, влияющие на кроветворение и кровь», «Противомикробные препараты для системного применения», «Препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ», «Прочие препараты», «Препараты для лечения заболеваний нервной системы» и подгруппы «Антибактериальные препараты для системного применения», «Плазмозамещающие и перфузионные растворы», «Антикоагулянты», «Контрастные вещества» и «Анестетики», а также МНН Натрия хлорид. Использование рационального подхода при планировании и осуществлении закупок медикаментов этих групп и подгрупп и МНН позволит достичь максимального экономического эффекта.

Гришин О.В.¹, Парамошкина Е.В.²

НИИ физиологии СО РАМН, г. Новосибирск

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МЕТОДОМ РЕСПИРАТОРНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ

Аннотация: Целью исследования было определить эффективность респираторного биоуправления при коррекции функциональных дыхательных расстройств (ФДР) у детей 8-12 лет.

¹ Зав. лабораторией физиологии дыхания НИИ физиологии СО РАМН, д.м.н.

² М.н.с. лаборатории физиологии дыхания НИИ физиологии

Исследования проведены в двух группах: группе наблюдения (n=32) и группе клинического контроля (n=15). В группе наблюдения помимо основного лечения проводили курс респираторного биоуправления. Изучались показатели функции внешнего дыхания, паттерн дыхания и уровень тревожности. Обследование проводилось при поступлении и перед выпиской. После курса лечения в обеих группах наблюдались положительные изменения – снижались клинические проявления ФДР. Вместе с этим достоверные изменения уровня тревожности и паттерна дыхания наблюдались только в группе наблюдения. Таким образом, осознанная корректировка паттерна дыхания с помощью респираторного биоуправления позволяет снижать уровень тревожности и восстанавливать паттерн дыхания.

Annotation: The aim of study was to determine the efficacy of respiratory biofeedback method for correction of functional respiratory disorders (FRD) in children 8-12 years. The studies were conducted in two groups: an observation group (n = 32) and a clinical control group (n = 15). All children were treated in the psychosomatic department of Clinic of Institute of Physiology SB RAMS. Besides the basic therapy, the observation group received a respiratory biofeedback treatment course. Parameters of lung function, breathing pattern and level of anxiety were obtained and investigated twice: at the time of hospital admission and before discharge. There were positive changes observed in both groups after treatment - the clinical manifestations of FDR had reduced. However, the level of anxiety and breathing pattern have changed significantly in observation group only. Thus we assume that a conscious adjustment of the patient breathing pattern using respiratory biofeedback can reduce the level of anxiety and restore the pattern of breathing.

Актуальность. В педиатрической практике функциональные дыхательные расстройства (ФДР) часто расценивают как соматическое заболевание (М. Preter, 2008). Медикаментозное лечение данных расстройств ее позволяет достигнуть полного выздоровления и полного купирования основных симптомов заболевания. Функциональные расстройства внешнего дыхания (ФРД) представляют комплекс симптомов «дыхательного дискомфорта» вследствие нарушения регуляции дыхания, основным эффектором которых является аппарат внешнего дыхания. К ним относятся все случаи ощущения нехватки воздуха, которые уменьшаются при физических нагрузках, острые приступы чихания, часто повторяющиеся вздохи, чувство сдавления в груди, одышка, гипервентиляция (избыточное дыхание, нарушающее газовый состав крови) и покашливание. В Международной классификации болезней (МКБ 10) функциональные дыхательные расстройства относятся к соматоморфным дисфункциям вегетативной нервной системы (F 45.33), которые включают гипервентиляционный синдром, психогенные формы кашля и одышки.

Целью нашего исследования было оценить эффективность тренинга респираторного биоуправления при коррекции функциональных расстройств дыхания, а также оценить динамику психологического состояния детей с ФРД при прохождении тренинга.

Методы. Для этого было набрано 2 группы детей, проходивших лечение в педиатрическом психосоматическом отделении «Ласка» НИИ физиологии в течение 2 недель: группа наблюдения (32 человека) и группа сравнения (15 человек). Во всех случаях дети поступали в период ремиссии по основному заболеванию. При этом ведущими были симптомы психосоматической природы, такие как повышенная утомляемость, высокий уровень тревожности, эмоциональная неустойчивость и т.д. Наряду с этим предъявлялись жалобы, связанные с дыхательным дискомфортом

При поступлении и при выписке в данных группах проводилось психологическое тестирование, исследование паттерна дыхания и FetCO₂ для оценки гипокпапии.

Для изучения психологического состояния детей исследовали тревожность и реакции на фрустрирующие ситуации, для этого использовали «Шкала явной тревожности» (СМАС) и методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга (детский вариант). Для изучения паттерна дыхания использовался медицинский капнометр «Микон» (Россия).

В группе наблюдения проводился курс респираторного биоуправления, в котором компьютерная игра управлялась дыханием ребенка, а условия игры были связаны с показателями FetCO_2 , частотой дыхания и структурой дыхательного цикла. Управляющие параметры игрового биоуправления по капнографии подбирались индивидуально на основании результатов диагностического обследования. Продолжительность одной лечебной сессии составляла 15-20 минут. Количество тренингов биоуправления составляло в среднем 8-9 сеансов.

Результаты. Достоверных различий между группами по паттерну дыхания не было. Средний уровень FetCO_2 в группе наблюдения был 4,7%, в группе сравнения 4,6%, частота дыхания в минуту 18 и 19 соответственно. По уровню тревожности достоверных различий также не наблюдалось, 21 балл в группе наблюдения и 18,5 баллов в группе сравнения. Группы различались по показателю GCR (индекс социальной адаптации), в группе наблюдения он составлял 43,5%, в группе сравнения 50,7 % ($p < 0,05$).

В конце исследования в группе сравнения достоверных изменений паттерна дыхания и психологического состояния не было выявлено. В группе наблюдения, в которой был проведен тренинг респираторного биоуправления, повысился уровень FetCO_2 до 5,1% ($p < 0,05$). Вместе с тем частота дыхания практически не изменилась. Это указывает на изменение структуры дыхательного цикла, что подтверждается значимым, хотя и не достоверным (лишь тенденция) увеличением показателя Rco_2 – времени выдоха ($p < 0,07$). Уровень тревожности достоверно снизился до 18,7 баллов ($p < 0,05$), индекс социальной адаптации вырос до 49,6% ($p < 0,05$). В группах наблюдения и сравнения были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) по показателям FetCO_2 (5,1% и 4,7%) и ЧД (17,1 и 21,6). Корреляционный анализ позволил выделить закономерную направленность – уровень тревожности имел отрицательную связь с величиной FetCO_2 ($r = -0,51$; $p < 0,05$). Уровень тревожности имел положительную корреляцию ($r = 0,48$; $p < 0,05$) с коэффициентом вариации относительного времени выдоха (CVRCO_2 , %) и отрицательную с показателем Кдф (отношение ЧД к FetCO_2), $r = 0,39$; $p < 0,05$.

Таким образом, результаты исследования у детей с функциональными расстройствами дыхания позволяют говорить о положительной динамике психологического состояния ребенка после прохождения курса респираторного управления. При этом наблюдается достоверное снижение уровня тревожности, который взаимосвязан с перестройкой паттерна дыхания за счет увеличения времени дыхательного цикла и повышением уровня CO_2 в конце выдоха. Полученные данные показывают, что осознанная корректировка паттерна дыхания с помощью тренинга респираторного биоуправления запускает перестройку структурных связей в дыхательном центре, который в свою очередь связан с лимбической системой, таламусом, гипоталамусом и корой головного мозга.

Гурцкой Р.А.¹

*Федеральное Государственное учреждение Российский научный центр
«Восстановительная медицина и курортология», г. Москва*

ТЕХНОЛОГИИ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ВОССТАНОВЛЕНИИ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН

Аннотация: Обследование и лечение 284 мужчин со снижением уровня половой деятельности проведено в три этапа: на 1-м использовалось изолированное применение фито- и гомеопатических препаратов, оказавших умеренное (45-50%) положительное влияние на сексуальную сферу, превосходящее плацебо-стимуляцию. На 2-м этапе применен комплекс гомеопатии и точечного массажа с суммарным эффектом в 62%. Кроме того, использовали технологию, объединяющую гомеопатию и динамическую электростимуляцию - эффективность составила 64%. На 3-м этапе выполнялась спектральная фототерапия, как в стандартном, так и экспресс - вариант с эффективностью 70 и 65% соответственно, что превосходило самостоятельное применение медикаментов.

Annotation: Examined and treated 284 men with lower levels of sexual activity were conducted in three stages: at the 1-st used of isolated application of phyto- and homeopathic remedies? that have had moderate (45-50%) positive effect on sexual matters, surpassing the placebo-stimulation. At the 2-nd phase of the complex used homeopathy, and acupressure to summing effect of 62%. In addition, using technology, that combines homeopathy and dynamic electrostimulation - efficiency was 64%. At the 3-rd step is the spectralphototherapy, both in standard and express - with an efficiency of 70 and 65% respectively, which exceeded the independent use of drugs.

Для оценки сексуальной деятельности 790 практически здоровых мужчин была выделена группа из 284 мужчин (36%), характеризующихся снижением уровня половой деятельности - на 30-50% по отношению к оптимуму. В основе ухудшения сексуального здоровья лежит переплетение гуморальных, невротических и вегетативных влияний, что, в свою очередь, определяет необходимость проведения соответствующей коррекции.

Первый этап работы был посвящен оценке эффективности изолированного применения фито - и гомеопатических препаратов. Установлено, что лекарственное воздействие обеспечивает умеренное (в пределах 45-50%) благотворное влияние на сексуальную сферу, превосходящее плацебо-стимуляцию. Факт недостаточного положительного влияния лекарственной стимуляции определил целесообразность дополнительного использования физических методов.

В связи с этим был применен комплекс гомеопатии и точечного массажа. Показано, что в ходе технологии прослеживается потенцирование гомеопатического и рефлекторного эффектов, с суммарным эффектом в 62%. В ходе этой коррекции прослеживается стимулирующее, андрогенное влияние, дополненное мягким сосудистым эффектом. В следующей фазе исследования использовали технологию, объединяющую гомеопатию и динамическую электростимуляцию (ДЭНС). Эффективность здесь составила 64%, причем сосудистый эффект был более отчетлив по сравнению с предыдущим комплексом.

На завершающем этапе был выполнен анализ эффективности спектральной фототерапии (СФТ). Данный метод, не уступая другим в реализации нейро-гуморального влияния, превосходил их в степени достижения других эффектов. Причем сходные положительные результаты были получены в результате применения как стандартного, так и экспресс варианта СФТ - в 70 и 65% наблюдений соответственно.

¹ К.м.н

Результаты исследования свидетельствуют о положительном влиянии предложенных комплексов и спектральной фототерапии на сексуальную сферу мужчин, превосходя возможности самостоятельного применения медикаментов. Также необходимо выделить возможности дифференцированного применения этих технологий.

Гусев А.О.¹

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Санкт-Петербург*

РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА В СТАЦИОНАРНЫХ КОЙКАХ ДЛЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

In article results of calculations of requirement of the population of a city in hospital cots for regenerative treatment of the patients who have had a stroke are presented. At the account of a planned target of average duration of stay of such patients in a hospital for full satisfaction of requirement of patients after a stroke it is required to develop 1124 cots in addition. At the account of average duration of stay in a hospital according to opinion of experts (adequate duration makes 38,17 days) such cots in addition it is required only 877.

Важной проблемой здравоохранения является научно обоснованное планирование потребности больничных коек в условиях роста затрат на содержание больничной сети. В отличие от амбулаторной помощи потребность в койках определяется не только уровнем заболеваемости населения и процентом отбора больных на госпитализацию, но и степенью организации работы стационаров и использования коечного фонда.

Весьма актуальным при реструктуризации коечного фонда является определение потребности населения в койках по профилю «восстановительного лечения» (в отделении восстановительного лечения), которые хотя и используют во многом одинаковые методы лечения, но с другой стороны должны быть профилированы (кардиология, неврология, травматология и т.д.), т.к. больные после различных заболеваний должны проходить восстановительное лечение (ВЛ) у врачей соответствующих специальностей. Особенно важно ВЛ в стационарных условиях для больных, перенесших инсульт. Из общего числа таких больных в течение года 40% нуждаются в ранней отсроченной реабилитации и еще 12% - а поздней отсроченной реабилитации. В настоящее время (2010 г.) в Санкт-Петербурге в разных стационарах развернуто 566 коек ВЛ для больных, перенесших инсульт. В некоторых стационарах в отделение ВЛ неврологического профиля наблюдается очередь на госпитализацию от 3-х до 12 месяцев. Между тем расчеты показывают, что при нормативном использовании таких коек в году (340,1 дн.) и плановой средней длительности пребывания больных на койке (45 дн.) для больных, перенесших инсульт, требуется 1690 коек, в том числе 1300 коек для ранней отсроченной реабилитации и 390 коек для поздней отсроченной реабилитации. Расчеты проводились по общепринятой формуле:

$$K = \frac{B \cdot C}{D}, \text{ где}$$

K – необходимое число коек;

¹ Старший научный сотрудник НИЦ СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

- Б – абсолютное число больных, нуждающихся в реабилитации (9889 – в ранней отсроченной реабилитации и 2967 больных – в поздней отсроченной реабилитации);
 С – плановая средняя длительность пребывания больных на койке;
 Д – средняя нормативная длительность работы койки в году.

Одним из наиболее эффективных путей интенсификации использования коечного фонда, работы стационара и снижения потребности в стационарных койках является сокращение средней длительности пребывания больных в стационаре. Однако, данное направление должно осуществляться в отделениях ВЛ очень осторожно. Это связано с необходимостью проведения у больных оптимального, т.е. наиболее эффективного курса сеансов (занятий) физических методов лечения, требующих, как правило, более длительного по сравнению с отделениями интенсивного лечения, пребывания больных на койке. В то же время и в отделениях ВЛ наблюдается тенденция снижения средней длительности пребывания больных в стационаре. Так, в базовом стационаре средняя длительность пребывания больных в отделении ВЛ неврологического профиля сократилась с 40,1 дн. В 2007 г. до 36,17 дн. В 2009 г., т.е. на 9,8%. Однако, как показывает экспертная оценка данного показателя, проведенная высококвалифицированными специалистами по восстановительному лечению у 414 больных на основании медицинских карт стационарного больного, только 2/3 больных (66,1%) имели адекватную длительность пребывания в стационаре, еще у 7,4% длительность пребывания в стационаре была избыточной, а значительная часть больных (25,8%) были выписаны из стационара преждевременно, еще у 0,7% больных эксперты не смогли дать ответ. Оказалось, что адекватная средняя длительность пребывания в отделении ВЛ больных после инсульта составила 38,17 дн. При учете данного уровня показателя средней длительности пребывания в стационаре потребность населения города в койках для ВЛ больных после инсульта представляется несколько другой: 1110 коек для ранней отсроченной реабилитации и 333 койки – для поздней. Таким образом, для полного удовлетворения потребности больных, перенесших инсульт, требуется дополнительно к существующим 566 койкам развернуть 877 коек (1443-566), а не 1124 койки, рассчитанные с учетом плановой средней длительности пребывания таких больных в отделениях ВЛ.

Демарчук Е.Л.¹, Дробышев В.А.²

*Негосударственное учреждение здравоохранения Дорожная клиническая больница
 ОАО «Российские железные дороги», г. Новосибирск.*

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», г. Новосибирск.

БИОТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАШИНИСТОВ ЛОКОМОТИВОВ С ВЕГЕТАТИВНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Аннотация: Среди 960 работников локомотивных бригад с вегетативными дисфункциями нами выявлены индивидуальные различия, которые при использовании количественного критерия укладываются в определенную типологию как в отношении морфологических, так и физиологических, биохимических, психологических показателей, которые в совокупности характеризуют групповое своеобразие реактивности. В основе нарушений вегетативной регуляции у машинистов электропоездов лежит перенапряжение адаптационно-компенсаторных механизмов организма, проходящих как с избытком ваготонических влияний при доlighоморфном типе телосложения в сочетании с реактивностью организма типа «стайеры», так и с избытком

¹ Кандидат медицинских наук

² Доктор медицинских наук, профессор

симпатикотонических влияний у работников с брахиморфным типом телосложения и реактивностью организма типа «спринтеры».

Annotation: Among workers of locomotive brigades with vegetative dysfunctions we reveal individual distinctions which at use of quantitative criterion keep within certain typology as concerning morphological, and physiological, biochemical, psychological indicators which in aggregate characterize a group originality of reactance. At the heart of infringements of vegetative regulation at machinists of electric trains there are the overstrain adaptashion-kompensator mechanisms of an organism which are passing as many vagotonic influences at dolichomorthic type of a constitution in a combination to reactance of an organism of type "stayers" lies, and it is a lot of simpaticotonic influences at workers with brachimorthic type of a constitution and reactance of an organism of type "sprinters".

Клинико-функциональная характеристика вегетативных дисфункций (ВД) во многом определяется типом конституции и симптомокомплексы ваго- и симпатикотонии не представляют оформленный патологический синдром, а отражают конституциональные особенности организации и реагирования вегетативной нервной системы-ВНС (Вейн А.М., 2003). Совокупность физиологических, морфологических, биохимических, психических особенностей человека, сложившихся в ходе фенотипической реализации наследственных свойств, определяет групповое своеобразие реактивности организма (Казначеев В.П., 1980). В этой связи, актуальность представляет определение специфичных биотипологических комплексов у машинистов локомотивов с ВД, что позволит выявлять нарушения регуляции ВНС у обеспечивающих безопасность движения работников и поиск эффективных и малозатратных профилактических мероприятий.

В качестве индивидуально-типологической характеристики может быть использован исходный вегетативный тонус, отражающий фоновую активность регуляторных систем организма, который, в свою очередь, может рассматриваться в качестве одной из конституциональных характеристик, формирующих тип реагирования организма на воздействие внешних факторов.

Среди 960 машинистов электропоездов с признаками ВД у 48,7% - выявлялось преобладание активности парасимпатического отдела ВНС, симпатикотонический тип встретился только в 39,1% случаев, 12,2% обследованных имели смешанный тип регуляции, что возможно при наличии развернутой клинической картины вегетативной дисрегуляции (Михайлов В.М., 2002).

Согласно индексу Рис-Айзенка (1996) железнодорожники по набору морфологических параметров и их соотношений были разделены на дискретные варианты пропорций тела: долихоморфный тип - 48,94%, мезоморфный тип - 27,66% и брахиморфный - 23,4%. Более представительной оказалась группа с долихоморфным вариантом телосложения, отражающим степень длинного вектора тела, что является тенденцией развития современных молодых мужчин (Щедрин А.С., 2002). При сравнении результатов соматотипирования работников локомотивных бригад с разными типами вегетативной регуляции было выявлено, что у ваготоников преимущественно наблюдался долихоморфный тип телосложения (63,4% случаев), а у симпатикотоников - брахиморфный тип (58,0 %). У работников с эйтонией чаще встречался мезоморфный тип телосложения (49,4%).

Тип реакции нервно-мышечного аппарата на нагрузку представляет важный показатель адаптации организма. Среди работников локомотивных бригад было выделено два крайних адаптационных конституциональных типа по В.П. Казначееву (1980): первый - «спринтер» (39,6%), характеризовался высокой устойчивостью к воздействию экстремальных факторов среды и плохой переносимостью длительных нагрузок. В группе малостажированных работников с вегетативными дисфункциями оказалось наименьшее количество «спринтеров» - 9,3%, что связано с недостаточными

адаптационными возможностями этого типа. Второй тип - «стайеры» (40,6%), отличался высокой резистентностью к действию неблагоприятных факторов умеренной интенсивности. Наименьшее количество «стайеров» (7,9%) оказалось в группе высокостажированных работников с ВД, что определялось длительным сохранением оптимального уровня адаптированности данного типа после кратковременной перестройки. Среди обследованных выявлялись и промежуточные типы - «миксты» (19,8%). При сравнении результатов исследования с разными типами вегетативной регуляции было установлено, что среди ваготоников преобладал адаптационный тип «стайер» (63,1%), среди симпатикотоников - «спринтер» (59,4%), а зутоники относились преимущественно к «микстам» (68,3%).

Исследование периферической крови по методике Г.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной, М.А. Уколовой (1975) с вычислением соотношений лимфоциты/сегментоядерные нейтрофилы у лиц с разными типами вегетативной регуляции, свидетельствовало о превалировании «реакции повышенной активации» (40,2%) у мужчин ваготоников, преимущественно «реакцией стресса» (44,3%) – у лиц с симпатикотонией, «спокойной активации» (41,4%) – у осмотренных с эйтонией.

Изучение синдрома психо-эмоционального напряжения с использованием теста Спилберга-Ханина (1976) выявило у обследованных значительные отклонения уровня реактивной тревожности, как в сторону повышения, так и снижения, что указывало на недостаточную профессиональную надежность. При сравнении результатов теста у лиц с разными типами вегетативной регуляции оказалось, что ваготоники обладали преимущественно низким уровнем тревожности (57,8%) и характеризовались такими личностными качествами, как доминирование, склонностью к риску, переоценке своих возможностей, повышенной возбудимостью и напряженностью, недостаточным чувством ответственности. У машинистов с симпатикотоническим типом вегетативной регуляции чаще выявлялся высокий уровень тревожности (59,4%), что выражалось в депрессивных расстройствах в виде сниженного настроения, его суточных колебаний, в падении инициативы, пассивности, внутреннем дискомфорте. У лиц со смешанным типом вегетативной регуляции чаще регистрировался умеренный уровень тревожности - 41,6%.

Изменения психо-физического состояния у работников локомотивных бригад с ВД при типировании отражались на результатах модифицированного цветового теста Люшера с расчетом вегетативного коэффициента (ВК) по формуле К. Шипош (1984). При сопоставлении типа вегетативной регуляции и результатов теста установлено, что наибольшее количество работников с низкой энергетической активностью, с ориентацией на отдых, неготовностью к деятельности в стрессовых условиях (ВК 1-3) оказалось в группе ваготоников (59,9%). Для машинистов с симпатикотоническим типом вегетативной регуляции характерным было состояние перевозбуждения (ВК 6-9) - 65,1%. Оптимальный уровень энергетической мобилизованности организма и высокая вероятность успешной деятельности в стрессовых условиях (ВК 4,5) выявлялись у машинистов электропоездов со смешанным типом вегетативной регуляции (40,6%).

Тип реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку оценивался по тесту PWC-170 и позволил выявить условно патологические типы реакций у 88,7% симпатикотоников, в том числе- гипертензивный (52,4%). У ваготоников регистрировался, преимущественно, гипотензивный тип реакции (58,2%), а у лиц со смешанным типом вегетативного регулирования в половине случаев (48,7%) тип реакции расценивался как нормотонический и характеризовался параллельным приростом ЧСС и пульсового АД.

Таким образом, у работников локомотивных бригад с вегетативными дисфункциями выявляются типологические особенности как в отношении морфологических, так и физиологических, биохимических, психических показателей. В основе нарушений вегетативной регуляции у машинистов электропоездов лежит перенапряжение адаптационно-компенсаторных механизмов организма, проходящих как с избытком ваготонических влияний при долихоморфном типе телосложения в сочетании с реактивностью организма типа «стайеры», так и с избытком симпатикотонических влияний у работников с брахиморфным типом телосложения и реактивностью организма типа «спринтеры». В первой группе реакция сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку проявляется гипотонией, «реакцией повышенной активности» в крови, низким уровнем реактивной тревожности, низкой энергетической активностью с ориентацией на покой и отдых; реакция второй группы на нагрузку проявляется гипертензионным синдромом, «реакцией стресса» по форменным элементам периферической крови, высоким уровнем реактивной тревожности и состоянием перевозбуждения. С помощью полученных данных в дальнейшем будет возможно раннее выявление вегетативных дисфункций у обеспечивающих безопасность движения работников и разработка эффективных и малозатратных профилактических мероприятий, основанных на современных технологиях восстановительной медицины.

Долгих В.В.¹, Кулеш Д.В.², Фомина Н.А.³, Ярославцева Ю.Н.⁴

Учреждение Российской академии медицинских наук Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН, г. Иркутск

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РЕГИСТРА ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ИРКУТСКА

Annotation: Creation and maintenance of functioning of system of the account of patients with an essential arterial hypertension (EAH) from children's and teenage age becomes rather actual. The purpose of the given work was creation of register EAH at children and teenagers of Irkutsk. The given register allows to analyze a number of the indicators characterizing the given problem, and also to use the obtained data in practical activities of doctors-pediatricists and children's cardiologists that gives the chance acceptances of administrative decisions by controls by the public health services, directed on change of a situation in a city, connected with disease EAH among the children's population, both on municipal, and at regional level.

Артериальная гипертензия является актуальной проблемой, что подтверждается высокими показателями распространенности данного заболевания среди населения. Так анализ данных официальной статистической отчетности по Иркутску, Иркутской области, СФО и РФ за период 2000–2009 гг. выявил стабильный рост заболеваемости детского населения болезнями органов кровообращения и показателей распространенности сердечно-сосудистой патологии в подростковом возрасте. Результаты исследований ряда авторов подтверждают данную тенденцию и регистрируют высокий удельный вес детей и подростков с АГ – до 20,0%. При этом создание и обеспечение функционирования системы учета и динамического

¹ Д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе

² К.м.н., руководитель лаборатории мониторинга состояния здоровья матери и ребенка

³ Аспирант

⁴ Младший научный сотрудник лаборатории мониторинга состояния здоровья матери и ребенка

наблюдения за больными с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) с детского и подросткового возраста становится весьма актуальным.

Целью данной работы явилось создание регистра ЭАГ у детей и подростков Иркутска, для оказания квалифицированной помощи детям с данным заболеванием, внедрения дифференцированной диспансеризации, определения потребности в современной терапевтической помощи.

Материал и методы: В 2007 г. был организован Регистр ЭАГ у детей и подростков, в рамках которого функционирует программный комплекс «Регистр эссенциальной артериальной гипертензии у детей». Приложение создано с использованием технологии «клиент-сервер». Данные о пациентах хранятся на сервере, а программа может быть установлена на любом компьютере, подключенном к локальной сети. Приложение разработано для операционной системы Windows 2000 с использованием среды программирования MS Access. Регистр представляет собой программный комплекс, состоящий из 2 модулей: собственно регистр (база данных) и модуль, предназначенный для формирования выборок с целью обработки запросов и для дальнейшей обработки и анализа данных в специализированных статистических пакетах.

Электронная база используется для регистрации пациентов с ЭАГ, с возможностью анализа по полу, возрасту, району проживания, дате заболевания, наследственности, наличию вредных привычек, количеству и месту госпитализаций в конкретном отчетном периоде (году), способу и регулярности лечения, а также осуществления прогноза заболеваемости ЭАГ на популяционном уровне. База представлена: таблицами, запросами, отчетами, справочниками по ЭАГ.

Для работы используется форма «регистрационная карточка» - все данные, из которой заносятся в основную таблицу.

Основная таблица содержит данные о пациенте: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес, дату регистрации заболевания, наличие АГ у родственников, вредные привычки, дату лечения в стационаре, препараты, используемые при лечении, ЛПУ – в котором пациент состоит на учете, отчетный период.

Вспомогательные таблицы содержат следующие данные: возрастные группы пациентов; перечень районов проживания; перечень лечебных учреждений, в которых пациенты состоят на учете; перечень препаратов, формы лечения, временные периоды. Вспомогательные таблицы используются для выполнения запросов и составления отчетных форм программой автоматически. Справочники содержат информацию по численности населения в районах проживания по всем возрастным группам.

Ведение данного регистра позволяет определить половозрастную структуру детей с ЭАГ в г. Иркутске, тенденции заболеваемости, частоту встречаемости данного заболевания среди детского населения с возможностью анализа по району проживания, показатели, характеризующие наследственную предрасположенность, установить в каком ЛПУ наблюдаются данные пациенты, где и когда они проходят обследование и лечение, оценить регулярность и характеристику лекарственной терапии. А также важно отметить, что регистр дает возможность устанавливать перечень детей с ЭАГ при достижении ими 18 лет, которые должны быть включены в систему мониторинга АГ, в соответствии с Постановлением Правительства РФ №540 от 17.07.2001г., приказом МЗ РФ №347 от 29.08.2001 и Федеральной целевой программой «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ (2007-2011г.г.)», при передаче их во взрослую сеть.

Анализ проживания по районам города дает возможность принятия управленческих решений на муниципальном уровне органами управления здравоохранением,

направленных на изменение ситуации в городе, связанной с заболеваемости ЭАГ среди детского населения.

Таким образом, регистр может быть рекомендован для практического внедрения в амбулаторно-поликлиническое звено регионального здравоохранения, в муниципальные работы детских учреждения и использованием данных в работе органов управления здравоохранения, как на муниципальном, так и на региональном уровне.

Дробышев В.А.¹, Шашуков Д.А.², Поддубникова В.А., Серовская А.Е.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России», Муниципальное бюджетное учреждение Городская клиническая больница №2, г. Новосибирск

ОПЫТ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ НА БАЗЕ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Г. НОВОСИБИРСКА

На базе Городского центра реабилитации больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения г.Новосибирска внедрен в практику мультидисциплинарный подход к реабилитации лиц в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Показана эффективность работы мультидисциплинарной бригады, что выражается в позитивном изменении клинко-функционального статуса пациентов, улучшении активности их в повседневной жизни.

On the basis of the City Center rehabilitation patients with sequelae of cerebrovascular Novosibirsk put into practice a multidisciplinary approach to rehabilitation in the early rehabilitation period of ischemic stroke. The efficiency of a multidisciplinary team, which is expressed in a positive change in clinical and functional status of patients, improving their activity in everyday life.

В России ежегодно регистрируется 450000 инсультов, которые занимают первое место в структуре причин инвалидности (Суслина З.А., Верещагин Н.В.,2009). В этой связи, представляется актуальной разработка принципов и методики реабилитации больных, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения. Перспективным подходом лечения и профилактики осложнений у перенесших инсульт больных является организация оказания специализированной медицинской помощи на основе мультидисциплинарного подхода. Сотрудничество и преемственность в работе специалистов различного профиля помогает снизить летальность и, что особенно важно, улучшить качество последующей жизни.

В начале 2011 г. на базе неврологического отделения МБУЗ «Городская клиническая больница №2» (гл.врач-проф.Л.А.Шпагина) была организована и начала работу мультидисциплинарная бригада(МДБ) для реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. В состав МДБ вошли: врач невролог, афазиолог, физиотерапевт, врач ЛФК, массажист, медицинские сестры, обученные методам медицинской реабилитации.

На протяжении трех месяцев 2011г. МДБ был проведен курс реабилитации 18 больных после перенесенного церебрального инсульта давностью от 1 до 5 месяцев, в том числе 12 женщинам (67%), 6 мужчин (33%), при среднем возрасте пациентов 61,1 ± 5,3 года.

Преобладающими жалобами пациентов являлись: слабость в верхней и нижней конечности - в 91,8% , афатические нарушения в виде элементов моторной афазии или

1 Д.м.н., профессор НГМУ

2 Врач-невролог МБУЗ ГКБ №2

дизартрии - в 22,4%, головокружение - в 28,6%, снижение памяти - в 38,2%, снижение эмоционального фона - в 69,8% случаях.

Обследование включало оценку неврологического статуса с занесением результатов в разработанный для МДБ протокол нейрореабилитации. Реабилитационные возможности пациентов оценивались при помощи функциональных тестов: модифицированной шкалы спастичности Ашфорта; теста для руки Френчай; индекса активности повседневной жизни Бартел; выраженности показателей инвалидизации по шкале Ренкин; госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS; шкалы оценки психического статуса.

Организация работы мультидисциплинарной бригады (МДБ) основывалась на следующих принципах: 1)Формулировке клиничко-реабилитационного диагноза, определении реабилитационного прогноза пациента на основании комплексного обследования; 2)совместной оценке специалистами МДБ характера и степени выраженности функциональных ограничений пациентов; 3)составлении плана краткосрочных и долгосрочных задач по восстановлению нарушенных функций; 4)Объективной этапной оценке результатов, коррекции и последующем дальнейшем планировании восстановительного лечения.

Наиболее важным аспектом при осуществлении практической деятельности МДБ и одним из основных компонентов мультидисциплинарного подхода являлась постановка бригадных целей реабилитации: 1) возможность обеспечения эффективной оценки потребностей пациента; 2)координация усилий всех специалистов МДБ; 3) вовлечение самого пациента в участие в программе реабилитации.

После осмотра специалистами МДБ, согласования и назначения курса реабилитации, пациент ежедневно наблюдался лечащим врачом, а еженедельно -всеми специалистами мультидисциплинарной бригады с вношением корректировки в лечение. Все пациенты помимо медикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, занимались с афазиологом и участвовали в тренировках с помощью метода биоуправления на аппаратно-програмном комплексе «БОС-ЛАБ».

Эффективность работы мультидисциплинарной бригады оценивалась на основании анализа динамики показателей 1 раз в 10 дней.

У всех пациентов по завершении курсового лечения отмечалось улучшение состояния в виде увеличения мышечной силы в дистальном отделе верхней конечности в 1,6 раза от исходного ($p<0,05$), увеличении объема активных движений; снижении повышенного тонуса мышц, сгибающих предплечье и кисть в 1,4 раза ($p<0,05$), при выполнении пассивных движений. Результатом улучшения моторики кисти явилось изменение показателей индекса активности в повседневной жизни Бартела - этот показатель вырос на 15,1% ($p<0,05$).

Также позитивная динамика наблюдалась при оценке показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии в виде улучшения настроения, появления желания в достижении максимально возможных результатов реабилитации.

При сопоставлении результативности мультидисциплинарного подхода к реабилитации с аналогичными показателями в группы больных ,получавших стандартное лечение оказалось, что показатели эффективности мультидисциплинарного подхода на 13,7% выше.

Таким образом, организация реабилитации пациентов с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения на основе применения мультидисциплинарного подхода способствует более эффективному восстановлению нарушенных функций, в том числе увеличению мобильности и независимости от помощи окружающих, а

также качественно изменяет уровень психологической и социальной адаптации пациентов.

Дробышев В.А.¹

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России»,
г. Новосибирск*

СОСТОЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ: ИТОГИ ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Аннотация: Проанализировано состояние физислужбы Новосибирской области за 2008-2010 гг. Позитивными моментами является обеспеченность площадями и количественные показатели работы подразделений - охват физиолечением и количество процедур на 1 больного, которые превышают аналогичные параметры в Новосибирске. Недостаточная укомплектованность врачебными кадрами, устаревший парк физиотерапевтической аппаратуры, ухудшение в показателях оснащённости службы ЛФК, снижают потенциальную эффективность медицинской реабилитации в районах области, что требует принятия неотложных мер.

Annotation: The state of physical therapy services in Novosibirsk region have been analyzed for 2008-2010. Positive aspects are the provision of a quantitative and performance units, physiotherapy coverage and the number of procedures for 1 patient, who exceed similar parameters in the hospitals of Novosibirsk. Inadequate staffing medical personnel, outdated physiotherapy equipment, the deterioration in the performance of equipment service of therapeutic physical training, reduce the potential effectiveness of medical rehabilitation in the districts, which requires urgent action.

Изучение материально-технической базы реабилитационных подразделений центральных районных больниц (ЦРБ) области свидетельствует о том, что ситуация может расцениваться как «удовлетворительная» только в отношении физиокабинетов. Так, среднее количество помещений в районных ЛПУ составляет 5,6, при средней площади-184,8 кв.м. Несмотря на то, что в ряде районов при ЦРБ имеется только 1 физиокабинет (Северное, Венгерово, Кочки, Чистоозерное), их площади составляют 50-60 кв.м, что является достаточным для размещения 8-10 кабин, предусматривающих лечение наиболее востребованными методами. Наилучшее положение с площадями в Бердске (541,5 кв.м.), Тогучине (771 кв.м), Искитиме (390,0 кв.м), а также районных центрах, представляющих узловые станции – Барабинске (320 кв.м) и Убинское (280 кв.м). Существенно хуже ситуация с помещениями для массажа: если средняя количество кабинетов в области составляет – 2,1, а их средняя площадь –31,2 кв.м, то по отдельным районам цифры значительно варьируют. Так, в Кольвани имеется 1 массажный кабинет площадью 6 кв.м, тогда как в Искитиме- 6, а в Барабинске и Оби - по 5 кабинетов, с площадью 79,0 кв.м, 74,5 кв.м и 60 кв.м соответственно. Наименее благоприятная обстановка в Коченево, где на 2 кабинета приходится лишь 9 кв.м, а также в Бердске и Чистоозерном, где кабинеты массажа отсутствуют вовсе. Сложная ситуация сложилась с ЛФК: среднее количество залов для занятий лечебной физкультурой составляет в области – 0,8 , а их площадь –33 кв.м, лишь в Барабинске функционируют 4 кабинета общей площадью 136 кв.м. В большинстве районов имеется по 1 залу со средней площадью 36,5 кв.м, тогда как в ряде ЦРБ – залы ЛФК отсутствуют (Бердск, Здвинское, Каргат, Кочки, Ордынское, Сузун, Чаны, Черепаново, Чистоозерное).

¹ Доктор медицинских наук, профессор

Существующая практика, когда врач-терапевт или узкопрофильный специалист не только сами направляют больных на физиолечение и занятия ЛФК, но и указывают параметры дозирования, не имея достаточной теоретической подготовки и практических навыков, привели к тому, что методология процедур отдана на откуп среднему медперсоналу, не всегда компетентному в оценке стадии заболевания, представлении о показаниях и противопоказаниях к лечебным назначениям. Вместе с тем, врачебными кадрами укомплектованы лишь 64% больниц, причем физиотерапевты отсутствуют, преимущественно в отдаленных районах, где их наличие особенно важно - Здвинское, Кочки, Северное, Чистоозерное, Усть-Тарка, Татарск. Достоверно лучше укомплектованность физиосестрами и медсестрами по массажу, в частности, в 17-ти ЦРБ (68%) она составляет 100%. Несколько ниже заполняемость штатного расписания инструкторами ЛФК - они отсутствуют в 32% районных больниц (Бердск, Здвинское, Кочки, Ордынское, Сузун, Чаны, Черепаново, Чистоозерное). Однонаправленная ситуация наблюдается в ЛПУ г. Новосибирска, где за последние три года количество штатных должностей инструкторов ЛФК сократилось с 78 до 70. Дефицит врачебных кадров и инструкторов ЛФК является одной из основных причин снижения эффективности медицинской реабилитации, особенно в неврологии и травматологии. Аналогичная ситуация складывается и в отношении младшего медицинского персонала физиотерапевтических отделений. В целом по области, кадровую ситуацию по физиотерапевтической службе области на 2010 год можно расценивать как удовлетворительную- средний показатель составляет по больницам 89,8%, а в 10 районах из 25 укомплектованность составляет 100%.

Квалификационные категории медперсонала являются показателем активности не только самих работников, но и аппарата управления ЛПУ. Согласно полученным данным, лишь в двух районах области (Искитимском и Купинском) 3,4% и 6,6% врачебного персонала физиоотделений имеют первую или высшую категорию. С учетом того, что 64% ЦРБ укомплектованы врачебным персоналом, сложившаяся ситуация не может рассматриваться удовлетворительной. В ЛПУ г. Новосибирска укомплектованность физислужбы врачебными кадрами составляла на 2010 г. 92,3%, при этом 84,1% врачей-физиотерапевтов имели аттестационную категорию соответственно стажу по специальности.

Наилучшим образом положение складывается в отношении физиосестер, среди которых 20,6% имеют высшие категории, 14,6%-первые и 11,7%-вторые. Однако, приведенные показатели говорят не столько о стремлении средних медработников повысить свою категоричность, сколько о преобладании среди них лиц пенсионного возраста. Не имеют категории физиосестры трех больниц – Венгеровского, Здвинского и Северного, неудовлетворительная ситуация по категоричности инструкторов ЛФК - таковые имеются лишь в четырех районах (Барабинском, Карасукском, Искитимском и Маслянинском). В целом же по области высшую категорию имеют 41,6%, первую-24,3% и вторую- 12,8% работников физислужбы и ЛФК.

В условиях ЦРБ, состояние аппаратного парка физиотерапевтического отделения представляет значимый элемент эффективной работы службы. Своевременное обновление аппаратуры позволяет работать в соответствии с требованием времени, достигать результатов лечения при меньшей энергетической нагрузке. Обеспеченность аппаратурой физиотерапевтических отделений ЦРБ является достаточно высокой: средний показатель составляет 54,5, с разбросом от 21(Кольвань, Ордынское) до 105 в Барабинске и 312-в Тогучине. Вместе с тем, количество новых аппаратов (до 5 лет эксплуатации) относительно невелико и составляет 16,3%, тогда как число выработавших ресурс (16-20 лет) - 28,7% и процент устаревших приборов (более 20 лет)-30,0%.

По данным мэрии г.Новосибирска удельный вес физиотерапевтической аппаратуры со сроком эксплуатации более 10 лет составил в 2010 г - 54,1% (в 2008 году - 54,9%), аппаратов со сроком эксплуатации более 15 лет– 34,8% (в 2008 году - 35,2%).

Недостаток оборудования является основным фактором, ограничивающим организацию высокоэффективного физиолечения в условиях ФАП, где согласно табеля оснащения рекомендовано использование портативной электро-свето-магнитотерапевтической аппаратуры.

Ведущими индикаторами активной деятельности подразделений немедикаментозного лечения и реабилитации являются охват пациентов физиолечением и количество процедур на 1 больного. На протяжении 2008-2010 гг. ситуация первым показателем в физиоотделениях стационаров ЦРБ остается стабильной:37,5-36,8%. Следует отметить, что в г.Новосибирске охват физиолечением в муниципальных ЛПУ составляет меньшую величину и колеблется от 28,2% в 2008 г. до 20,2% - в 2010 г. В то же время количество процедур на 1 больного в г.Новосибирске выше -13,1, что говорит о большей комплексности лечения. Однако, в ряде ЦРБ искомый показатель охвата сохраняется на должном уровне или даже превышает его (Бердск, Краснообск, Купино, Обь, Тогучин, Чаны). Вместе с тем, в нескольких районных ЛПУ(Кочки, Северное, Сузун, Ордынское, Кольвань) показатель охвата в 1,5-2 раза отстает от нормативных значений. Неизменным остается и среднее число физиопроцедур на одного стационарного больного – 11,4. Охват больных физиолечением в поликлинике имеет тенденцию к снижению за изучаемый период времени от 18,5% до 16,6%, что отстает от требований МЗ РФ. Полученные цифры превышают городские показатели, где за 2010 г. охват составил 13,3%, а число процедур на 1 больного- 10,9. В то же время, в ряде амбулаторных подразделений процент охвата существенно превышает нормативные значения: Кочки- в 3,5 раза, Краснообск - в 2,1 раза, Северное - 1,8 раза. Неудовлетворительные показатели в Убинке, Чистоозерке, Тогучине, Бердске, где проценты охвата в 3,0-3,5 раза отстает от нормативных значений. Средний показатель числа процедур на 1 больного соответствует регламентирующим значениям и остается неизменным на протяжении всего периода наблюдения. При этом, наилучшие результаты – в Искитиме, Краснообске, Оби, Северном, Убинке; достоверно отстает от плановых значений – в Кольвани, Ордынке, Татарске. При изучении основных профилей нозологий, по которым назначалось физиолечение было установлено, что наибольшее внимание уделяется специалистами лечению детских заболеваний -66,4-69,1% по годам наблюдения. На втором месте- неврологическая патология (51,8-55,7%), на третьем- заболевания внутренних органов (41,6%), на четвертом- хирургия (31-33%) и акушерство (27,7-31,6%).

Выводы:

1.Необходимо повысить укомплектованность физиотерапевтических отделений области врачами кадрами, для чего провести профессиональную переподготовку 1-2 терапевтов ЛПУ, с тем, чтобы они совмещали основную деятельность с работой физиотерапевта.

2.Аппаратный парк 2/3 физиоотделений ЦРБ требует обновления, в первую очередь -эксплуатируемых 16 и более лет.

3.Оптимизировать работу физиоотделений за счет комплексного назначения физиофакторов с целью повышения эффективности лечения в условиях сжатых сроков реабилитации.

4. Доукомплектовать службу ЛФК в области, увеличить площади под залы ЛФК, оснастить последние оборудованием для механотерапии.

Дробышев В.А.¹, Герасименко О.Н., Абибулаева Э.Ш., Кармановская С.А.

*ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет
Минздрава России», МБУЗ «Городская клиническая больница №2», г. Новосибирск*

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДИКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Использование диагностических экспресс-технологий, трехэтапная схема работы центра позволяют в короткие сроки оценить уровень адаптивных резервов организма, упруго-эластические свойства артерий, функцию дыхательной системы, организовать их динамическое наблюдение, коррекцию ряда факторов риска в условия зала ЛФК и интенсифицировать прогноз здорового образа жизни в условиях школ здоровья.

Use of rapid diagnostic technologies, three-stage scheme of the center allowing you to quickly assess the level of adaptive reserves of the body, elastic properties of arteries, the function of the respiratory system, to organize their dynamic monitoring and correction of a number of risk factors in terms of gymnastics hall and intensify forecast a healthy lifestyle conditions of school health.

Ишемический инсульт и инфаркт миокарда занимают лидирующее место в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Одним из перспективных подходов к прогнозированию характера течения патологического процесса и развития осложнений, является разработка оздоровительных программ на основе проспективного изучения факторов риска заболевания (Филимонов С.Н., 2002). Динамическое слежение за составлением здоровья населения, основанное на оценке функциональных резервов организма и направленно на снижение преждевременной инвалидизации и смертности населения, представляет цель работы Центров Здоровья, созданных приказом министерством здравоохранения и социального развития РФ №597н от 19.08.2009.

В комплекс проводимого Центром здоровья обследования входят: измерение роста и массы тела, тестирование на аппаратно-программном комплексе для экспресс-оценки параметров психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, система скрининга сердца компьютеризированная (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей) - метод дисперсионного картирования ЭКГ (Кардивизор), система ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса - ультразвуковой доплеровский метод, экспресс-исследование общего холестерина и глюкозы в крови, компьютеризированную спирографию, содержание окиси углерода в выдыхаемом воздухе с определением карбоксигемоглобина, осмотр стоматолога гигиениста, консультация врача-терапевта с предоставлением паспорта здоровья.

Главной особенностью инструментального скрининга, обеспечивающего высокую степень достоверности результатов, являются автоматизированные сравнения полученных индивидуальных результатов обследования с референтными базами данных должных величин, характерных для популяционных норм с учетом половозрастных и антропометрических различий. Автоматизированные сравнения индивидуальных показателей с должными величинами позволяют с высокой степенью вероятности выявить целый ряд заболеваний, находящихся в скрытой стадии, когда при отсутствии клинических данных, классические инструментальные методики являются малоинформативными.

¹ Д.м.н., профессор НГМУ

Далее, группы пациентов с бессимптомными формами заболеваний передаются в другие структурные подразделения для дальнейшего, более углубленного обследования и лечения. Такой комплексный подход позволяет оказывать реальное влияние, направленное на предотвращение преждевременной заболеваемости ССЗ у конкретных индивидов в определенных возрастных группах.

В условиях Центра Здоровья при МБУЗ «Городская клиническая больница №2» г.Новосибирска в течение 2010 года обследовано 9000 мужчин и женщин в возрасте от 35-50 лет. Работа в 2 смены, запись по телефону из любого района города. Согласно полученным данным, повышение уровня АД, соответствующей артериальной гипертензии (систолическое АД>140 мм.рт.ст, диастолическое АД>90 мм.рт.ст.) было выявлено у 61,7% осмотренных, нарушение толерантности к глюкозе (постпрандиальная гликемия >7,6 ммоль/л) – 33,2%, дислипидемия (общий холестерин в крови > 5,0 ммоль/л) - 81,3%, избыточная масса тела (Индекс Кетле > 25) - 42,2%. У значительной части осмотренных были зарегистрированы вредные привычки: на частое употребление алкоголя указали 11,3%, курили - 34,2%. В числе курящих преобладали «легкие курильщики» (углекислый газ (СО) выдыхаемого воздуха 6-10 ppm, карбоксигемоглобин (СОНВ) 1-1,6%) - 20,1%, тогда как «тяжелых курильщиков» (СО выдыхаемого воздуха 11-72 ppm, СОНВ 1,8-12%) оказалось у 14,1%.

При оценке состояния вегетативной нервной системы по данным вариабельности сердечного ритма, высокий риск развития сердечно-

сосудистых заболеваний был установлен у 43,3% , обследованных в возрасте 35-45 лет и уже 64,2% - в возрасте 45-50 лет. Однонаправленная динамика была получена и при исследовании упруго-эластических свойств артерий, позволившего зафиксировать повышенную вероятность развития атеросклероза сосудов у - 28,2% граждан 35-45 лет и вдвое большего (54,4%) - в 45-50 лет.

Таким образом, изучение эпидемиологической ситуации в отношении факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в открытой популяции лиц трудоспособного возраста и определяют необходимость развертывания широкомасштабной профилактической работы среди обследованных с постоянным мониторингом модифицируемых факторов риска и организационной работа среди населения, направленной на повышение мотивации к участию в оздоровительных программах.

Дробышев В.А., Федорова Н.В.

*ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет
Минздравсоцразвития», МБУЗ «Городская клиническая больница №2», г. Новосибирск*

**ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ И
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ
ДИСФУНКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ГЕНИТАЛЬНОЙ
РЕАКЦИИ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИНАМИЧЕСКОЙ
ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ**

Исследовались параметры сексуальной деятельности у 64 пациентов с нарушением эрекции, обусловленной недостаточностью генитальной реакции, разделенных на 2 группы: в 1-й лечебный комплекс был дополнен динамической электронейростимуляцией, во 2-й проводилось плацебо-воздействие. Введение в курс лечения ДЭНС-терапии позволило достоверно улучшить результативность лечебных мероприятий, что подтверждено исследованиями психоэмоционального статуса пациентов, доплерографией сосудов полового члена. Так, улучшение качества эрекции на 23,6% от исходных показателей зафиксировано в первой группе и

на 17,3% в группе плацебо. Уменьшение реактиной тревожности на 12,5% отмечено в основной группе против 7,8% в группе плацебо.

We studied the parameters of sexual activity in 64 patients with erectile dysfunction caused by the failure of genital response, divided into 2 groups: 1 st medical complex was supplemented with dynamic electric, in the 2 nd was the placebo effect. Introduction to the treatment of DENS-therapy allowed significantly improve the effectiveness of therapeutic measures, as confirmed by studies of mental and emotional status of patients, dopplerography vessels of the penis Thus, improving the quality of erections by 23,6% from the baseline recorded in the first group and 17.3% in group placebo. Reducing anxiety reaktinoy by 12,5% was noted in the study group vs. 7.8% in the placebo group.

О широкой распространенности сексуальных нарушений и проблем у лиц мужского пола можно судить по данным одного из наиболее репрезентативных исследований сексуального поведения в США, проведенного в рамках программы обзора здоровья и социальной жизни (NHLSL). В ходе опроса было установлено, что снижение или отсутствие интереса к половой жизни наблюдается у 16 % мужчин, недостаточная эрекция - у 19 %, ускоренное семяизвержение - у 29 % (E.Laumann, J.Gagnon, R.Michel, S.Michaels, 1994). В лечении ЭД широко используются фармакологические препараты, гомеопатические средства, а также немедикаментозные технологии (Burnett A. L., 1999; Wespes E., 2002). Имеются работы в которых указывается о применении физических методов в лечении эректильной дисфункции, таких как-терапия СМТ, ЛВМ, ЛОД, грязелечение и др. (Карпухин И.В. Миненков А.А. и др. 2003).

Обследовано 64 мужчины в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст 34,5±3,7 года) со снижением сексуальной функции в течение от 3 до 12 месяцев. При сборе анамнеза было установлено, что все обследуемые испытывали трудности с поддержанием эрекции, 75,0% (48 чел.) - предъявляли жалобы на преждевременную эякуляцию, 78,1% (50 чел.) - отмечали снижение половой предприимчивости (действия для осуществления полового акта).

Для оценки эректильной функции использовались следующие методики: 1.международный индекс оценки эректильной функции (МИЭФ); 2. Оценка параметров сексуальной деятельности (Агасаров Л.Г., Васильченко Г.С., 2002); 3. Оценка качества жизни по индексу QoL и тесту Ханина-Спилберга на выявление реактивной и личностной тревожности; 4. Допплерографическое исследование кровотока в подчрвных и пенильных артериях для оценки состояния эндотелиальной функции и ригидности сосудов эластического и мышечного типа на аппарате Logiq-400 (США).

Все пациенты в течение 20 дней получали базовый лечебный комплекс, который включал: растительный стимулятор потенции тентекс-форте по 2 таб. дважды в день, противоастенические препараты (милдронат 500мг, внутривенно, однократно в течение 10 дней), витаминотерапию (селцинк по 1таб. в день), вегетокорректоры (грандаксин по 500мг дважды в день).

Методом случайной выборки все больные были разделены на две группы: основную и сравнения. Пациенты в 1-й группе получали базовую терапию, оптимизированную динамической электронейростимуляцией от аппарата «ДиаДЭНС-ПКМ» (77 Гц) в виде ежедневного воздействия выносным электродом в режиме «терапия» (77 Гц), при комфортном или минимальном уровне энергетического воздействия (10-15 деление шкалы мощности) на три зоны: пояснично-крестцовый отдел позвоночника, пенильную область и промежность позади мошонки до ануса. Кроме этого, выполнялась ДЭНС-пунктура биологически активных точек: V-26, V-10, R-2, VC-2, V-23 – в режиме «7710», экспозиция воздействия 2 минуты на 1 БАТ, суммарное время воздействия 40 минут, на курс 12-14 ежедневных процедур, процедуры проводились в утренние часы, в одно и то же время для каждого больного. Во 2-й

группе базовый комплекс был дополнен имитацией сеансов динамической электростимуляции от плацебо-аппарата. Ни врач, ни пациент не знали, к какой категории относился аппарат, что позволяло оценивать настоящую работу, как соответствующую требованиям двойного слепого плацебоконтролируемого исследования

К завершению двухнедельного лечебного курса 86,5% больных (27 чел.) в 1-й группе отметили субъективное улучшение, в том числе: у 44,4% (12 чел) опрошенных суммарная оценка опросника МИЭФ увеличилась от $15,1 \pm 1,3$ до $21,4 \pm 1,8$ баллов ($p < 0,05$), что соответствовало нормативным значениям. Кроме того, при согласном опроснике параметров сексуальной деятельности у 63,0% (17 чел.) - возросла половая приемчивость, у 48,1% (13 чел) уменьшилась неуверенность перед половым актом, у 51,9% (14 чел) - увеличилось напряжение полового члена, 66,7% опрошенных (18 чел) - не отметили нарушения длительности полового акта.

Проведение доплерографии подчревных и пенильных артерий показало, что средние параметры гемоциркуляции не имели исходно статистически значимых отличий от нормальных цифр, хотя и приближались к нижним значениям нормы и составляли: для систолической линейной скорости кровотока в а.сavernosum $25,82 \pm 3,6$ см/с, а в фазу полной ригидности $23,9 \pm 3,0$ см/с; в а.dorsalis $24,98 \pm 1,2$ см/с, и $36,3 \pm 4$. Следует заметить, что несмотря на важность базовых значений линейных показателей кровотока, только их градиентные изменения в различных фазах эрекции служат значимыми критериями оценки пенильной гемодинамики. Нами оценивались индекс резистентности (RI), который обратно пропорционален скорости кровотока и индекс пульсации (PI) являющийся показателем тонуса сосудистой стенки. Так RI составил в среднем $0,92 \pm 0,02$ усл. ед. в покое и $0,9 \pm 0,2$ в фазу полной ригидности, а PI $2,12 \pm 0,17$ усл. ед. и $2,04 \pm 0,02$ усл. ед. соответственно. Данные показатели можно объяснить высоким тонусом симпатической нервной системы и последующей вазоконстрикцией что препятствует полному заполнению синусов кавернозных тел, что ведет к неполному блокированию вен в силу чего эрекция не достигает пикового ригидного состояния. Допплерографическое исследование по завершении лечения позволило выявить позитивную направленность расчетных индексов (RI и PI), в большей степени выраженную в группе оптимизированного ДЭНС-воздействия. Так, RI в основной группе составил $0,93 \pm 0,03$ в покое и $0,88 \pm 0,18$ в фазу полной ригидности, что приблизилось к средним нормативным значениям. В группе контроля индексы не претерпели значимых изменений и остались практически неизменными RI составил $0,925 \pm 0,02$ усл ед в покое и $0,89 \pm 0,2$ в фазу полной ригидности, PI $2,14 \pm 0,15$ и $2,08 \pm 0,02$ усл ед соответственно. Таким образом, включение динамической электростимуляции в комплекс лечения, позволяет корректировать регуляцию нейрососудистых механизмов снижает тонус артериальных сосудов.

Исходная оценка психо-эмоциональной сферы пациентов, подтверждала мнение С.Н.Кратохвил (1991) о влиянии ЭД на развитие невротических и аффективных расстройств: у опрошенных в 1-й группы был выявлен средний уровень личностной и высокий уровень реактивной тревожности ($43,7 \pm 1,8$ балла и $49,3 \pm 2,1$ баллов), что указывало на выраженную ситуативную тревожность. Во 2-й группе аналогичные показатели оказались сопоставимыми и равнялись $42,3 \pm 1,6$ балла и $50,4 \pm 1,9$ баллов соответственно. После лечения в состоянии исследуемых параметров в обеих группах была зафиксирована позитивная направленность: уровень личностной тревожности снизился в равной степени и составил в группе леченной с применением ДЭНС 4,8%, в группе плацебо-5,5%. В то же время, изменения реактивной тревожности носили значимый характер и лучшая динамика наблюдалась в группе оптимизированного ДЭНС лечения-12,8%, тогда как в группе плацебо – только 8,7%. Проведенное лечение

оказало положительное воздействие на качество жизни пациентов, которое согласно опросника QOL исходно оценивалось пациентами как "в общем неудовлетворительное" и составляло в первой и второй группах $3,9 \pm 0,5$ балла и $3,5 \pm 0,7$ балла соответственно (рисунок 2).

По завершении лечебного курса было зафиксировано улучшение изучаемых параметров: в основной группе - на 59,0%, тогда как в группе сравнения меньше-34,3% ($p < 0,05$). При субъективной оценке качества жизни пациенты в 1-й группе оценивали его после лечения как "хорошо", тогда как во 2-й группе – только как "в общем удовлетворительно".

Следовательно, у больных с синдромом эректильной дисфункции, обусловленной недостаточностью генитальной реакцией, включение в состав лечебного комплекса ДЭНС-терапии позволяет повысить эффективность лечебных мероприятий. Воздействуя на рефлекторные механизмы вегетативной нервной системы и сосудодвигательные центры ДЭНС-терапия корректирует выраженность эректильной дисфункции, что положительно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациентов и способствует повышению качества жизни пациентов. повышению качества жизни пациентов.

Дубилей Г.С.¹, Горева И.Ю.

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Росздрава, г. Омск

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕЛОЭЛЕКТРОФОРЕЗА И МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Аннотация: Вегетативные нарушения являются весьма распространенными в подростковом периоде. Синдром вегетативной дистонии считают облигатным признаком дисплазии соединительной ткани. Вегетативные нарушения приводят к снижению функциональных резервов и адаптационных возможностей организма. Предпочтение отдается немедикаментозной коррекции вегетативных расстройств у подростков. Магнитолазерная терапия и электрофорез грязевого раствора могут быть методом выбора при этих состояниях.

Annotation: Vegetative infringements are rather extended in the teenage period. A syndrome of a vegetative dystonia consider as an obligate sign hereditary disorders of connective tissue. Vegetative infringements lead to decrease in functional reserves and adaptable possibilities of an organism. The preference is given to non-drug correction of vegetative frustration at teenagers. Magnitolazernaja therapy and galvanization a mud solution can be a method of a choice for these conditions.

Актуальной проблемой современной медицины является коррекция вегетативных нарушений у подростков с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Предпочтение отдается немедикаментозным факторам. Пелоэлектрофорез и магнитолазерная терапия могут являться методами выбора при восстановительном лечении вегетативных расстройств у этой группы пациентов.

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности пелоэлектрофореза и магнитолазерной терапии у подростков с синдромом вегетативной дистонии (СВД) при дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 120 подростков (средний возраст $14,7 \pm 0,6$ лет) с признаками дисплазии соединительной ткани и проявлениями синдрома

¹ Д.м.н., профессор, зав кафедрой восстановительной .медицины Омской государственноймедицинской академии

вегетативной дистонии по ваготоническому ($n=68$) и симпатикотоническому ($n=52$) типам. Пациенты каждой из групп были разделены на 2 подгруппы, сопоставимые по возрасту и полу. Курс электрофореза раствора иловой сульфидной грязи месторождения «Озеро Ульжай» на шейные симпатические узлы получали подростки I группы ($n=35$) с ваготоническим и III группы ($n=25$) с симпатикотоническим типами СВД при ДСТ. Магнитолазерная терапия на эту же зону проводилось подросткам II группы ($n=33$) с ваготоническим и IV группы ($n=27$) с симпатикотоническим типами СВД при ДСТ.

Всем участникам исследования до и после коррекционного курса была проведена оценка клинического статуса, определялись параметры ВНС, оценивались функциональные резервы и адаптационные возможности организма, а также проводились оценка качества жизни и психо-функционального состояния. Для этой цели мы использовали специальные опросники и таблицы, кардиоинтервалографию (КИГ) с активной ортостатической пробой (программный комплекс ORTO Expert), расчет вегетативных индексов. Исследование психо-функционального состояния осуществлялось с применением теста «САН». Качество жизни подростков оценивалось по краткой форме опросника «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY».

Анализ полученных данных осуществлялся с использованием методов непараметрической статистики. Применялись критерии Уилкоксона, МакНемара, Манна-Уитни, χ^2 . Описание признаков производилось с помощью медианы и интерквартильного размаха, в формате $Me[LQ,UQ]$. Уровень статистической значимости был принят за 0,05. Статистический анализ полученных данных был проведен с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6,0 (StatSoft), табличного редактора MS Excel 2003.

Результаты и обсуждение

По завершению коррекционного курса в каждой из 4-х групп отмечалась однонаправленная положительная динамика показателей и параметров, однако степень и скорость этих изменений под воздействием физиотерапевтических методов была различной.

Об активизации симпатического звена вегетативной регуляции свидетельствовало увеличение индекса Кердо (ВИК) в I группе до - 2,0 [-2,8; -1,3] ед., во II группе до - 3,7 [-5,1; -2,3] ед. ($p=0,002$). Индекс работы сердца (ИРС) в обеих группах возрос в среднем на 11 единиц. Число лиц с эйтонией в I группе увеличилось до 87%, во II-ой – до 76% пациентов. Отмечался рост индекса напряжения (ИН) в покое до 39, 2 [19,6; 58,8] у.е.в I гр., во II гр. - 39,0 [20,1; 57,9] у.е., ($p=0,001$). Психо-функциональное тестирование подтвердило улучшение самочувствия и настроения, а также повышение социальной активности подростков. В структуре функционального состояния регуляторных систем ваготоников число лиц с удовлетворительной адаптацией в I группе составило 88%, во II - 82% пациентов. Согласно комплексной оценки эффективности лечения значительное улучшение в I гр.- у 57% пациентов и 32% во II гр., ($p=0,023$); улучшение – 32% в I группе и 60% - во II, без динамики – 11% и 8% соответственно. Ухудшений не было. Оценка эффективности лечения показала, что пациентов со значительным улучшением в первой группе значимо больше, чем во второй ($p=0,023$). Это делает пелоэлектрофорез методом выбора для коррекции вегетативных нарушений у подростков с ваготоническим типом СВД при ДСТ.

Отмечалось снижение ВИК в III группе до 5,4 [4,0; 6,0] ед., а в IV группе до 3,2[2,2; 4,2] ед. ($p<0,001$). Динамика ИРС в обеих группах в среднем составила 13 ед. Об уменьшении адренергического влияния на миокард свидетельствовали показатели ИН в покое: в III группе он составил 79,0 [65,0; 125,3] усл.ед, в IV группе – 63,9 [47,9; 80,1], ($p=0,044$). У 69% пациентов III группы и 77% IV группы отмечалось

формирование эйтонии. Улучшение психо-функционального состояния подростков подтверждалось появлением положительного настроя на лечение, уменьшением тревоги и повышением настроения. В структуре функционального состояния регуляторных систем возрсла удовлетворительная адаптация до 88% в IV группе, а в III группе - до 62%; умеренное напряжение механизмов адаптации в III группе составило 46% пациентов. Комплексная оценка эффективности зарегистрировала значительное улучшение у 25% пациентов III группы и 65% в IV группе, улучшение – у 44% и 30%, без динамики у 31% и 5% соответственно. Ухудшения по исследуемым параметрам зарегистрировано не было. По оценке эффективности значительное улучшение в IV группе статистически значимо выше, чем в III гр., ($p=0,036$). Это делает магнитолазерную терапию методом выбора с целью коррекции вегетативных расстройств у подростков с симпатикотоническим типом СВД при ДСТ.

Выводы

1. С целью коррекции вегетативных нарушений у подростков с ваготоническим типом СВД при ДСТ предпочтительнее назначать пелоэлектрофорез на шейные симпатические узлы. Эйтония сформировалась у 87% пациентов I группы. Комплексная оценка эффективности лечения показала значительное улучшение у 57% подростков, улучшение у 32% и без динамики у 11 %.

2. С целью коррекции вегетативных нарушений у подростков с симпатикотоническим типом СВД при ДСТ предпочтительнее назначать магнитолазерную терапию на шейные симпатические узлы. Эйтония сформировалась у 77% пациентов. Комплексная оценка эффективности лечения зарегистрировала значительное улучшение у 65% пациентов, улучшение – у 30%, без динамики у 5% подростков.

Дьяченко В.Г.,¹ Костакова Т.А.²

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Annotation: The status of population's health of the Russian Far East continues to deteriorate. This process is parallel with declining in the factors to availability, quality and safety of medical care. One of the fundamental reasons of these processes is a deficit of the qualified medical personnel in region hospitals caused by their aging and migration to western regions of Russia. Main preferences of students, who are graduating from medical higher schools of the region, are concentrated on job at commercial, regional and federal clinics. More than 4% of them plant to leave Russia to work abroad.

Ситуация в области охраны здоровья населения - одна из самых болезненных для России. В течение последних десяти лет темпы роста затрат на здравоохранение значительно превышали темпы роста региональной экономики. Сегодня субъекты РФ Дальневосточного федерального округа (ДФО) тратят на здравоохранение намного больше, чем иные регионы России, а показатели здоровья населения ежегодно ухудшаются. Наблюдается рост показателей заболеваемости всех групп населения, смертности трудоспособного населения и ежегодный рост показателя первичного выхода на инвалидность. Ко всему прочему, существующая система здравоохранения

¹ Доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО ДВГМУ

² Заведующая отделом аспирантуры и докторантуры ГОУ ВПО ДВГМУ

ДФО представляет собой конгломерат лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) различного уровня, различного ведомственного подчинения и различных форм собственности не объединенных единой целью. Реализация отдельных федеральных законодательных актов, таких, как № 131-ФЗ (от 06.10.2003 «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации») и № 83-ФЗ (от 08.05.2010 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений») к сожалению, не привнесла стабильности отрасли.

В реальной ситуации уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи для разных социальных групп населения имеет значительные различия по условиям их материального состояния и места проживания. Существенное влияние на доступность медицинской помощи населению оказывают экономические и географические отличия различных регионов России. В наиболее сложном положении в настоящее время оказались жители отдаленных северных и сельских районов Восточной Сибири и Дальнего Востока, где предлагаются подходы к планированию ресурсной базы ЛПУ без учета региональных особенностей. В частности, планирование отрасли не учитывает низкую плотность расселения, неудовлетворительные внутрирегиональные транспортные связи, отрицательное влияние на тарифную политику монопольного положения многих поставщиков товаров и услуг для ЛПУ. В крайнем случае, региональным системам здравоохранения предлагается изыскивать собственные ресурсы, если региональные особенности не позволяют уложиться в предлагаемые параметры планирования программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению. Но именно эти предложения далеки от реальности, поскольку все многитерритории Российской провинции являются дотационными.

В самые сложные времена, особенно в условиях экономического кризиса многие проблемы отрасли здравоохранения Дальневосточного региона решались за счет кадровых ресурсов высшего уровня, их профессионализма и социальной терпимости. Руководители высшего звена оценивают кадровую ситуацию в отрасли вполне удовлетворительной. И действительно в ДФО по данным официальной Российской статистики обеспеченность врачами на 10 000 населения к 2009 г. сформировалась на уровне 53,6, где лидирует Чукотский автономный округ, увеличив число врачей на 10 000 населения, с 59,8 в 1995 г. до 80,8 в 2009 г. В части субъектов РФ ДФО, таких, как Камчатский край и Еврейская автономная область наоборот произошло уменьшение показателя числа врачей на 10 000 населения соответственно с 52,0 в 1995 г. до 45,7 в 2009 г. и с 36,7 в 1995 г. до 35,2 в 2009 г.

В то же время отечественные аналитики стараются не замечать того, что коэффициент совместительства в отдельных провинциальных ЛПУ превысил 2,0, что указывает на кадровый дефицит врачей, а так же на реальную недельную часовую нагрузку врача выше 60-80 часов. Следовательно, анализ показателей официальной статистики, относительно обеспечения отрасли здравоохранения физическими лицами врачей на 10000 населения должен остудить избыточный энтузиазм управляющих структур, поскольку реальный показатель обеспеченности врачебными кадрами придется снизить в 1,5-2,0 раза. А, если к этому добавить, что в ЛПУ ДФО работает около 30% лиц достигших пенсионного возраста, а ещё у 25% врачей этот возраст наступит через несколько лет, то станет понятно, что в реальной ситуации в ЛПУ отрасли сформировался кадровый дефицит и, что, все планы по модернизации здравоохранения региона до 2020 г. могут не состояться. Причем кадровый дефицит невозможно будет погасить в течение короткого промежутка времени, поскольку цикл профессиональной подготовки врача длится, как минимум, 7-10 лет. Результатом

значительных перегрузок на рабочих местах становится формирование проблем со здоровьем значительной части врачебного корпуса региона, что сегодня является одной из главных причин их миграции в «западные» регионы России.

По данным проводимых нами социологических опросов врачей ДФО неудовлетворительным состояние системы здравоохранения региона назвали 35,02% респондентов, удовлетворительным – 30,75%, хорошим и отличным – 6,4%. Затруднились с оценками – 27,85% опрошенных. Уровень благосостояния своей семьи «Высоким» не оценил ни один из опрошенных врачей. Что же относительно оценки «Выше среднего» то к ней себя отнесли всего 0,8±0,4%. Наибольшее число респондентов (79,4±1,6%) оценили себя по уровню доходов показателем «Средний».

Анализ приёма – выпуска студентов четырех медицинских вузов ДФО с 2005 по 2010 гг. показывает, что в целом не наблюдается снижения ни набора на первый курс, ни выпуска дипломированных врачей. В 2010 году, несмотря на экономический кризис на первый курс медицинских вузов региона было принято 1628 студентов. Около 80% было принято по заявкам территорий ДФО на основании квот т.н. целевого набора. В этой связи следует отметить, что доля студентов-«целевиков», вернувшихся в ЛПУ «малой родины» после окончания вуза к 2010г. составила всего 15 – 20%. Данные результатов социологических опросов выпускников медицинских вузов региона, проведенного нами в 2009-2010 гг. указывают на то, что первое место в предпочтении выпускников занимает работа в коммерческих медицинских учреждениях (27,41±2,77%), на втором месте среди предпочтений выпускников находится работа в федеральных или региональных ЛПУ (22,78±2,61%). Третье место в рейтинге занимают 20,08±2,49% респондентов, которые планируют вообще покинуть Дальний Восток России и работать в ЛПУ центральных регионов России. Только 12,36±2,04% опрошенных выпускников строят планы трудоустройства по месту постоянного жительства в муниципальных ЛПУ, но по узкой врачебной специальности в стационарах. Пятое место занимает относительно небольшая группа выпускников (8,11±1,70%), которые планируют продолжить образование в России или за рубежом и затем заниматься научной деятельностью. Шестое место (4,63±1,31%) занимает группа студентов, изучающих иностранные языки (английский, японский и китайский), которые строят планы, связанные с отъездом на постоянное место жительства за рубеж (США, Австралия, Новая Зеландия, Ю. Корея и КНР).

Жулябина Ж.В.¹

Региональная общественная организация «Новосибирская профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» (РОО НПАССД), г. Новосибирск

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПРОЕКТ «ЛИДЕРСТВО В ПЕРЕГОВОРАХ»

В статье рассказывается о совместном проекте Международного Совета Медсестер и Ассоциации медицинских сестер России по вопросам воспитания лидерских качеств у руководителей сестринских служб.

В период с 2007 – 2010 годы, РОО НПАССД являлась участником международного проекта «Лидерство в переговорах». Кроме Новосибирской области, в проекте принимали участие медицинские сестры Астраханской, Ленинградской, Самарской,

¹ Жулябина Жанна Владимировна – член Правления РОО НПАССД, главная медицинская сестра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Государственный Новосибирский областной госпиталь ветеранов войн»

Омской областей и Республики Марий Эл. Руководитель проекта от российской стороны – В.А. Саркисова, президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России» (РАМС); руководитель проекта со стороны Международного Совета Медсестер (МСМ) – Мирелль Кингма, советник по вопросам политики в здравоохранении и сестринском деле МСМ; преподаватели – Франсис Саппараен, эксперт МСМ, бывший президент национальной ассоциации медсестер Маврикия и Эвю Густавсон, вице-президент Шведской ассоциации работников здравоохранения в провинции Вастерботтен.

Главная идея проекта заключалась в том, чтобы сформировать команду лидеров, способных отстаивать интересы профессии, добиваться решений, необходимых медицинским сестрам на местах. Поэтому, одним из основных компонентов проводимых семинаров была разработка участниками собственными мини-проектов, о реализации которых участники отчитывались на очередном тренинге. Уже первые самостоятельные шаги лидеров были достаточно успешными – удалось увеличить членство в рядах НПАССД более 60% (с 5000 до 8100 человек).

Много вопросов было уделено теме «Ключевые члены». Кто же такие «ключевые члены»? Это руководители сестринских подразделений, представляющих интересы медицинских сестер на местах, от профессиональной деятельности которых зависит развитие сестринского дела в регионах.

В августе 2010 г. финальный учебный семинар проекта прошел в Омске. Основные темы семинара:

1. Предпринимательство и сестринская практика.
2. Защита социально-экономических интересов и прав сестринского персонала.
3. Профессиональная безопасность и здоровье.
4. Системы поощрения и оплаты труда медицинских сестер.
5. Маркетинг и взаимодействие со СМИ.

Были намечены планы по реализации новых проектов в защиту интересов своих коллег. Все участники успешно выполнили учебную программу и получили сертификаты Международного Совета Медсестер.

В рамках данного проекта в Новосибирске и Новосибирской области проведены семинары «Лидерство: теоретические и практические аспекты», «Роль ключевых членов в развитии Ассоциации». На местах прошли многочисленные встречи с членами Ассоциации, и был решен ряд вопросов, касающихся материально-технического обеспечения деятельности сестринского персонала.

Проект можно смело назвать важным и успешным. В ходе обучения, участниками были освоены основные методы решения проблемных ситуаций, возникающих в ежедневной деятельности медицинских сестер и это прежде всего, приобретение навыков ведения переговоров, что несомненно позволит НПАССД стать еще более сильной и сплоченной профессиональной общественной организацией.

Жумаев Л.Р., Умурова Д.О., Кодирова Ш.Р., Баймурадов Р.Р.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СИАЛОДЕНИТОМ

The analysis of the received results of research has shown on authentic growth of the maintenance of an antibody of a class A and M in blood of surveyed persons, specifying to that in character of disease caused not only inflammatory process, but also development of autoimmune reaction.

Структура заболеваемости различными формами сиалоденитов демонстрирует преобладающее большинство (85-96%) поражений околоушных слюнных желез воспалительным процессом и незаметное его начало, периодическое обострения, длительное течение воспалительного процесса создают сложные условия для адекватной диагностики, и приводит в ряде случаев к диагностическим ошибкам (Ронь Г.И., 1995). Целью настоящей работы явилось комплексное изучение выраженности воспалительной реакции, оценка состояния местного иммунитета и ротовой жидкости у лиц с воспалительным заболеванием слюнных желез. Было обследовано 66 больных с обострением хронического сиалоденита преобладающий поражением хронического сиалоденита преобладающий поражением околоушных слюнных желез в возрасте от 20 до 60 лет. Содержание иммуноглобулина А и М, а также альфа-2-макрроглобулина исследовали на анализаторе используя набора фирмы «HUMAN». Анализ полученных результатов исследования показало на достоверный рост содержания иммуноглобулина класса А и М в крови обследуемых лиц, указывая тем самым на характер заболевания обусловленной не только воспалительным процессом, но также развитием аутоиммунной реакции. Таким образом, выявленные различия в показателях крови у больных сиалоденитом могут быть использованы в качестве дополнительных критериев при дифференциальной диагностике заболевания слюнных желез, а также в разработке обоснованной терапии.

Жураева Х.И., Аслонова Ш.Ж., Тухтаева Х.Х., Эркинова Н.Э., Атоев О.О.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

СОСТАВЛЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Clinical situational problems raise interest of trainees, induce to independent thinking, and help to develop culture of brainwork, develop ability to use theoretical knowledge in professional work.

Повышение эффективности и качества учебного процесса требует гибкого сочетания традиционных методов обучения с разнообразными приемами оптимизации, творческого подхода к каждой новой теме, строгой индивидуализации обучения. Особенно сложные проблемы возникают в ходе преподавания клинической дисциплины связи с бесконечным разнообразием объекта изучения, сложностью вопросов, необходимостью мобилизации творческого потенциала личности обучаемого. В качестве одной из форм оптимизации процесса обучения на кафедре терапии применяются клинические ситуационные задачи. Решение ситуационных задач позволяет применять имеющиеся знания, закреплять умения и навыки, способствовать творческой деятельности обучающихся. В обучение входят не только прослушивание, как на лекции, но и понимание и применение. Ситуационные задачи делятся на типовые и нетиповые, требующие продуктивной умственной деятельности на уровне умений. Наибольше интерес представляют проблемные ситуационные, клинические задачи, так как, они способствуют формированию клинического мышления студентов. Ситуационные задачи также широко применяются для контроля знаний и умения их применять в конкретной клинической ситуации. Составляя ситуационные задачи, мы моделируем клиническую работу врача, сознательно опуская в условия существенны признак или напротив, включая избыточные признаки, следуя известному принципу составления задач: спорным условием; избыточным условием; с неполным условием; с избытком одних условий при недостатки других. При составлении задач мы часто используем реальные истории

болезни, переработанные в соответствии с требованиями дидактики, выделяем две основные взаимосвязанные части: условия и проблема, подлежащая решению. Условия задачи в идеальной ситуации содержит всестороннее описание исходных фактических данных: детальный анамнез, результаты объективного осмотра, краткое изложение итогов лабораторных и инструментальных исследований (рентгенограммы, ЭКГ, ФГК, ЭхоКГ и т.д.). Такое идеальное условие оказывается громоздким, первостепенные и второстепенные признаки в нем смешанные. Студенту, решающему такую задачу, как и врачу при общении с пациентом приходится, проводить направленный выбор симптомов. В диагностические задачи включаем или данные анамнеза, или лабораторные, или дополнительные инструментальные признаки, или те и другие одновременно. Используем также один из видов клинических задач, которые связаны с поиском недостающего ключевого симптома. Важным элементом клинической задачи, определяющей ее содержание, является формулировка проблемы, подлежащей решению. Вопросы касаются всех сторон врачебной деятельности: постановка диагноза, назначение лечения, оценка адекватности терапевтических мероприятий на предыдущих этапах лечения и т.д. Ситуационные задачи, наиболее приближенные к клинической ситуации, когда приходится одновременно решать несколько проблем, по ходу изложения условия на разных его этапах могут возникать меняющиеся ситуации, каждая из которых требует принятия решения, содержать несколько вопросов, причем они могут быть сформулированы и только в конце условия. Эти многоступенчатые задачи предлагаются для решения студентам старших курсов, ординаторам, которые уже в силу своей теоретической и практической подготовленности автоматически проводят селекцию признаков. Клинические задачи проще реальных клинических ситуаций, поэтому решение клинических задач необходимо сочетать с клиническим разбором больных и теоретическими семинарами, и содержание задачи должно быть тесно связано с изучаемым теоретическим материалом. Мы считаем, что использование ситуационных задач особенно целесообразно в случаях:

- ✓ определения исходного уровня знаний студентов
- ✓ при редко встречающихся заболеваниях, когда в поликлинике или в клинике в данный момент нет больных на лечение с изучаемой нозологической формой
- ✓ проведения поэтапного контроля формирования клинического мышления.

В контроль знаний необходимо учитывать исходную подготовленность студентов и сложность задач. Сложные задачи, требующие для своего решения логической работы, задача с множеством возможных решений и поиском не достающих симптомов, позволяют выявить творческие возможности студентов. Мы считаем, что, как и традиционные методы, клинические ситуационные задачи повышают интерес обучаемых, побуждают к самостоятельному мышлению, помогают развивать культуру умственного труда, развивают умение использовать теоретические знания в профессиональной деятельности, то есть - это умение распознавать болезни и лечить больных, что является главным в любой клинической дисциплине.

Жураева Х.И., Аслонова Ш.Ж., Эркинова Н.Э., Саидмурадова Ж.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПРОБЛЕМНОГО ОБУЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ВЫПУСКНОГО КУРСА

Problem training provides to the decision of practical situations, working out of new behavioral strategy in contacts to difficult patients, raises personal and considerably raises own involvement into process of training and activity.

Проблемное обучение ориентировано на процесс понимания или решение проблем. Проблема вставляется на начальном этапе процесса обучения. Проблемное обучение как творческий процесс представляется в виде решения нестандартных научно-учебных задач нестандартными же методами. Если тренировочные задачи предлагаются студентам для закрепления знаний и отработки навыков, то проблемные задачи - это всегда поиск нового для студента способа решения, в ходе которого обучаемые усваивают новые знания, умения и навыки. Студенты более мотивированы, так как они самостоятельно составляют свои вопросы, планы и цели. В преподавании на кафедре по подготовке врача общей практики применение проблемного обучения позволяет развивать творческие способности будущих врачей, формулировать профессиональное мышление, умение самостоятельно видеть и формулировать проблему, способность выдвигать гипотезу и находить способ ее проверки, умение искать и анализировать данные и выбирать методики для их обработки. Проблемы вызывают развитие навыков, а не следуют за ними, включают плохо структурированные, открытые вопросы, где нет подготовленного правильного исхода или ответа; позволяют прийти к результату посредством обсуждений. Кроме этого, формируется способность формулировать выводы и оценивать возможности практического применения полученных результатов, способность видеть проблему в целом, все аспекты и этапы ее решения, определяют меру личного участия в ее решении. Проблемные задачи выполняют тройную функцию: они являются начальным звеном процесса усвоения новых знаний; обеспечивают оптимальные условия для усвоения; представляют собой основное средство контроля для выявления уровня результатов обучения. Метод проблемного обучения акцентируется на ситуационном познании: соответствует изучению происходящего в реальном мире, т.е. в контексте какого-либо мероприятия или происходящей ситуации. Проблемное обучение способствует намеренное изучение, понимание основанное на связях, критическое и творческое мышление, самостоятельное исследование, эффективное сотрудничество, командная работа и навыки общения. Случай конкретной ситуации, в котором отражается тот комплекс знаний и практических навыков, которые студентам необходимо освоить, разрабатывается по определенным правилам. Случай представляет собой текст с описанием реальной или смоделированной ситуации в сочетании со ссылками на источники информации, необходимые для решения задачи. Дальнейшая работа происходит в группах по 3-5 человек. Текст, объемом до нескольких страниц, студенты предварительно прочтывают, изучают, привлекая к этому материалы лекционного курса, другие источники информации, а также личный и групповой опыт. Участники групп должны предложить концепцию действий, а также конкретные меры, поведенческие стратегии и алгоритмы разрешения проблемы. В последующем ролевом моделировании студенты осваивают поведенческие стратегии по этапам: идентификация проблемы; генерация альтернативных решений; их оценка; выбор наилучшего решения из приемлемых, разработка путей воплощения решения. Занятие завершающейся общегрупповым обсуждением с обратной связью участников. Как показали результаты опроса студентов, проблемное обучение обеспечивает не только обучение решению практических ситуаций, разработку новых поведенческих стратегий в контактах с трудными пациентами, повышает личностную и значительно повышает собственную вовлеченность в процесс обучения и активность. Кроме того, метод изучения случая мотивирует на более глубокое изучение дисциплины и изменяет роли преподавателя. Преподаватель способствует сознательному познанию, направляют студентов по мере необходимости, и в тоже время способствуют самостоятельной постановке цели, проблем, анализа и принятия решения.

Забылина Н.А.¹

*Государственная Новосибирская областная клиническая больница,
Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск*

СМЕШАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ И ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО В ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аннотация: В статье рассматривается распространенность смешанного тревожного и депрессивного расстройства, появление данного расстройства в качестве новой рубрики в МКБ-10. Поднимается проблема сложности в диагностике данного расстройства в общепсихиатрической практике. Представлены основные соматические проявления смешанного тревожного и депрессивного расстройства. Предложены основные подходы к терапии данного расстройства.

Актуальность: В России 6 – 7% населения страдает депрессивными и тревожными расстройствами (Ротштейн В.Г. и др., 2005). Распространенность же смешанного тревожного и депрессивного расстройства по данным А. Ferriman (2001) составляет: 12% – у женщин и 7% – у мужчин.

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство – рубрика F 41.2 в МКБ-10. Четкие диагностические критерии смешанного тревожного и депрессивного расстройства в данной классификации отсутствуют. Приводится лишь общее определение, согласно которому состояние в этих случаях соответствует тревожной депрессии, характеризующейся сочетанием тревожных и депрессивных проявлений при наличии минимум нескольких вегетативных симптомов (например, тремор, сердцебиение, абдоминальный дискомфорт). Смешанное тревожное и депрессивное расстройство диагностируется в случае относительного равновесия этих явлений. Таким образом, одними из основных симптомов болезненного состояния являющихся соматические симптомы. Появление данной рубрики отражает две основных тенденции терапевтического патоморфоза течения депрессии и тревоги. Во-первых, в многочисленных исследованиях отмечается, что тревога и депрессия в значительной мере перекрывают друг друга по клиническим симптомам и патофизиологическим механизмам. Коморбидность тревоги и депрессии достигает 40 – 80 % (Морозов П.В., 2005). Во-вторых, все чаще типичные аффективные проявления депрессии и тревоги отодвигаются на второй план, уступая место соматическим, вегетативным, алгическим, функциональным и поведенческим эквивалентам (Baig M.J. et al., 2004; Сукиасян С.Г. и др., 2007).

Вследствие «скрытности» тревожно-депрессивного аффекта диагностика данного расстройства чрезвычайно затруднена и требует специальных знаний и навыков у врачей первичного звена здравоохранения. Пациенты часто оценивают свое состояние как соматическое, а не психическое неблагополучие (Смулевич А.Б. и др., 1999). Именно поэтому данная группа пациентов обращается в первую очередь к врачам первичного звена здравоохранения: терапевтам, кардиологам и неврологам. Более того, многие больные не осознают или не хотят говорить о своих психологических проблемах и на прямые вопросы о снижении настроения, тоске или тревоге отвечают отрицательно. Так выявлено, что наиболее частыми соматическими симптомами у пациентов со смешанным тревожным и депрессивным расстройством были следующие. Сердечно-сосудистые симптомы 88 – 98%: сильное или учащенное сердцебиение, ощущение перебоев в деятельности сердца, чувство сдавления, жатия или боли в грудной клетке, «биение» в сосудах; сенсорные симптомы – 60 – 86 %: онемение или покалывание в различных частях тела, ощущение слабости,

¹ Врач-психотерапевт ГНОКБ; ст. преподаватель кафедры психологии и педагогики НГМУ

головокружение, ощущение «падения в обморок», бегание мурашек, приливы жара или холода, шум и звон в ушах. У 100 % больных была вегетативная симптоматика: головные боли напряжения, головокружение, склонность к локальной или диффузной потливости, бледность или покраснение кожи, тремор. Со стороны ЖКТ наиболее часто отмечались жалобы на ком в горле – 38 %, снижение аппетита – 38 – 42 %. Со стороны мочеполовой системы у 44 – 52 % отмечалось незначительное снижение либидо. Выраженными были расстройства сна. Наиболее часто больные жаловались на трудности при засыпании 88 – 94 % и поверхностный или прерывистый сон – 72 – 78 %, в меньшей степени на ранние пробуждения – 24 – 40 %. После утреннего пробуждения не было чувства отдыха после сна, присутствовало ощущение вялости, сонливости в течение дня (Забылина Н.А., 2008).

Большинству пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами с ведущими соматическими симптомами назначается терапия, направленная на коррекцию физиологических функций и симптомов. Однако поскольку психопатологическая симптоматика, как правило, остается не выявленной, эта терапия оказывается недостаточно эффективной. И данные пациенты попадают в категорию «проблемных» пациентов, которые продолжают обследоваться в поисках соматического заболевания, жалуются на низкую эффективность терапии и т.д.

Выводы: Данная категория пациентов является наиболее сложной для диагностики и терапии. Важность избавления пациента от соматических симптомов депрессии и тревоги трудно переоценить, так как для достижения полной ремиссии требуется не только восстановление общего уровня активности, исчезновение чувства усталости, напряжения, тревожных ожиданий, но и устранение болезненных соматических проявлений. В связи с этим оптимальным подходом к достижению полной ремиссии при тревожно-депрессивных состояниях считается назначение не только психофармакотерапии, а комбинированная терапия: психофармакотерапия и психотерапия (когнитивно-поведенческой психотерапия) (Забылина Н.А., 2008, 2011; Забылина Н.А., Полторак С.В., 2010). Препаратами выбора являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (паксил, феварин, сертралин). Психофармакотерапия позволяет воздействовать на соматический компонент, тревогу и депрессивный аффект, а психотерапия направлена на изменение психологических установок личности.

Здоровцева Н.В.¹, Панунцева К.К.², Пузырев В.Г.³

Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия, г. Санкт-Петербург

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К КАЧЕСТВУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Annotation: Anonymous questioning of 1200 mothers having children at the age from 1 year till 2 years, observed in twenty five out-patient departments of St.-Petersburg located in different city districts is spent. The data about availability of visiting prophylactic receptions is cited. Results of an estimation of knowledge of parents about the organisation of preventive receptions, about demands on education of the healthy child, about necessity of vaccinations are presented. Level of trust of respondents to references of pediatricists is analysed. The opinion of parents on disadvantages of the organisation of preventive work, and also the offer on their elimination is studied. Results of an estimation by respondents human,

¹ К.м.н., доцент каф. общественного здоровья и здравоохранения

² Аспирант каф. общественного здоровья и здравоохранения

³ К.м.н., ассистент каф. общественного здоровья и здравоохранения

professional qualities of the medical personnel and quality of a disease-prevention service as a whole are presented. References on improvement of quality of a disease-prevention service to children are resulted.

Для разносторонней оценки организации и качества медицинской помощи ребёнку существенное значение имеет социологический опрос или анкетирование его родителей.

Результаты проведенного анонимного анкетирования родителей показали, что «Школу материнства» посещали лишь 12,2% женщин. Низкий уровень посещаемости указанных занятий большая часть (40,9%) респондентов объясняет недостатком времени, 22,7% - указывают на дальность расположения от места проживания, 13,7% - отмечают неудобное время проведения занятий, 18,2% - считают, что подобные занятия им не нужны и 4,5% - ссылаются на отсутствие такой школы или незнание об её существовании.

Результаты анализа уровня информации матерей о существовании профилактических приемов свидетельствуют о недостаточном уровне их информированности – пятая часть респондентов такой информации не имеет. Только 58,3% матерей осведомлены о конкретных часах проведения профилактических приёмов, 41,7% - их не знают.

Изучение времени затраченного на ожидание профилактического приема показало, что четвертая часть матерей с детьми вынуждена проводить в ожидании педиатра от 30 минут до 1 часа и более.

Результаты проведенного анкетирования показали, что рекомендации по питанию были даны педиатрами 92,0% детей, 8,0% - рекомендаций не получали.

Рекомендации по режиму дня, гимнастике, массажу и закаливанию детей давались ещё меньшему количеству респондентов (73,9%, 45,8%, 63,6%, 36,2% соответственно).

Проведенное исследование свидетельствует о том, что указанные рекомендации не всегда были достаточно убедительны и вынуждали респондентов искать другие источники информации.

При возникновении необходимости в получении рекомендаций разброс источников получения информации весьма разнообразен и не всегда оправдан: 46,5% обращаются к участковому педиатру, 21,3% - к друзьям 17,9% - к родителям, 10,7% к знакомым врачам и 3,6% - затрудняются ответить на данный вопрос.

Предположение о недостаточной доходчивости и убедительности полученных рекомендаций подтверждается ответом респондентов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы рекомендациями своего педиатра?» Положительно на поставленный вопрос ответили 63,9% родителей.

В ходе исследования респондентам было предложено изложить своё мнение о прививках. 80,2% опрошенных считают прививки полезными, 15,9% - полагают, что прививки нужны, но не все и 3,9% - уверены, что прививки наносят вред. О существовании прививочного календаря знают 84,3% респондентов и соответственно 15,7% не знают.

В результате проведенного анкетирования было установлено, что профилактические осмотры узких специалистов посещали 73,9% детей, четвертая часть (26,1%) пациентов означенных осмотров не посещала. 66,7% респондентов, не посетивших указанные приёмы, ссылаются на трудности, возникающие при желании попасть к узкому специалисту, 33,3% - затрудняются указать причину отказа от посещения профилактического приёма.

На вопрос: «Как Вы считаете, нужна ли вообще профилактическая работа?», респонденты практически единодушно (95,8%) подтвердили её необходимость, 4,2% - затруднились ответить.

При осуществлении анкетирования родителям было предложено указать основные недостатки, имеющиеся в организации профилактической работы и сформулировать предложения по их устранению.

50,2% респондентов указали на недостаток, и даже отсутствие необходимых лабораторий и узких специалистов, 23,4% - высказали неудовлетворенность наличием платных процедур, 16,6% - отметили крайне неразборчивый почерк врачей и 9,8% - затруднились ответить на данный вопрос.

Для улучшения качества профилактической работы 38,4% родителей считают необходимым расширить спектр услуг и увеличить штаты узких специалистов, 26,6% - высказывают предложение об увеличении площади поликлиники и улучшении её материальной базы за счёт дополнительного финансирования, 23,7% - желают иметь возможность свободного выбора врача, 11,3% - затруднились представить свои предложения.

Респондентам было предложено по пятибалльной системе оценить человеческие и профессиональные качества своих участковых врачей и медицинских сестер. Большинство родителей (78,3%) оценили человеческие качества докторов на «отлично», 21,7% - поставили оценку «хорошо», других оценок зарегистрировано не было. Средний балл, поставленный врачам за человеческие качества, составил 4,8 балла.

Профессиональные качества участковых педиатров родители оценили несколько ниже – 4,5 балла. Оценку «отлично» поставили врачам 69,6% респондентов, профессиональные качества врачей оценили на «хорошо» - 26,1% и на «удовлетворительно» - 4,3% родителей.

Человеческие качества среднего медицинского персонала 82,7% респондентов отметили как «отличные», 13,0% - «хорошие» и 4,3% - как «удовлетворительные». Средний балл, поставленный медицинским сестрам за человеческие качества, составил 4,8 балла.

Средний балл, характеризующий профессиональные качества медицинских сестер соответствует предыдущему – 4,8. 78,3% матерей оценили профессиональные качества среднего медицинского персонала на «отлично», 21,7% - на «хорошо».

Оценка качества профилактической помощи по месту жительства в целом выглядит менее позитивно. Средний балл, характеризующий профилактическую работу, составил 4,1 балла. Только треть респондентов (33,3%) оценили её на «отлично», 45,8% - на «хорошо» и пятая часть (20,9%) – оценили как удовлетворительную.

Таким образом, результаты исследования позволили выявить в организации профилактической работы ряд существенных недостатков, которые требуют обязательной коррекции: снижения длительности ожидания приема врача; проведения эффективной работы по улучшению информированности родителей о необходимости посещения «Школы материнства»; о наличии профилактических приемов, о часах их проведения; о наличии прививочного календаря; о необходимости проведения вакцинации; повышения аргументированности работы по санитарно-гигиеническому воспитанию родителей с целью осознания важности профилактических мероприятий.

Зубков О.В.¹, Капитоненко Н.А.², Кирик Ю.В.³

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА ВОЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ОТРАСЛИ

Аннотация: В статье представлена оценка развития медицинских кадров военного здравоохранения России в период проводимых реформ. Обосновываются предложения по совершенствованию кадровой политики в условиях модернизации отрасли.

Annotation: This article contains the data about estimations of development medical shots of military public health services of Russia in spent reforms. Article proves offers on perfection personnel selection in the conditions of branch modernization.

На современном этапе развития России и происходящих изменений в геополитической, социально-экономической, духовно-нравственной сферах, очевидно, что проблема обеспечения национальной безопасности страны становится, особенно, острой.

Военная служба всегда была и будет оставаться областью повышенного риска. Изменения затрагивают все стороны жизни армии и направлены на то, чтобы уровень ее боеспособности повысился, но при этом не только сохранилась, но и возросла социальная защищенность самих военнослужащих, офицеров запаса и членов их семей. Важная роль в этом принадлежит военной медицине.

Военная медицина является составной частью государственной системы здравоохранения, с единством целей, взаимодействием и преемственностью служб. Проблема эффективной деятельности лечебно-профилактических учреждений особенно характерна для российского здравоохранения. Низкое качество медицинской помощи, слабая мотивация медицинских работников, высокий уровень износа основных фондов, перегруженная избыточными функциями и несоответствующая стратегии развития отрасли – все эти факторы снижают эффективность деятельности российского здравоохранения.

Эффективное функционирование любой системы, в том числе и системы здравоохранения, обеспечивается ресурсами. Безусловно, наиболее дорогостоящей составляющей ресурсов являются человеческие ресурсы. По данным Всемирной организации здравоохранения от общих текущих затрат выделяемых на здравоохранение 60-70% приходится на медицинские кадры. При этом отмечено, что использование финансовых средств на подготовку, профессиональную переподготовку и повышение квалификации медицинских кадров не учитывается.

И именно кадровые ресурсы являются главным звеном в организации работы системы здравоохранения, в предоставлении медицинских услуг. Эффективность систем предоставления медицинской помощи и качества услуг здравоохранения требует высокого профессионализма, специализации и мотивации медицинских работников.

На современном этапе, преобразования системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил России, особое значение приобретает необходимость комплексного развития ее на основе наиболее полного использования потенциальных возможностей ресурсов, в том числе и трудовых.

¹ Начальник ФГУ «301 окружной военный клинический госпиталь Дальневосточного военного округа» Министерства обороны РФ

² Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Дальневосточного государственного медицинского университета

³ Кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Дальневосточного государственного медицинского университета

Реформирование системы медицинского обеспечения войск (сил) органично стала составной частью модернизации Вооруженных Сил Российской Федерации. За последние годы структура военного здравоохранения претерпела принципиальные изменения: федеральные государственные учреждения, подведомственные Министерству обороны Российской Федерации, представленные гарнизонными и базовыми госпиталями, реорганизованы путем присоединения к федеральным государственным учреждениям окружным военным клиническим госпиталям, в форме филиалов или структурных подразделений. Кроме того, большинство медицинских специалистов переведено с должностей офицерского состава на должности гражданского персонала.

Среди основных проблем обеспечения военного здравоохранения кадровыми ресурсами отмечается несовершенство управления уровнем обеспечения здравоохранения медицинским персоналом. Более 40% должностей офицерского состава военно-медицинских учреждений замещены на должности гражданского персонала. Полностью гражданским персоналом укомплектованы амбулаторно-поликлинические учреждения, военные санатории и дома отдыха. В военно-медицинских учреждениях сохранены воинские должности тех специалистов, которые, определяя боевую готовность медицинской службы, которые на поле боя непосредственно востребованы - специалистов хирургического и терапевтического профилей, анестезиологов-реаниматологов.

Сокращение численности офицеров медицинской службы существенно сказалось на правовой и социальной защищенности работников гражданского персонала военно-медицинских учреждениях.

Для кадрового обеспечения системы медицинской службы Вооруженных Сил в настоящее время характерен дисбаланс. Диспропорции в кадровой структуре между врачами в гарнизонных и базовых госпиталях, отсутствие четкой системы планирования кадровых ресурсов, свидетельствуют о необходимости упорядочения структуры кадров военного здравоохранения на основании разработки новых подходов в осуществлении ситуационного, тактического и стратегического управления и планирования.

Обязательным условием структурного построения системы военного здравоохранения, организации и обеспечение ее жизнедеятельности явилось соответствие потребностей и возможностей этой системы. Тем не менее, по вопросам качественного и количественного формирования кадров для военно-медицинских учреждений за последние несколько лет высказано немало суждений, порой спорных и противоречивых, однако стратегия развития кадровых ресурсов является одной из наиболее важных составляющих укрепления системы военного здравоохранения.

Таким образом, создание надежного, устойчивого кадрового и интеллектуального потенциала, приведение кадровой политики в строгое соответствие с изменившимися политическими, социальными и экономическими реалиями развития в обществе сегодня является одной из ключевых задач системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил. В условиях проводимых реформ особая роль должна быть отведена оптимизации кадровой политики. Необходимо не только достаточное количество медицинских работников всех специальностей, но и сбалансированное их распределение по географическому принципу, по категориям работников, по медицинским специальностям, по военно-медицинским учреждениям и по возрастнополовой структуре.

Казаков Р.А.¹, Тоцкая Е.Г.²

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

ОТДЕЛ ПЕРСПЕКТИВНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Realization of problems of the Concept of long-term development of the Russian Federation the next years can be carried out only under condition of innovative development of a medical science which means prompt augmentation of results of scientific and technical activity and number of the patented technologies, and also augmentation in the world market of growth of volumes of trade in technologies for qualitative growth of economy of our country. One of stages of perfection of inventive activity is creation of department of forward planning which will trace a turn of technologies in the world, to possess base of the patented technologies, to help the medical personnel interested in research activity, to choose the most perspective directions for the scientific works technologies or the products claimed in the market will be which results.

Основными задачами Концепции долгосрочного развития Российской Федерации на ближайшие годы являются: формирование государственного задания медицинской науке на разработку стандартов и порядков оказания медицинской помощи населению, новых форм и механизмов деятельности системы здравоохранения и медико-социальной реабилитации, новых методов диагностики, современных технологий лечения и реабилитации больных, профилактики социально обусловленных и инфекционных заболеваний, новых лекарственных средств и медицинских изделий, активизация работы по формированию здорового образа жизни населения, а также формирование целевых межведомственных научно-исследовательских программ, направленных на создание «прорывных» медицинских технологий.

Реализация поставленных задач может быть осуществлена только при условии инновационного развития медицинской науки, которое подразумевает стремительное увеличение результатов научно-технической деятельности и числа запатентованных технологий, а также увеличение на мировом рынке роста объемов торговли технологиями для качественного роста экономики нашей страны. Поэтому необходима поддержка инновационного бизнеса, расширение спроса на инновации в медицине, развитие российского научно-образовательного потенциала и инновационной инфраструктуры, реализации системы технологических и научно-исследовательских проектов, обеспечивающих прорывные позиции России в научно-технологической конкуренции на мировых рынках, а также формирование новой инновационной культуры в обществе и повышение статуса новатора.

Необходимо усовершенствовать организацию изобретательской деятельности, которая будет помогать исследователю в кратчайшие сроки эффективно пройти весь инновационный цикл от этапа появления новой идеи, ее разработки, появления опытной модели, патентовании до реализации конечного продукта потребителям.

На базе ФГУ ННИИТО проходит комплексное социально-гигиеническое исследование, включающее этапы статистического, социологического, экспертного анализа, методы функционального моделирования, которое позволит провести совершенствование изобретательской деятельности. Одним из этапов совершенствования изобретательской деятельности является создание отдела перспективного планирования, который будет отслеживать оборот технологий в мире, обладать базой запатентованных технологий, помогать медицинскому персоналу, заинтересованному в научно-исследовательской деятельности, выбрать наиболее

¹ Аспирант кафедры ОЗ и ОЗ ФПК и ППВ

² К.м.н., научный сотрудник ННИИТО

перспективные направления для научных работ, результатами которых будут технологии или продукты, востребованные на рынке.

В настоящее время основными решаемыми проблемами являются: обеспечение дополнительного образования для медицинского персонала, заинтересованного в научно-исследовательской деятельности, разработка системы мотивации персонала для научно-исследовательской деятельности, создание отдела перспективного планирования исследований, разработка эффективной организации патентного поиска и регистрации прав на интеллектуальную деятельность, создание методической базы по организации малых инновационных предприятий для реализации продуктов интеллектуальной деятельности.

Для результативной инновационной деятельности необходимо наличие не только развитой инновационной системы с ее механизмом «производства» знаний, технологическими возможностями и финансовой структурой, также необходимы катализаторы появления инноваций в виде отдела перспективного планирования, специализирующегося в конкретных предметных отраслях или сегментах рынка.

Калиниченко А.В.¹, Болтенко Н.Н.², Борцов В.А.³

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

The situation which has developed now with a problem social disadaptation the population causes rather intensive demand for creation of modern technologies of rendering of the mediko-social help socially disadaptation to patients and dictates necessity of acceptance of the concept of a solution of a problem of health protection socially disadaptation patients which should be based on the newest scientific achievements in the field of medicine, to sociology and psychology, to consider specificity of prevalence of various types and degrees of expressiveness social disadaptation the population.

Для большинства населения России последнее десятилетие прошлого века запомнилось такими событиями как: высокий уровень инфляции; сокращение трудовой деятельности на предприятиях и в учреждениях; проведение боевых действий на территории России; высокий уровень преступности и другими негативными явлениями. Осознание в этот период человеком происходящего в обществе не могло не отразиться на процессе социализации личности.

В обществе стали нарастать различные процессы нарушения адаптации человека к условиям окружающей его социальной среды, и в этот период четко обозначилось то состояние, которое следует определять как социальная дезадаптация. Под социальной дезадаптацией следует понимать частичную или полную утрату человеком способности приспосабливаться к условиям социальной среды. Социальная дезадаптация обусловлена резким воздействием на людей различных социальных факторов в коротком временном интервале и отсутствием системы социальной адаптации.

Организация работы по медико-социальной адаптации населения является одним из достаточно важных направлений медико-социальной политики на современном этапе. В настоящее время, в условиях снижения уровня общественного здоровья, возникает необходимость оказывать квалифицированную помощь социально дезадаптированным

1 Доктор медицинских наук, профессор

2 Кандидат медицинских наук

3 Доктор медицинских наук, доцент

пациентам в вопросах их реабилитации и в вопросах профилактики социальной дезадаптации населения.

Проблема социальной дезадаптации населения должна решаться не только системой здравоохранения в рамках оказания медико-социальной помощи социально дезадаптированным пациентам. Она требует решения межведомственного характера с привлечением в процесс социальной адаптации населения всех заинтересованных в эффективном решении данной проблемы организаций.

Основной целью работы по медико-социальной адаптации населения является оказание населению помощи в медико-социальной адаптации и профилактике социальной дезадаптации:

- оказание населению консультаций по вопросам медико-социальной адаптации;
- определение взаимосвязи заболевания с социальной средой;
- оказание населению помощи в профилактике социальной дезадаптации;
- осуществление диспансерного наблюдения за социально дезадаптированными пациентами;
- оказание консультативной помощи семье по вопросам медико-социальной адаптации пациентов;
- анализ состояния здоровья и медико-социальной адаптации населения и разработка плана медико-социальных оздоровительных мероприятий;
- консультации специалистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- профилактика социальной дезадаптации среди населения;
- организация самостоятельно или совместно с органами социальной защиты медико-социальной медицинской помощи инвалидам и хроническим больным;
- организация проведения комплекса медико-социальных мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, инвалидности и смертности по причине состояния социальной дезадаптации;
- оказание медико-социальной помощи населению по семейному принципу;
- оказание консультативной помощи семье по вопросам социальной адаптации социально дезадаптированных пациентов;
- организация и проведение мероприятий в области обучения и воспитания населения по вопросам медико-социальной адаптации;
- обеспечение организационно-методического руководства и координации (в т.ч. межведомственной) деятельности амбулаторно-поликлинических лечебно-профилактических учреждений по медико-социальной адаптации населения и вопросам профилактики социальной дезадаптации;
- информационное обеспечение амбулаторно-поликлинических лечебно-профилактических учреждений и населения по вопросам медико-социальной адаптации и профилактике социальной дезадаптации населения;
- организация, контроль и анализ деятельности отделов медико-социальной адаптации населения в составе амбулаторно-поликлинических лечебно-профилактических учреждений;
- организация и совместно с медицинским вузом проведение обучения врачей, средних медицинских работников, социальных работников и клинических психологов по вопросам медико-социальной адаптации населения и профилактике социальной дезадаптации населения;
- участие в проведении подготовки специалистов других ведомств (работников системы образования, средств массовой информации, работников культуры и пр.) по актуальным проблемам медико-социальной адаптации и профилактике социальной дезадаптации населения;

- участие в организации массовых мероприятий по вопросам медико-социальной адаптации и профилактике социальной дезадаптации населения совместно с амбулаторно-поликлиническими лечебно-профилактическими учреждениями;
- участие в международных и национальных проектах по вопросам медико-социальной адаптации и профилактики социальной дезадаптации населения;
- организация, проведение и анализ медико-социальных опросов населения для определения уровня информированности о потребности и удовлетворенности помощью в медико-социальной адаптации и профилактике социальной дезадаптации населения;
- анализ, оценка качества и эффективности работы лечебно-профилактических учреждений и помощи населению по вопросам медико-социальной адаптации и профилактики социальной дезадаптации населения;
- соблюдение принципа преемственности в работе с другими амбулаторно-поликлиническими лечебно-профилактическими учреждениями в процессе обследования и медико-социальной адаптации пациентов.

Эффективное осуществление медико-социальной адаптации и профилактики социальной дезадаптации населения возможно лишь при условии рациональной ее организации на таких ее уровнях как уровень трудового коллектива, семейный, индивидуальный, что позволит повысить уровень организации работы с населением по медико-социальной адаптации и профилактике социальной дезадаптации населения.

**Калиниченко А.В.¹, Шибанов В.Е., Астраков С.В.²,
Кайгородов А.А., Алешко О.В., Сычёва М.А.³**

Новосибирский государственный медицинский университет, Департамент связи и информатизации мэрии г. Новосибирск, Городская клиническая больница №25, поликлиника №1, г. Новосибирск, Искитимская центральная городская больница, г. Искитим

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ

The public health services are a special field of activity of the state on maintenance of the rights of citizens for a life and health, in communication, with what it is one of the most priority directions in a political, economic and social life of the country and a society, as is reflected in the Concept of development of public health services in the Russian Federation for the period till 2020. The main task of the organisation of the uniform centralised record on receptions to doctors of various specialities is, maintenance of availability to townsmen of Novosibirsk of the primary medicosanitary help in territorial city polyclinics.

Новосибирск – крупнейшее муниципальное образование в РФ, количество населения, проживающего в городе 1 млн. 400 тыс. человек. Сеть муниципальных лечебно-профилактических учреждений включает в себя 61 учреждение, из них 55 оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, с учётом детских поликлиник и женских консультаций это 150 регистратур, 300 рабочих мест. С 2009 года в городе проводится реализация мероприятий, направленных на информатизацию муниципального здравоохранения. Основная задача - улучшение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи жителям города. Объединение

¹ Профессор, доктор медицинских наук

² Доктор медицинских наук

³ Кандидат медицинских наук

всех служб (стационарной, амбулаторно-поликлинической и службы скорой медицинской помощи) в единое информационное пространство.

Необходимо признать, что отдельные отраслевые организации не могут самостоятельно решить вопросы создания собственной инфраструктуры, а так же существуют проблемы, характерные для всей страны:

- множество несовместимых унаследованных информационных систем;
- излишние затраты из-за многократного дублирования информации;
- сложность ввода этих систем в эксплуатацию;
- слабая компьютерная грамотность медицинского персонала;
- отсутствие стандартизации информации;
- трудности оперативного обмена актуальной информацией в рамках отраслевой системы и межотраслевого обмена.

Таким образом, определяется главная задача организации единой централизованной записи на приемы к врачам различных специальностей – это, обеспечение доступности для жителей города Новосибирска первичной медико-санитарной помощи в территориальных городских поликлиниках.

Что соответственно подразумевает:

- предоставление населению дополнительной возможности записи на приемы к врачам территориальных поликлиник по единому многоканальному телефону и (или) посредством Web-сервисов через АИС «ГЕР».
- обеспечение регулирования и распределения потоков пациентов с целью равномерного и рационального распределения нагрузки врачей ТП.
- оперативное регулирование организационных проблем и технических препятствий, возникающих при взаимодействии сторон (в том числе технического характера, разрешение жалоб и т.д.).
- анализ статистических данных и выработка на его основе предложений по дальнейшему совершенствованию работы.

Реализация проекта АИС «Городская единая регистратура» в Новосибирском здравоохранении потребовало 8 месяцев в 2010 году. Важным в алгоритме доступности граждан к медицинской помощи в системе «Единой регистратуры» является то, что вне зависимости от инструмента записи пациента, кроме традиционной схемы обращения), пациент напрямую попадает на приём к врачу минуя локальную регистратуру ЛПУ, самостоятельно выбирая как поликлинику так и врача.

С целью изучения общественного мнения об уровне доступности медицинской помощи населению при обращении в регистратуры лечебно-профилактических учреждений города Новосибирска проводился социологический мониторинг. Доля звонящих на номер Городской единой регистратуры, только шесть месяцев работы ГЕР, увеличилась в 4,9 раза с 6,3% до 31,2%, доля приходящих в поликлинику лично за шесть месяцев снизилась на 10,6% с 42,7% до 32,1%, доля звонящих по телефону в регистратуру поликлиники за шесть месяцев снизилась на 14,3% с 51,0% до 36,7%

Необходимо так же отметить и экономические выгоды от реализации данного проекта для городского здравоохранения, которые и определили выбор в пользу ГЕР. Критерии оценки экономической эффективности представлены в таблице № 1.

Таб.№1

Финансовые затраты локальных (56) ЛПУ для 150 регистратур.	Финансовые затраты централизованной системы «ГЕР»
<ul style="list-style-type: none"> a. Рабочие станции регистраторов; b. Лицензированное ПО ОС на рабочие места; c. Лицензированное ПО на приложение регистраторов; d. Создание локальных серверных ЛПУ – сервер, системы кондиционирования, системы пожаротушения, системы энергобезопасности, наличие систем хранения и резервирования данных, лицензированное ПО e. Содержание высококвалифицированного персонала; f. Оплата надёжных каналов связи; g. Трудозатраты на выверку баз данных («двойники» в амбулаторных картах). 	<ul style="list-style-type: none"> a. Рабочие станции регистраторов; b. Лицензированное ПО на терминалы доступа ; c. Единый центр обработки данных (сервер, системы безопасности, пожаротушения и кондиционирования); d. Высококвалифицированный персонал; e. Собственные каналы связи; f. Единый удостоверяющий центр и системы информационной безопасности; g. Разработка ПО для автоматической выверки данных единого медицинского регистра населения.

Таким образом абсолютно очевидно, что суммарные финансовые затраты локальных ЛПУ многократно превосходят затраты муниципального здравоохранения на создание системы «Городская единая регистратура». Экономическая эффективность, внедренной структурно-организационной модели, совершенствования организации медицинской помощи населению заключается в минимизации расходов ЛПУ на компьютерное и сетевое оборудование, на программное обеспечение, сервисное обслуживание и информационную безопасность.

Калинкин Д.Е.¹, Карпов А.Б.², Тахауов Р.М.³, Хлынин С.М.⁴, Самойлова Ю.А.⁵

*ФГУП "Северский биофизический научный центр" ФМБА России, г. Северск, ГОУВПО
Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск,
ФГУЗ КБ №81 ФМБА России, г. Северск*

ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДОВ

The summary: the basic tendencies and the factors defining a health state of adult population of the closed industrial city are investigated. The basic points of strategy of public health care of the closed industrial cities are offered.

Целью настоящего исследования (период 1970-2005 гг.) является комплексная оценка факторов, определяющих состояние здоровья населения для формирования подходов к разработке современной стратегии охраны и улучшения общественного

¹ Канд. мед. наук, доцент

² Д-р мед. наук, профессор

³ Д-р мед. наук, профессор

⁴ Д-р мед. наук, профессор

⁵ Зав. отделением медицинской статистики ФГУЗ КБ-81 ФМБА России

здоровья (на примере взрослого населения закрытого административно-территориального образования (ЗАТО) Северск, расположенного на территории Томской области вблизи крупнейшего предприятия атомной индустрии – Сибирского химического комбината (СХК)). Выбор объекта исследования был обусловлен тем, что популяция, для которой ограничены миграционные процессы, может служить адекватной моделью для изучения различных характеристик трудоспособного населения, в том числе их условий и образа жизни. Кроме того, медицинское обслуживание всего населения осуществляется одним лечебно-профилактическим учреждением – Клинической больницей № 81 Федерального медико-биологического агентства (КБ № 81 ФМБА России) что обеспечивает полноту сбора статистической информации о состоянии здоровья жителей обслуживаемой территории.

В период с 1970 - 1974 по 2000 - 2005 гг. численность взрослого населения ЗАТО Северск увеличилось с 57 019,3 до 84 023,6 человек (на 47,4 %). Естественный прирост населения, составлявший в 1970 г. 16,7 ‰, с 1993 г. сменился противоестественной убылью (-1,6 ‰), возросшей к 2005 г. до значения – 4,7 ‰. В период 1970 - 2005 гг. уровень общей смертности в ЗАТО Северск вырос с 3,8 ‰ до 13,3 ‰ (на 250 %), при этом темп роста уровня смертности лиц трудоспособного возраста составил 225 % (с 2,0 ‰ до 6,5 ‰). Основными причинами смерти населения ЗАТО Северск в изучаемый период 1970 - 2005 гг. являлись (в порядке уменьшения распространённости) болезни системы кровообращения (БСК), удельный вес которых в среднем составил $50,5 \pm 4,3$ % и новообразования ($19,7 \pm 4,3$ %). Указанные тенденции явились следствием старения жителей изучаемой территории: на фоне сокращения доли детского населения с 34,6 % до 20 % произошло увеличение доли лиц пенсионного возраста с 4,8 % до 17,4 %. Третье место в структуре смертности занимали внешние причины (травмы и отравления, в среднем $13,2 \pm 2,1$ %).

В изучаемый нами период наблюдалось снижение первичной заболеваемости (с 697,6 ‰ до 493,2 ‰), увеличение уровня болезненности (с 974,3 ‰ до 1 199,8 ‰) и рост коэффициента хронизации (с 1,4 до 2,4). На наш взгляд, подобная тенденция показателей здоровья жителей изучаемой территории обусловлена сочетанием таких факторов, как старение населения и снижение доли детского населения (вносящего значительный вклад в формирование первичной заболеваемости). Кроме того, рост показателя болезненности населения может быть обусловлен недостаточной эффективностью проводимых лечебных мероприятий, что косвенно подтверждается ростом первичной инвалидизации взрослого населения (с 64,8 случаев на 10 000 человек в интервале 1993 – 1994 г. до 114,8 случаев в 2004 - 2005 гг.).

Согласно результатам социологического опроса (991 работающий житель ЗАТО Северск), существенная часть представителей трудоспособного населения даёт неудовлетворительную оценку собственному здоровью, а пятая часть опрошенных указала на его ухудшение в течение последнего года. Анализируя спектр причин, определяющих, по мнению участников опроса, состояние их здоровья, необходимо отметить следующее. Наиболее важная роль отведена неблагоприятному влиянию внешней среды (природные и производственные факторы риска (ФР), нервно-психические перегрузки) и недоступности качественной медицинской помощи, в то время как поведенческие ФР (курение, излишнее употребление алкоголя, гиподинамия, распространённость которых среди представителей изучаемой популяции существенна) занимают гораздо более скромное место. Подобное смещение акцентов требует исправления, поскольку может служить препятствием в борьбе с указанным вредными привычками. Помимо "традиционных" поведенческих ФР, весьма серьёзную угрозу общественному здоровью представляет недостаточная медицинская активность населения, которая, согласно результатам нашего

исследования, свойственна 81,5-92,3 % представителей изучаемой популяции. Среди причин, результатом действия которых является низкая медицинская активность изучаемого контингента граждан, особого внимания заслуживают две потенциально устранимые и, по всей вероятности, взаимосвязанные группы факторов: поведенческие (предпочтение лечиться самостоятельно или вовсе отказаться от лечения) и организационные, приводящие к неудовлетворённости граждан оказываемой им медицинской помощью (24,6% опрошенных не довольны деятельностью учреждения здравоохранения).

Полученные результаты позволили сформулировать ряд ключевых положений разрабатываемой стратегии охраны и улучшения здоровья населения промышленных городов:

– увеличение рождаемости путём мотивации семей к рождению детей, восстановление семейных ценностей, улучшение экономической и социальной ситуации; увеличению рождаемости и "омоложению" населения будет способствовать приток молодёжи;

– формирование долгосрочной межведомственной целевой программы, объединяющей, с одной стороны, усилия органов власти, работодателей и системы образования в направлении формирования у населения мотивации к сохранению и укреплению собственного здоровья, с другой – обеспечивающей готовность системы здравоохранения ответить на сформированную потребность (повышение доступности мер первичной профилактики, в частности, развитие реализуемой в настоящее время концепции центров здоровья);

– повышение эффективности диагностики и лечения неинфекционных заболеваний, в первую очередь, БСК и ЗНО (посредством внедрения стандартов, определяющих условия, процесс и результат оказания медицинской помощи), а так же предотвращения травм и отравлений позволит сократить смертность от этих причин;

– преодоление низкой медицинской активности граждан (с учётом ключевых факторов, её определяющих) путём популяризации данного элемента здорового образа жизни;

– повышение доступности и качества медицинской помощи для работающих граждан за счёт возрождения промышленной медицинской службы с цеховым принципом организации и удобным для персонала графиком работы, регулярный мониторинг удовлетворённости пациентов оказываемой им медицинской помощью.

Реализация мероприятий данной стратегии позволит позитивно повлиять на показатели смертности и инвалидизации, а впоследствии и заболеваемости в отношении наиболее значимых заболеваний среди трудоспособного населения.

Камаев И.А.¹, Денисенко А.Н.², Шумова Л.М.³

Нижегородский Областной Онкологический Диспансер, г. Нижний Новгород

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Annotation: It is observed that in the Nizhny Novgorod region during the period of many years invariably sickness and death rates of oncological sickness are more then an average rate in Russia. It

¹ Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Ниж ГМА Минздравсоцразвития РФ», д.м.н., профессор

² Главный онколог Нижегородской области, главный врач Нижегородского Областного Онкологического Диспансера, к.м.н

³ Врач онколог-химиотерапевт Нижегородского Областного Онкологического диспансера

caused the development of the regional target program «The improvement of the oncological care in Nizhny Novgorod region» for a period of 2011-2016 years. After the program realization it is planned: the strengthening the financially-technological base, which is specialized in medical-prophylactic establishments and render an oncological care, restructuring the network of medical-prophylactic establishments, which provide an oncological care and increase the effectiveness of prophylactic measures.

В Нижегородской области на протяжении многих лет отмечается стабильно высокий уровень онкологической заболеваемости, который на 11-15% превышает среднероссийский показатель. Ежегодно в Нижегородской области регистрируется свыше 12 тысяч больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования. В 2009 году заболеваемость населения Нижегородской области онкологическими заболеваниями превысила среднероссийский показатель на 21%.

Онкологические заболевания занимают второе место в структуре причин смерти населения Нижегородской области, обуславливают существенные потери трудовых и материальных ресурсов и на 7 - 10% выше показателей по Российской Федерации.

Эффективность работы онкологической службы характеризуется пятью основными показателями, к которым относятся: запущенность онкологических заболеваний, активная выявляемость, одногодичная летальность, пятилетняя выживаемость, инвалидность вследствие онкологического заболевания.

Первые два показателя существенно зависят от профилактической работы первичного медико-санитарного звена здравоохранения, тогда как третий, четвертый и пятый показатели характеризуют эффективность лечения онкологических больных.

За последние годы первые четыре показателя в Нижегородской области имеют положительную динамику изменений: запущенность и одногодичная летальность снижаются, активная выявляемость и пятилетняя выживаемость увеличиваются. Однако показатели активной выявляемости и одногодичной летальности остаются хуже показателей по Российской Федерации (-8% и +22% соответственно). Показатели инвалидизации населения Нижегородской области вследствие онкологических заболеваний остаются на стабильно высоком уровне.

Структура онкологической службы Нижегородской области включает амбулаторную и стационарную помощь.

Амбулаторная помощь онкологическим больным организована в 78 смотровых кабинетах и 47 онкокабинетах. Оба вида кабинетов имеют важнейшее значение в раннем выявлении онкологических заболеваний. В Нижегородской области имеет место недостаток смотровых кабинетов.

Стационарная онкологическая помощь организована на 881 койке, из которых 535 коек размещены в трех областных специализированных онкологических диспансерах, 346 коек функционируют в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля. Таким образом, специализированную помощь в онкологических диспансерах получают только 67% пациентов. При этом эффективность лечения в специализированных диспансерах от 2 до 6 раз выше, чем в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля, что связано с возможностью использования в лечении не только хирургического, но и комбинированного и комплексного методов лечения. В настоящее время в структуре методов лечения онкологических заболеваний в Нижегородской области продолжает преобладать хирургический метод лечения (60%).

В онкологической службе работают квалифицированные специалисты, однако сертификат из них имеют только 87 процентов.

Существующий парк диагностического и лечебного оборудования в специализированных онкологических диспансерах нуждается в обновлении. Оснащенность оборудованием онкологических диспансеров в соответствии с табелем оснащения составляет 70 процентов, износ имеющегося оборудования составляет 75 процентов.

Таким образом, анализ сложившейся ситуации указывает на необходимость разработки комплекса мероприятий, направленных на снижение показателей инвалидности и смертности населения Нижегородской области от онкологических заболеваний на основе улучшения выявляемости заболеваний, повышения доступности и качества специализированной онкологической помощи. В связи с этим была разработана и утверждена областная целевая программа «Совершенствование онкологической помощи в Нижегородской области» на 2011 – 2016 годы.

Задачами Программы являются:

- укрепление материально-технической базы государственных специализированных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих онкологическую помощь;
- реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений, оказывающих онкологическую помощь;
- повышение эффективности профилактической работы.

Программа реализуется в 2011 - 2016 годах, в три этапа.

Первый этап включает оснащение трех существующих онкологических диспансеров современным оборудованием для повышения эффективности диагностики и лечения онкологических заболеваний (фотодинамическая терапия при лечении опухолей наружных локализаций, оптическая когерентная томография, конформная и прецизионная лучевая терапия, малоинвазивные и органосохраняющие методы диагностики и лечения, комбинированные методы лечения с использованием гипертермии, фотодинамической терапии, лазеротерапии и криодеструкции, радио-, химио- и термоабляция метастазов при диссеминированных опухолях), расширение сети смотровых кабинетов и онкологических кабинетов в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях.

Второй этап включает модернизацию ГУЗ "Онкологический диспансер г. Нижнего Новгорода" и ГУЗ "Нижегородский областной онкологический диспансер" с расширением общего количества круглосуточных койко-мест с 535 до 850, увеличением числа посещений консультативной поликлиники ГУЗ "Онкологический диспансер г. Нижнего Новгорода" с 113310 до 150000 в год.

Третий этап включает реструктуризацию онкологической помощи Нижегородской области с концентрацией стационарной онкологической помощи на базе онкологических диспансеров.

В результате реализации Программы общее количество онкологических коек увеличится с 881 до 1186. Обеспеченность указанными койками составит 3,53 на 10000 населения, что практически соответствует федеральному нормативу. Это позволит обеспечить условия функционирования круглосуточной койки в соответствии с федеральным нормативом - 330 дней. Расширится сеть смотровых и онкологических кабинетов с 125 до 191 за счет открытия 55 смотровых кабинетов и 11 онкологических кабинетов в муниципальных учреждениях здравоохранения Нижегородской области.

Камаев И.А.¹, Севрюков Ф.А.², Малинина О.Ю., Елина Ю.А.

ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Нижний Новгород, НУЗ «Дорожная клиническая больница» ОАО РЖД, г. Нижний Новгород, МЛПУ «Городская больница 1», г. Арзамас

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В статье представлено одно из направлений повышения качества медицинской помощи – изучение удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи, определены основные причины неудовлетворенности качеством медицинской помощи пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

One of the areas of the improvement of the medical aid quality is presented in the article – the study of the satisfaction of the patients with the medical aid rendering, the main reasons for the dissatisfaction of the patients with benign prostatic hyperplasia with the medical aid quality are defined in the article.

Одной из приоритетных задач развития системы здравоохранения названо повышение качества медицинской помощи. Изучение удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в настоящее время, в условиях предпочтительной ориентации на потребителя медицинских услуг, является особенно актуальным для повышения ее качества. При совпадении ожиданий по оказанию медицинской помощи с реальным ее получением, пациенты остаются удовлетворенными медицинской помощью. В противном случае – наоборот. Мнение потребителей медицинских услуг необходимо учитывать при проведении реорганизации медицинской помощи.

Нами проведено исследование удовлетворенности пациентов с ДГПЖ в поликлинике и урологическом отделении «Дорожной клинической больницы» в г.Нижний Новгород. Удовлетворенность медицинской помощью рассматривалась нами как динамическая структура, изменяющаяся во времени, поэтому респонденты дважды проходили анкетирование – до и после оказания медицинской услуги. Изучение данной проблемы было разделено нами на 4 компонента: удовлетворенность соблюдением прав пациента, процессом оказания медицинской помощи, результатом оказания медицинской услуги и собственной вовлеченностью в процесс охраны своего здоровья (медицинская образованность). Для оценки общей удовлетворенности нами была использована методика категоризации удовлетворенности, разработанная Чумаковым А.С.

Полученные данные свидетельствуют о высокой степени удовлетворенности мужчин с ДГПЖ оказанной лечебно-диагностической помощью (средний балл 4,47). Однако, настораживает очень небольшое число (13%) пациентов полностью удовлетворенных оказанной услугой, говорящее о продолжении работы по улучшению качества медицинских услуг. При анализе структуры удовлетворенности основной акцент выявлен на плохом вовлечении пациентов в процесс охраны собственного здоровья (средний балл 3,83), что определило основную причину неудовлетворенности пациентов (табл.1).

¹ Доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения

² Кандидат медицинских наук

Табл.1. Удовлетворенность медицинской услугой по компонентам

категории удовлетворенности	балл	права, %	Процесс, %	медицинская образованность, %	Результат, %
явная неудовлетворенность	0	0	0	1,7	0,9
скрытая неудовлетворенность	1	0	0,9	2,6	0
	2	0	0	6	0
	3	5,1	4,3	27,3	3,4
скрытая удовлетворенность	4	16,2	52,1	24,8	26,5
явная удовлетворенность	5	78,7	42,7	37,6	69,2
	итого	100	100	100	100
	средний балл	4,73	4,72	3,83	4,6

Это диктует необходимость создания информационных ресурсов для пациентов с ДГПЖ – разработки памятки, руководств пациентов, создание школ для пациентов, образовательных интернет-порталов и т.д. Школы для пациентов, необходимы для повышения информированности о специфических методах диагностики и лечения заболеваний предстательной железы, тем более что 70,0% респондентов видят необходимость в создании школы для пациентов с ДГПЖ. В целом, определены дефекты оказания медицинских услуг: низкая информированность по правам пациента, осведомленность о диагностических, лечебных мероприятиях, их безопасности и времени проведения, доступность медицинской помощи, недостаточный уровень сервиса; во многом обеспокоенность вызывают взаимоотношения с медицинскими работниками, научно-техническое обеспечение, низкая оценка роли самих пациентов в достижении результата услуги. По перечисленным недостаткам, для их предотвращения в дальнейшем, все сотрудники ЛПУ были проинформированы. Случаи скрытой и явной неудовлетворенности отдельно были проанализированы экспертами ЛПУ. Кроме этого, определяя потребности различных возрастных групп, выяснено, что необходимо проводить коррекцию организации медицинской помощи в соответствии с возрастными особенностями. В частности, более быстрое обслуживание пациентов 50-60 лет, т.к. большинство из них работают и имеют дефицит времени на выполнение медицинских услуг, акцентировать внимание на достаточно хороший уровень материальной оснащенности для пациентов, поступающих на оперативное лечение, проведение обучающих психологических тренингов для медицинских сестер по работе с пожилыми людьми.

Рассмотренные аспекты удовлетворенности медицинской помощи как динамической структуры позволяют сделать следующие выводы: большинство респондентов относятся к группе с выраженными ожиданиями (определено по результатам анкетирования мужчин до получения медицинской услуги) и предъявляют завышенные требования к качеству медицинских услуг, что после получения медицинской помощи зачастую приводит к неудовлетворительной оценке ее оказания. В решении вопроса об изменении параметров качества медицинских услуг более рационально ориентироваться на мнения пациентов без завышенных ожиданий. Мнения этой группы пациентов представляют более реалистичную картину качества медицинских услуг. В соответствии с разработанной нами методикой рационального отбора первичной медицинской документации проведена экспертная

работа, позволившая провести ряд управленческих решений, в конечном итоге способствующих повышению качества медицинской помощи, определенных по показателям эффективности.

Кан В.В.¹, Тоцкая Е.Г.²

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

ИННОВАЦИОННЫЙ МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Marketing researches are the basic component of actions and principles of planning of innovative activity of establishment of public health services. Problems of innovative marketing change depending on a stage on which there is an innovative process. There are following stages of realization of innovative marketing in public health services: a stage of search of new ideas, a development cycle, an introduction stage, a stage of growth and a maturity stage.

Основными целями государственной инновационной политики Российской Федерации, исходя из проекта федерального закона «Об инновационной деятельности и государственной инновационной политики», являются создание экономических, правовых и организационных условий для инновационной деятельности, обеспечивающих эффективное использование научно-технических результатов, рост конкурентоспособности отечественной продукции и решение задач социально-экономического развития. В свою очередь, основной целью здравоохранения является создание действенной системы обеспечения гарантированных прав граждан в области медицинского обслуживания в условиях рыночной экономики. При ограниченности финансирования в область здравоохранения, большое значение приобретает проблема повышения эффективности распределения имеющихся финансовых ресурсов с учетом нестабильности экономической среды. В условиях настоящей действительности основная задача по обеспечению качества жизни населения ложится на лечебные учреждения, а для удовлетворения растущих потребностей рынка возникает необходимость использовать такой инструмент управления, как маркетинг.

Маркетинговая деятельность медицинских учреждений может иметь форму предпринимательской деятельности или социального процесса, из которого вытекает прогнозирование, расширение и удовлетворение спроса на медицинские услуги и товары, посредством их разработки, продвижения и реализации. В процессе этой деятельности разрабатывается концепция анализа и учета требований потребителей. Эффективное применение маркетингового инструментария позволяет медицинским учреждениям обеспечить необходимый уровень их конкурентоспособности, как на региональном, так и на российском рынке.

Инновационный маркетинг особо актуален в условиях реализации задач инновационного развития общества, в том числе здравоохранения и медицинской науки. Именно инновационный маркетинг позволяет ускорить инновационный процесс и повысить результат от коммерциализации инноваций, объединяя в себе стратегию маркетинга и анализ рынка.

Задачи инновационного маркетинга изменяются в зависимости от этапа, на котором находится инновационный процесс. На этапе поиска новых идей формируется «портфель инновационных идей», когда маркетинговые исследования дают информацию для проведения анализа определения спроса и предложения на рынке здравоохранения, а результаты на данном этапе являются исходным материалом для

¹ Аспирант кафедры ОЗ и ОЗ ФПК и ППВ

² К.м.н., научный сотрудник ННИИТО

разработки инновационных идей. Этап разработки включает выбор замыслов, и воплощение опытных образцов, определение приоритетных направлений и альтернатив, проведение зондажа на основе опытных образцов, апробации и выявления недоработок. В процессе этапа внедрения распространяется информация о нововведении, формируется потребительский спрос, определяется ценовая политика, оптимизируются схемы реализации продукта или услуги. Этап роста предполагает увеличение темпов роста развития рынка в результате реактивных инноваций, проводимых конкурентами, теряются монопольные преимущества, и для стимуляции продвижения инноваций, получения максимальной прибыли применяется широкая реклама. Инновация переходит в стадию рутинизации на этапе зрелости, и задачами маркетинга становятся разработка и последующая реализация мероприятий по удержанию на рынке позиций производителя инновационного продукта. На этапе спада для уменьшения понесенных затрат при удержании желаемых объемов сбыта продукции необходимо без промедления, своевременно выводить утративший свое потребительское качество неконкурентоспособный товар с рынка и производить его замещение наиболее востребованным новшеством. Именно эта фаза требует возмощения поиска и подготовки новых замыслов для проектов инноваций.

Практика управления требует отхода от чисто государственных форм медицинского обслуживания населения. В настоящее время особо актуальной является разработка модели функционирования и развития здравоохранения, адекватной потребности населения в лечебно-профилактической помощи и направленной на сохранение главной производительной силы общества-человека. Для создания такой модели, по мнению многих ученых, исследующих организационно-экономические аспекты функционирования здравоохранения, необходимо использование маркетинга в здравоохранении. Должен сформироваться такой рынок медицинских товаров и услуг, который был бы насыщен предложениями продавцов, превышающими спрос покупателя-пациента.

Маркетинговые исследования являются основной составляющей мероприятий и принципов планирования инновационной деятельности учреждения здравоохранения. Изучение важнейших аспектов планирования инновационной деятельности, в том числе маркетинговых исследований является актуальной и не решенной проблемой на настоящий момент проблемой. В рамках научного исследования, на базе Новосибирского НИИТО будут решены задачи исследования, которые приведут к организационно-управленческим изменениям, таким как использование маркетинговых технологий в инновационном процессе. Представляется, что медицинский маркетинг, может быть определен как механизм, посредством которого управляется и реализуется рынок медицинской помощи, что обуславливает особую актуальность данной тематики.

Канунникова Л.В.¹

*Новосибирский областной госпиталь № 2 ветеранов войн, Кафедра медицинского права
ФПКиППв НГМУ, г. Новосибирск*

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Правовым основанием, порождающим возникновение правоотношений при оказании медицинской помощи, является волеизъявление больного, т.е. обращение гражданина,

¹ Доктор медицинских наук, профессор кафедры, заведующая кафедрой медицинского права, главный врач госпиталя

нуждающегося в помощи, в соответствующее медицинское учреждение. Такое волеизъявление – обязательный элемент при оказании качественной медицинской помощи. На медицинское учреждение возлагается обязанность, используя данные медицинской науки и практики, специальные знания и опыт медицинского персонала произвести необходимые действия по обследованию пациента, установлению правильного диагноза и проведению надлежащего лечения, т.е. выполнить стандарт качественного оказания медицинской помощи.

The legal basis for generating the appearance of legal relations in health care is the will of the patient, ie, treatment of a citizen in need of assistance, in appropriate medical facility. Such declarations - a required element in the delivery of quality health care. On the medical establishment incumbent, using data from medical science and practice, expertise and experience of medical staff to make necessary arrangements to survey the patient, establishing a correct diagnosis and proper treatment, ie, meet the standard of quality of care.

Работа медицинских учреждений, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения, должна осуществляться в соответствии с федеральным законом от 29 ноября 2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением правительства РФ от 07.12.2011 № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ» приказом федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС», а также приказом МЗиСР РФ от 21.02.2011 № 145н «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи». Но в приказе федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230, указанном выше, в приложении 8 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, уменьшения оплаты медицинской помощи», раздел 4 «дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации», в пункте 4.3 указано, что отсутствие записей в первичной документации выполнения права пациента на получение информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства дает право страховым медицинским организациям применять к медицинскому учреждению штрафные санкции. Однако, для выполнения данной правовой нормы в вышеперечисленных нормативных актах указано, что разработка единых форм по информированному добровольному согласию и отказу на медицинское вмешательство будет осуществлена МЗиСР РФ. На сегодняшний день до сих пор единые формы не разработаны, а экспертами страховых медицинских организаций уже предъявляются требования по наличию в медицинской документации данных форм, содержание которых формируется почему-то экспертами.

Предлагаю на уровне нашего региона разработать единые формы согласно вышеуказанным требованиям, чтобы все медицинские учреждения, выполняя права пациентов, работали в едином правовом поле.

Поэтому, давая оценку основным законодательным документам, регламентирующим права и обязанности медицинских работников при выполнении ими профессиональных обязанностей, права пациентов, необходимо остановиться на ряде статей Основ законодательства «Об охране здоровья граждан РФ».

Закон обязывает врача информировать больного (старше 15 лет), а при необходимости и его родственников о характере заболевания, данных обследования, диагнозе и др., в связи с чем в статье 31 «Основ» указано: «каждый гражданин имеет

право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения». Но, так как в данной статье не предусмотрено оформление лечащим врачом права граждан на информацию о состоянии здоровья, то нами разработана правовая информация для записи в медицинской документации, которая уже в течение ряда лет успешно применяется в медицинских учреждениях Новосибирской области.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ О ЗАБОЛЕВАНИИ

Пользуясь правом, предоставленным мне ст.ст. 31,61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан РФ», я (Ф.И.О.), _____

Разрешаю давать информацию о моем состоянии здоровья (о его характере и особенностях, о прогнозе, о предстоящей операции, ожидаемых результатах и возможных последствиях, о степени риска, об осложнениях, о течении послеоперационного периода, а также любые другие сведения о моем здоровье) только _____

Ф.И.О. лица, кому разрешено давать информацию _____

Дата _____ Подпись пациента _____

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Пациент информирован о предстоящем медицинском вмешательстве (обследовании, лечении, операции).

Предупрежден о профессиональном риске. Получено информированное добровольное согласие пациента.

Подпись пациента _____

« ____ » _____ г.

Подпись лечащего врача _____

« ____ » _____ г.

Случаи отказа от медицинского вмешательства не так часты, однако эта проблема вызывает многочисленные и острые дискуссии. Следует подчеркнуть, что «отказ от медицинского вмешательства» должен быть осознанным и добровольным, поэтому законодатель исходит из основополагающего принципа – каждый здравомыслящий человек имеет неотъемлемое право по своему усмотрению (самостоятельно) распоряжаться своей жизнью и здоровьем. И никто – ни врач, ни медицинское учреждение не может вынуждать (тем более принуждать) к лечению или обследованию гражданина. Истинный врач, уверенный в своих знаниях, твердо убежденный в необходимости медицинского (особенно хирургического) вмешательства, сможет решить эту деонтологическую задачу, передать свою уверенность пациенту и убедить его. Но как же все-таки должен поступить врач, когда пациент или его законные представители не дают согласия на медицинское вмешательство, как правомерно оформить такой отказ. Ответ на этот сложный деонтологический и юридический вопрос дает ст. 33 «Основ», где в случае отказа от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные негативные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**Я,** _____**Ф.И.О.** _____**отказываюсь от предложенного мне** _____

(моему сыну, дочери, в возрасте до 15 лет, или моему подопечному – указать фамилию, имя, отчество пациента) лечение методом _____

госпитализация _____

Мне разъяснены возможные последствия отказа (от госпитализации, прекращения лечения), а именно _____

Дата _____ *Подпись пациента* _____

Основываясь на юридическую и медицинскую практики, а также анализируя результаты наших рекомендаций и успешно внедренных в медицинских учреждениях разработок можно убедительно сказать: чем выше правовая культура медицинского персонала, тем неукоснительнее исполняются ими профессиональные обязанности, тем выше качество и эффективность лечебно-диагностической помощи пациентам, тем реальнее обеспечиваются права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья.

Карева Н.П.,¹ Лушева В.Г.², Богданкевич Н.В.³, Долгова Н.А.⁴

Новосибирский государственный медицинский университет, Учреждение Российской академии медицинских наук Научный центр клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАМН, г. Новосибирск

**ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

Гипертоническая болезнь (ГБ) является самым распространенным сердечно-сосудистым заболеванием. Среди взрослого населения России повышенные цифры артериального давления (АД) наблюдаются у 39% мужчин и 41% женщин. Главная опасность ГБ в том, что она в несколько раз увеличивает риск сердечно-сосудистых катастроф. К факторам, определяющим прогноз при ГБ, относятся ожирение и малоподвижный, сидячий образ жизни. Основным средством, нивелирующим данный фактор, является физическая активность, необходимый уровень которой достигается при регулярных занятиях лечебной физкультурой (ЛФК). Систематическое выполнение физических упражнений ведет к развитию более экономной реакции системы кровообращения и стойкому снижению АД, уменьшает потребность в антигипертензивных препаратах и повышает их эффективность, способствует

¹ Д.м.н., профессор кафедры восстановительной медицины ГОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития России

² Врач лечебной физкультуры клиники Учреждения Российской академии медицинских наук Научный центр клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАМН (НЦКЭМ СО РАМН)

³ Заведующая физиотерапевтическим отделением клиники Учреждения Российской академии медицинских наук Научный центр клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАМН

⁴ Главный врач клиники Учреждения Российской академии медицинских наук Научный центр клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАМН

снижению массы тела. К сожалению, физическая толерантность больных ГБ по мере увеличения возраста снижается, поэтому к основным задачам медицинской реабилитации относится разработка и внедрение методов ЛФК, обеспечивающих адекватную нагрузку как в зрелом, так и в пожилом возрасте.

Цель исследования. Изучить эффективность разработанных для различных возрастных групп больных ГБ комплексов лечебной гимнастики (ЛГ).

Материалы и методы. Обследовано 88 пациентов с ГБ I-II стадии в возрасте от 40 до 70 лет (38 мужчин и 50 женщин), имеющих вегетативные нарушения в виде психосоматических и невротических расстройств. Больные получали стандартную антигипертензивную терапию. Все пациенты были рандомизированы на 4 группы, репрезентативные по клинко-функциональным характеристикам. В 1-ю и 3-ю группы вошли пациенты в возрасте от 40 до 55 лет, во 2-ю и 4-ю - от 55 до 70 лет. Пациенты 1-й и 2-й группы в дополнение к медикаментозной терапии 5 раз в неделю занимались лечебной гимнастикой, причем для каждой возрастной группы был разработан свой комплекс ЛГ, отличающийся по сложности упражнений, темпу и плотности занятия. Среднее число занятий составило $12,2 \pm 0,74$. Контроль АД осуществлялся ежедневно, до и после занятий ЛГ, оценка психоэмоционального состояния проводилась с помощью теста Спилбергера-Ханина, единственной методики, позволяющей дифференцированно измерить тревожность и как личностное свойство, и как состояние. Тест проводился перед началом и после окончания курсового лечения.

Результаты исследования. Сравнительный анализ динамики АД показал, что к концу курса лечения у пациентов 1-й и 2-й групп регистрировалось существенное снижение как систолического, так и диастолического давления. В 1-й группе средний уровень САД снизился с $144,8 \pm 8,21$ до $125,43 \pm 4,4$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), ДАД - с $90,6 \pm 4,8$ до $75,35 \pm 3,1$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Во 2-й группе САД уменьшилось со $148,8 \pm 4,6$ до $130,7 \pm 3,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), ДАД с $92,4 \pm 5,2$ до $78,8 \pm 3,6$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). В группах сравнения за сопоставимый по срокам период (в среднем $14,4 \pm 0,6$ дней) также произошло снижение АД, однако оно не было статистически достоверным. Так, в 3-й группе САД понизилось с $150,4 \pm 8,2$ до $143,3 \pm 5,1$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), ДАД - с $94,9 \pm 5,14$ до $84,4 \pm 4,21$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), в 4-й группе САД снизилось с $152,3 \pm 3,73$ до $145,3 \pm 6,42$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), ДАД - с $95,4 \pm 4,86$ до $86,45 \pm 3,43$ мм рт.ст. ($p > 0,05$). При оценке субъективного состояния оказалось, что к концу лечения у 84,9% всех обследованных пациентов улучшился ночной сон, уменьшилась или исчезла тревожность, повысилась настроение и физическая активность, причем в 1-й и 2-й группах такие изменения были зафиксированы у 97,4% и 96,9% больных соответственно, а в 3-й и 4-й - в 83,7% и 81,4% случаев. При более глубоком изучении психоэмоционального статуса с помощью теста Спилбергера-Ханина оказалось, что только в 1-й и 2-й группах снижение уровней реактивной и личностной тревожности было достоверным ($p < 0,05$): с $42,2 \pm 3,5$ - $44,3 \pm 3,65$ до $24,4 \pm 1,85$ - $30,02 \pm 2,06$ баллов и с $46,7 \pm 3,99$ - $47,2 \pm 4,3$ до $32,5 \pm 2,04$ - $34,86 \pm 2,32$ баллов. В 3-й и 4-й группах, в которых основным методом лечения была медикаментозная терапия, существенных изменений психоэмоционального состояния по результатам тестирования не установлено.

Полученные результаты свидетельствуют о повышении эффективности лечения ГБ в любом возрасте при комплексном применении фармакологических препаратов и ЛГ. Включение лечебной гимнастики в комплексное лечение ГБ способствует тренировке сердечно-сосудистой системы и снижению АД, а также положительно влияет на психоэмоциональный статус пациентов зрелого и пожилого возраста.

Карева Н.П.¹, О.С. Семькина², Е.С. Уткина³

Новосибирский государственный медицинский университет, Учреждение Российской академии медицинских наук Научный центр клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАМН, г. Новосибирск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ–ПУНКТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПОТИРЕОЗА

За последние десятилетия частота заболеваний щитовидной железы резко возросла. Связано это во многом с изменением экологической среды, хроническим стрессом и другими неблагоприятными факторами. Снижение функции щитовидной железы встречается достаточно часто, у 2 – 3% всего населения Российской Федерации. Коррекция гипотиреоза является благодарной задачей благодаря наличию в арсенале фармацевтических средств препаратов, содержащих аналог тиреоидного гормона - L – тироксин. Однако при длительном приеме этих препаратов у части больных развиваются побочные эффекты, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы, которые носят выраженный дозозависимый характер. Поиск средств, повышающих физиологические эффекты малых доз L – тирокина, или стимулирующих функцию самой щитовидной железы, является актуальной задачей. Большой интерес в этом плане представляет КВЧ-пунктура, сочетающая лечебное действие низкоинтенсивного электромагнитного поля крайне высокой частоты и биологически активных точек (БАТ), на которые это поле воздействует. Для КВЧ-пунктуры характерно активирующее и регуляторное влияние на функциональное состояние различных органов и систем, при этом целенаправленное действие достигается выбором соответствующих БАТ.

Целью исследования стало изучение возможностей КВЧ–пунктуры в лечении синдрома гипотиреоза при различных заболеваниях щитовидной железы.

Наблюдалось 27 пациентов с диагнозами «первичный манифестный гипотиреоз», «послеоперационный гипотиреоз», «аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз» в возрасте 27–73 лет, из них 24 женщины (88,8%) и трое мужчин (11,2%). Для верификации диагноза применялись клинические, ультразвуковые, биохимические методы исследования, а также электроакупунктурная диагностика по методу Фолля. При поступлении пациенты предъявляли жалобы на слабость, сонливость, нарушения сердечного ритма и кардиалгии в 54,5% случаев, сухость кожи беспокоила 36,3% обследованных, отечность лица и ног - 36,3%, запоры встречались у 27,2%, чувство давления в горле – у 27,2% больных. У 92,6% наблюдавшихся отмечалась эмоциональная лабильность. При обследовании у всех пациентов выявлены нарушения структуры щитовидной железы по данным ультразвукового исследования, изменение уровня ТТГ, Т3, Т4, свободного Т4. По результатам диагностики по Фоллю выявлены следующие закономерности: снижение электрокожного сопротивления в точке щитовидной железы зарегистрировано у 20 пациентов (74,1%), увеличение показателя в точке гипофиза у 13 (48,1%).

¹ Д.м.н., профессор кафедры восстановительной медицины Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (ГОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития России)

² Врач-рефлексотерапевт клиники Учреждения Российской академии медицинских наук Научный центр клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАМН (НЦКЭМ СО РАМН)

³ Врач-рефлексотерапевт клиники Учреждения Российской академии медицинских наук Научный центр клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАМН (НЦКЭМ СО РАМН)

Пациенты, принятые на лечение, образовали 3 группы. В первую вошли 6 человек (22,2%), которым L – тироксин был отменен в связи с кардиологическими противопоказаниями и выраженным остеопорозом. Вторая группа включала 13 человек (48,1%), которым суточная доза гормона была уменьшена в связи с дозозависимыми побочными эффектами. Третью группу составили 8 пациентов (29,6%), у которых доза L – тироксина оставалась в пределах 75-125 мкг.

Всем пациентам проводился десятидневный курс КВЧ–пунктуры на аппарате «Стелла–1 БФ», входящим в государственный реестр изделий медицинской техники. Использовался излучатель 4,9 мм в режиме низкочастотной модуляции 9,5 Гц со средней мощностью 0,1 мкВт/см², лечение осуществлялось по индивидуальным схемам, составленным на основании результатов диагностики по по методу Фолля, без использования местных акупунктурных точек. За одну процедуру проводилось воздействие на 2–3 БАТ по стимулирующей методике, по 5 минут на точку.

К окончанию курса клиническое улучшение было достигнуто у всех пациентов. Жалоб не предъявляли 20 пациентов (74,1%). Жалобы на слабость сохранялись у 2 больных (7,4%), отечность - у 2 (7,4%), кардиалгии - у 4 (14,8%). Пролонгированное наблюдение и повторные курсы проводились 6 пациентам, не получавшим L–тироксин. Интервалы между курсами составили 6 – 8 месяцев. У всех наблюдавшихся больных удавалось поддерживать нормальные или близкие к нормальным значения ТТГ, тиреоидных гормонов, удовлетворительное самочувствие.

Таким образом, КВЧ–пунктура может быть методом выбора в лечении пациентов с гипотиреозом, имеющих противопоказания для назначения гормонов щитовидной железы, и одним из методов в комплексной терапии патологии щитовидной железы со снижением ее функции, повышающим эффективность медикаментозного воздействия.

Каширских В.Г.¹

Новосибирский Государственный Медицинский Университет, Государственная Новосибирская областная клиническая больница, г. Новосибирск

СЛУЧАЙ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ

В статье представлено клиническое наблюдение течения иммунодефицитной пневмонии у пациента с ВИЧ-инфекцией. Анализ клинического материала позволил выделить ряд клинико-диагностических особенностей, характерных для пневмоцистной пневмонии. Учитывая неуклонный рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией на территории РФ, в ближайшие годы следует ожидать увеличения числа больных с тяжелым течением иммунодефицитных пневмоний, в том числе пневмоцистной этиологии.

This article discusses clinical observation of immunodeficiency pneumonia in patient with HIV-infection. Analysis of clinical material allows to define a number of clinical and diagnostical characteristics of pneumocystic pneumonia. In consideration of steady grow of HIV infection in Russian Federation it is expectable to increasing of patients with severe course of immunodeficiency pneumonias, including pneumocystic pneumonias. Widespread of these patients must to alert doctors about HIV-infection and avoid errors in diagnostic and treatment of oppotunistic pneumonias.

Актуальность темы: В настоящее время течение пневмонии нередко сопутствует иммунодефицитным состояниям. Иммунокомпроментированные лица имеют высокий риск развития не только обычных бронхо-лёгочных инфекций, но и оппортунистических заболеваний. Одним из основных возбудителей оппортунистических пневмоний являются пневмоцисты (*Pneumocystis carinii*).

¹ Аспирант кафедры внутренних болезней лечебного факультета НГМУ

Цель исследования: Описание клинического случая пневмоцистной пневмонии у ВИЧ-инфицированного больного.

Материалы и методы: Проанализирован случай оппортунистической пневмонии у ВИЧ-инфицированного пациента, находившегося на стационарном лечении в пульмонологическом отделении областной клинической больницы.

Результаты исследования: Пациент Н., 36 лет, поступил 19.11.2010 с жалобами на выраженную одышку в покое, боль в грудной клетке, малопродуктивный кашель, повышение температуры тела до 38⁰С вечернее время, общую слабость, снижение массы тела на 7 кг за 1 месяц. Заболел 17 октября 2010 года, когда отметил боль в грудной клетке, лихорадку до 38⁰С, тошноту и одышку при физической нагрузке. Пациент обследовался амбулаторно, позднее был госпитализирован в городскую, затем центральную районную больницу. Не смотря на проводимую антибактериальную терапию (цефтриаксон, метранидазол, цефоперазон+сульбактам), дыхательная недостаточность прогрессивно нарастала. При выполнении РКТ ОГК отмечалось усиление легочного рисунка, диффузное снижение пневматизации легочной ткани по типу «матового стекла», множественные воздушные буллы. Был заподозрен интерстициальный пневмонит. С целью дообследования и верификации диагноза пациент доставлен в областную клиническую больницу. Учитывая тяжесть состояния, больной госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии. Из параклинических данных обращали на себя внимание высокий уровень СОЭ 49 мм/ч, СРБ до 21,3 г/л, ЛДГ 398 Ед/л. Для уточнения характера изменений в легких выполнена видеоторакоскопия с биопсией легкого. 18 ноября впервые с момента обращения пациента в медицинские учреждения было выполнено обследование на ВИЧ - инфекцию и 24 ноября по факсу из городской больницы были получены положительные результаты (ИФА, ИБ). С учётом клинико-диагностических данных (прогрессирующая дыхательная недостаточность, рентгенологические признаки интерстициальной пневмонии, лабораторных данных – высокий уровень СОЭ и ЛДГ) у больного с ВИЧ-инфекцией была заподозрена пневмоцистная пневмония и неотлагательно 24.11.2010 (в день получения результатов иммунологического исследования крови на ВИЧ) начата терапия *ex juvantibus* – назначен ко-тримаксозол в дозе 960 мг в сутки внутривенно (в дальнейшем доза ко-тримаксозола была увеличена до 960*3 р/сут, а затем до 960*5 р/сут). Позднее, полученные результаты морфологического исследования легких подтвердили врачебные предположения о пневмоцистной этиологии пневмонии. На 26 ноября состояние пациента оставалось тяжелым. Ухудшение состояния больного было связано с прогрессированием основного заболевания, присоединением ЦМВ-инфекции. К лечению был добавлен цимивен. Учитывая клинко-эпидемиологические данные, высокий уровень вирусной нагрузки (РНК ВИЧ в крови 1 млн копий в 1 мл), иммунный статус (количество CD4+ лимфоцитов-80 кл/мкл) назначена антиретровирусная терапия. На фоне проводимой антибактериальной, противовирусной терапии достигнута положительная клинко-рентгенологическая динамика: на 19-ые сутки лечения пациент отмечал отсутствие одышки в покое, уменьшение общей слабости; аускультативная картина в легких нормализовалась. При выполнении контрольной РКТ ОГК отмечена положительная динамика: «КТ признаки фибризирующей формы пневмонии». 16 декабря пациент был переведен в Центр профилактики и борьбы со СПИДом. В настоящее время пациент получает антиретровирусную терапию и профилактику рецидива пневмоцистной и цитомегаловирусной пневмонии.

Анализ представленного клинического наблюдения течения пневмоцистной пневмонии у ВИЧ-инфицированного больного, позволил выделить ряд клинко-

диагностических особенностей, характерных для данного заболевания: ведущим клиническим синдромом которого является - развитие прогрессирующей дыхательной недостаточности (постепенное нарастание одышки в начале заболевания и значительная выраженность в разгаре болезни) при наличии маловыраженного непродуктивного кашля, субфебрилитета, нарастания общей слабости; лабораторно определяется высокий уровень СОЭ и суммарной активности ЛДГ; рентгенологически – двусторонние интерстициальные инфильтративные изменения в легких. Кроме того, наряду с определением иммунодефицитного состояния пациента и гистологическим подтверждением диагноза, типичным является получение положительного клинкорентгенологического эффекта терапии высокими дозами ко-тримаксозола. Учитывая клинкорентгенологические данные, на основании отсутствия эффективности стандартной эмпирической антибактериальной терапии и верного алгоритма диагностики пневмонии после получения положительных результатов исследования крови на ВИЧ, был верифицирован диагноз и доказана его этиология. Данный клинический пример подтверждает общемедицинское наблюдение, согласно которому больных с ВИЧ наиболее часто выявляют на поздних стадиях заболевания, и большинству из них не известно о своем ВИЧ-статусе. Широкое распространение данного контингента больных должно повысить настороженность врачей в отношении ВИЧ-инфекции, что позволит избежать ошибок в диагностике и лечении оппортунистических пневмоний.

Выводы:

1. Вторичные иммунодефицитные состояния являются важным фактором риска развития пневмоний.
2. Пневмония является одной из распространенных локализаций инфекций при всех видах иммунодефицитных состояний, часто первым симптомом позволяющим заподозрить иммунодефицит.
3. Пневмония у иммунокомпроментированных больных может проявляться обычной бронхо-лёгочной инфекцией, оппортунистическим заболеванием, микст инфекцией.
4. Оппортунистические пневмонии представляют серьезную проблему в связи с высокой летальностью, наличием трудностей в диагностике и лечении.

Коваленко В.Ф., Дробинская А.Н., Тендитная Н.М., Пархоменко О.М.

*Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения г. Новосибирска,
Городская клиническая больница №1*

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

В статье указаны основные направления деятельности физиотерапевтического отделения на стационарном этапе лечения пациентов на примере физиотерапевтического отделения Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения г. Новосибирска Городской клинической больницы №1.

The article identifies the main areas of activity physiotherapy department at the hospital stage of treatment, patients on the example of physiotherapy department of the Municipal budgetary health facility of Novosibirsk Municipal Clinical Hospital № 1.

Городская клиническая больница №1 является крупнейшим многопрофильным центром медицинской помощи населению города Новосибирска. В больнице развернуто 1320 стационарных коек, 55,1% коечной мощности задействовано в

оказании неотложной помощи, 80% пациентов относятся к 4 и 5 категориям сложности курации. Больница имеет широкий парк медико-технического оборудования, что значительно расширяет использование новых технологий в лечении многих заболеваний.

Большое значение в больнице уделяется ранним реабилитационным мероприятиям, которые проводятся в физиотерапевтическом отделении ГКБ №1. На сегодняшний день ФТО оснащено всей необходимой современной аппаратурой предназначенной для лечения пациентов с самыми различными патологиями.

Учитывая многопрофильность больницы и тяжесть состояния основного контингента больных, разработаны основные направления деятельности физиотерапевтического отделения на стационарном этапе реабилитации:

- максимальное приближение методов восстановительного лечения к постели больного;
- по возможности раннее начало реабилитационных мероприятий с использованием комплексного подхода (физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, массаж);
- непосредственное активное участие врачей физиотерапевтов в ведении пациентов в отделении реанимации и палатах интенсивной терапии для профилактики и лечения послеоперационных осложнений (парез кишечника, пневмонии, пролежни и др.);
- проведение ранних реабилитационных мероприятий в неврологических отделениях, в кардиологическом отделении, в травматологическом отделении;
- внедрение малоинтенсивных методов в онкологических отделениях (лечение крайне высокими частотами, транскраниальная электростимуляция и др.);
- активное использование методов лечебной физкультуры у женщин в послеродовом периоде;
- тесная взаимосвязь и преемственность в лечении между врачами лечебных отделений и врачами физиотерапевтами;
- контроль за соблюдением прав пациента;
- внедрение новых высокотехнологичных методов и методик современной физиотерапии.

Ведение пациентов врачом физиотерапевтом начинается с первых дней поступления пациентов в стационар. После проведения и тщательного анализа основных лабораторных и диагностических методов исследования, совместно с лечащим врачом определяется дальнейшая тактика ведения пациента. При необходимости проводится предоперационная подготовка физическими методами лечения, включающая в себя методы стабилизирующие состояние иммунитета, нормализующие состояние ЦНС и обладающие противовоспалительным действием. После оперативного лечения пациент наблюдается врачом физиотерапевтом в отделениях реанимации и палатах интенсивной терапии, где при необходимости ему назначаются методы предупреждающие развитие осложнений (КВЧ терапия, электростимуляция кишечника, ингаляции, вибромассаж грудной клетки, дыхательная гимнастика и др.).

Количество пациентов прошедших комплексное лечение с использованием физиопроцедур, ЛФК и массажа с 2007 по 2009 год выросло на 2519 человек. Процент охвата за 3 года увеличился на 11,8%, а процент процедур проведенных непосредственно в палатах вырос с 35,9% до 38,7%, что говорит о значимости ранней реабилитации в системе многопрофильной больницы.

Врачи физиотерапевтического отделения постоянно повышают свой профессиональный уровень, что способствует внедрению в лечебный процесс новых

актуальных методик, таких как: транскраниальная электростимуляция для купирования послеоперационных болевых синдромов, КВЧ-терапия при лечении острых панкреатитов и панкреонекрозов, глубокая осциляция тканей от аппарата «Хивамат» для лечения макро- и микроангиопатий у пациентов с сахарным диабетом и др.

В целях улучшения качества оказания физиотерапевтической помощи в больнице и контроля за соблюдением прав пациентов, считаем наиболее важным обратную связь с пациентом. В связи с этим в отделении ежемесячно проводится анкетирование. За 2009 год проанкетировано 550 человек, что составляет 15% от числа пролеченных в ФТО. Абсолютное большинство пациентов (97,3%) оценили работу отделения на «отлично». 85% пациентов изъявили желание повторно пройти курс лечения в нашем отделении. За все время работы отделения не отмечено ни одной жалобы, в книге отзывов и предложений зарегистрировано 118 благодарностей сотрудникам физиотерапевтического отделения от пациентов.

Для современной физиотерапии, характерно расширение показаний и сужение противопоказаний к ее применению. Все более раннее назначение и использование в более тяжелых случаях, что имеет огромное значение для нашей больницы, работающей в режиме оказания неотложной помощи с наиболее тяжелой категорией пациентов.

Ковалишена О.В.¹

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России»
НИИ профилактической медицины, г. Нижний Новгород*

ПРОБЛЕМЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ. ОСНОВЫ МОНИТОРИНГА

Представлены основные выводы по результатам исследования устойчивости микроорганизмов к дезинфектантам в лечебных учреждениях. Описана система организации мониторинга устойчивости микроорганизмов к дезинфектантам на региональном опыте.

The basic conclusions by results of research of microorganisms resistance to disinfectants in healthcare settings are presented. The system of the organisation of monitoring of microorganisms resistance to disinfectants on regional experience is described.

Целенаправленное исследование устойчивости микроорганизмов к дезинфектантам берет свое начало с середины XX века. В настоящее время мы переживаем новый виток возрастания интереса к данной проблеме в связи с актуальностью инфекций, связанных с медицинской помощью, широким распространением госпитальных штаммов, большим арсеналом адаптационных механизмов у условно-патогенных микроорганизмов, расширением спектра применяемых дезинфицирующих средств (ДС), разработкой стратегии и тактики применения ДС в ЛПУ.

Очень важным представляется преодоление некоторых стереотипов в восприятии указанной проблемы, а именно: невозможность выработки устойчивости к ДС; принцип действия ДС «все или ничего»; наличие устойчивости только к ЧАС; устойчивость определяется при неправильном применении ДС (тестирование на ДС в заниженной концентрации) или вследствие ошибки лаборатории; устойчивость

¹ Доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры эпидемиологии НижГМА, зам. директора о науке НИИ профилактической медицины НижГМА

отсутствует у клинических изолятов микроорганизмов; устойчивость к ДС только у антибиотикорезистентных штаммов; единство механизмов устойчивости к антибиотикам и ДС; устойчивость есть только у госпитальных штаммов; устойчивость к ДС не представляет собой проблему здравоохранения, не распространена и не нуждается в мониторинге; для профилактики устойчивости к ДС необходима частая ротация ДС.

Основными шагами на пути решения проблемы устойчивости микроорганизмов к ДС представляются следующие действия:

- накопление научных данных об устойчивости микроорганизмов – возбудителей ВБИ и внебольничных инфекций;
- изучение механизмов устойчивости к ДС;
- разработка мониторинга устойчивости к ДС и его дальнейшее нормативное закрепление;
- совершенствование тестирования ДС на этапе регистрации и постмаркетинговые исследования на этапе применения ДС в ЛПУ;
- совершенствование стратегии и тактики дезинфекционного режима в различных ЛПУ;
- проведение маркетинговых исследований территориального рынка ДС для оценки ассортимента ДС, возможностей выбора и ротации ДС.

В результате многолетних широкомасштабных исследований, охвативших различные типы ЛПУ и проведенных на региональном уровне, были сделаны следующие выводы.

Госпитальные штаммы микроорганизмов могут обладать устойчивостью к ДС в бактерицидной концентрации, характеризуются более высоким порогом чувствительности к ДС по сравнению с тест-культурами.

Устойчивость к дезинфектантам широко распространена в ЛПУ; присутствует в многопрофильных стационарах, специализированных стационарах/отделениях, родильных домах, амбулаторно-поликлинических учреждениях; проявляется и у культур, выделенных из внешней среды ЛПУ, и у клинических изолятов; проявления устойчивости (уровень, спектр, динамика) определяются особенностями ЛПУ; имеется по отношению ко всем группам ДС.

Существует перекрестная устойчивость к различным ДС из одной группы (т.е. с одним действующим веществом); ассоциированная устойчивость к ДС из разных групп (по действующему веществу); сочетанная устойчивость к ДС с различными действующими веществами, но в пределах одной группы химических соединений.

Устойчивость микроорганизмов к ДС играет важную роль при эпидемических вспышках и является обязательным компонентом комплексной оценки эпидемиологической ситуации.

В многолетних исследованиях, проведенных кафедрой эпидемиологии НижГМА, была показана необходимость динамической оценки состояния чувствительности микрофлоры ЛПУ к ДС. Актуальность проблемы потребовала рассмотрения этого вопроса на Координационном Совете по здравоохранению Приволжского Федерального Округа, решением которого определено, что для повышения эффективности лечения больных и проведения профилактических мероприятий необходимо обеспечить проведение мониторинга устойчивости к дезинфицирующим средствам. С этой целью НижГМА совместно с Министерством здравоохранения Нижегородской области, Департаментом здравоохранения администрации г.Н.Новгорода и Управлением Роспотребнадзора по Нижегородской области были изданы Приказы об организации мониторинга устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам в ЛПУ города и области, в соответствии с которыми с 1

января 2009 г. корректировка дезинфекционного режима в ЛПУ должна проводиться с учетом результатов изучения чувствительности микроорганизмов к ДС. Разработана программа и план мероприятий по внедрению мониторинга устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам в эпидемиологический надзор за инфекциями в Нижегородской области. На базе НИИ Профилактической медицины НижГМА организован Центр мониторинга устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам.

Задачами Центра являются: проведение исследований и выдача результатов ЛПУ; рекомендации по коррекции дезинфекционного режима; подбор эффективных дезинфектантов; помощь в организации и проведении микробиологического мониторинга; создание музея культур микроорганизмов из ЛПУ; динамическая оценка состояния чувствительности микрофлоры ЛПУ к ДС; рекомендации по организации мониторинга; консультативная помощь и проведение исследований при возникновении эпидемического неблагополучия. В соответствии с планом мероприятий по внедрению мониторинга, ЛПУ включают его проведение в «Программу производственного контроля», осуществляют мониторинг устойчивости выделяемых микроорганизмов к ДС, обеспечивают сохранение и доставку культур микроорганизмов в Центр мониторинга, предоставляют информацию о применяемых ДС и их образцы, корректируют дезинфекционный режим с учетом результатов мониторинга, организуют мониторинг, исходя из рекомендаций, совершенствуют эпидемиологический надзор за госпитальными инфекциями (ГИ). Совместная деятельность Центра мониторинга, ЛПУ, Министерства, Департамента здравоохранения и Управления Роспотребнадзора направлена на анализ результатов мониторинга; оценку спектра ДС, применяемых в ЛПУ Нижегородской области; создание единой базы данных; организационно-методическое обеспечение мониторинга устойчивости и эпидемиологического надзора за ГИ; формирование стратегии и тактики дезинфекционных мероприятий в ЛПУ.

Требуется решение следующих вопросов: стандартизация методик по определению устойчивости, утверждение на федеральном уровне; внедрение мониторинга на уровне ЛПУ и территориальном уровне; организационно-методическое обеспечение мониторинга; стандартизация подходов к коррекции дезинфекционного режима; разработка ДС и технологий с учетом результатов мониторинга (испытания на госпитальных штаммах, постмаркетинговая оценка эффективности); подготовка кадров; дальнейшие научные исследования формирования устойчивости.

Колесник Л.В.¹

ООО «Доктор Дез», г. Новосибирск

РЫНОК СРЕДСТВ ДЕЗИНФЕКЦИИ. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ЭКОНОМИЧНОСТИ СРЕДСТВ ДЕЗИНФЕКЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ЛПУ г. НОВОСИБИРСКА. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЗСРЕДСТВ-АНАЛОГОВ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОЖНЫХ АНТИСЕПТИКОВ, СОДЕРЖАЩИХ ПРОПИЛОВОЙ СПИРТ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, озвученным главой организации Маргарет Чен в апреле 2011 г. ежегодно во всём мире умирает 60

¹ *Заместитель генерального директора*

миллионов человек, из них 37% - от инфекционных заболеваний. Из них, в свою очередь, 9 миллионов, погибают, не дожив до 60 лет.

В связи с этим вопрос борьбы с внутрибольничной инфекцией (ВБИ) остаётся актуальным. Быстрая мутация и привыкание микрофлоры к дезинфицирующим средствам требует тщательного отбора средств, действующие вещества которых действительно обладают тотальным бактерицидным, вирулицидным действием, а так же обладают антимикробной активностью в отношении патогенных грибов, включая устойчивых возбудителей дерматофитий.

В настоящее время на российском рынке представлено около 650 наименований средств для дезинфекции.

При всём их разнообразии их можно объединить в 8 основных групп по действующим веществам. Это средства, содержащие Альдегиды, спирты, фенолы, четвертичные аммониевые соединения (ЧАС), гуанидины, йод, спирты.

Современный дезинфектант должен отвечать нескольким основным требованиям, без осуществления которых ни один препарат не может быть рекомендован для применения:

1. Микробиологическая эффективность;
2. безопасность для применения как для персонала так и для пациентов;
3. совместимость с обрабатываемыми материалами (за "золотой стандарт" здесь принимается воздействие, которое оказывает на материалы глутаровый альдегид);
4. экономичность;
5. степень устойчивости к органической нагрузке (например, крови);
6. скорость действия (требуемая экспозиция);
7. наличие запаха;
8. отсутствие воспламеняемости и взрывоопасности;
9. простота в приготовлении, применении, удалении.

К сожалению, на сегодняшний день ни один из применяемых препаратов не обладает всеми перечисленными свойствами.

Полным спектром антимикробной активности, включая 100%-ную бактерицидность для грам(+) и грам(-)-бактерия, включая микобактерии туберкулёза и вирулицидность для оболочных и безоболочных вирусов и грибов рода Кандида, дерматофитов, плесневых грибов в современных условиях обладают только средства для дезинфекции, содержащие альдегиды, перекисные соединения, спирты.

В 1916 году начали появляться данные об антимикробной активности ЧАС, однако настоящий бум начался в 1935 году. Большинство экспериментальных работ в середине 30-х годов было посвящено ЧАС, показан широкий спектр антимикробной активности, включая спороцидную и туберкулоцидную активность при низких концентрациях (Dogmak, 1935). В 40-х годах было показано, что эти данные были результатом неадекватной нейтрализации ЧАС при проведении экспериментов *in vitro* и статический эффект был принят за цидный. В настоящее время на территории США, Японии, Европы препараты на основе ЧАС запрещены к применению для обработки инструментов и эндоскопов и остаются актуальны лишь для предметов больничного окружения или в пищевой промышленности.

Однако, в России из всех зарегистрированных на рынке препаратов, на долю ЧАС приходится 35%. Относительно их эффективности, особенно в отношении полирезистентной больничной флоры, вирусов и микобактерий в нашей стране несколько лет велись дебаты, в то время как зарубежные руководства (например рекомендации Ассоциации специалистов по противоинойфекционной работе и эпидемиологии) рекомендуют использование ЧАС для рутинной очистки мебели, стен, полов, некритичных предметов и оборудования. На Съезде дезинфекционистов в 2002

году академик М.Г.Шандала подтвердил сомнительную активность ЧАС в отношении вирусов и микобактерий туберкулеза. Из более чем 150 зарегистрированных EPA (Агентство США по охране окружающей среды) в США поверхностных дезинфектантов, разрешенных для дезинфекции при туберкулезе, имеется только 3 рецептуры, имеющие в комбинации ЧАС (в России не зарегистрированы и аналогов не имеют). В нашей же стране все дезинфектанты на основе ЧАС разрешены для дезинфекции при туберкулезе.

В нашей стране зарегистрировано множество средств, имеющих в своем составе один или несколько ЧАС. К применению такого рода препаратов для обработки инструктория и жизненно важных объектов нужно относиться с большой осторожностью ввиду их недостаточной эффективности.

К сожалению многие стационары и поликлиники г.Новосибирска и Новосибирской области до сих пор используют для проведения текущей и заключительной дезинфекции средства, содержащие моно- или композиционные действующие вещества на основе исключительно ЧАС. Хотя на современном новосибирском рынке средств для дезинфекции есть возможность выбора и подбора дезинфектанта из ряда эффективных многокомпозиционных концентратов на основе нескольких действующих веществ.

Отличными примерами эффективных многокомпозиционных средств для дезинфекции могут послужить, зарекомендовавшие себя на практике в ведущих медицинских учреждениях страны:

«Миродез универ», содержащий кроме ЧАС альдегид глиоксаль и **«Экобриз концентрат»**, основным действующим веществом которого является производное алкамина.

В связи с угрозой пандемии гриппа, зарегистрированной в ВОЗ в мае 2009 г, на Базе НИИ гриппа СЗО РАМН проводились исследования вирулицидной активности современных дезсредств к новому высоковирулентному вирусу гриппа H1N1/09.

Данный вирус относится к высокоустойчивому классу оболочечных вирусов. Липопротеидная оболочка вируса состоит из липидов, заимствованных от клеток хозяина, и рецепторных белков гемагглютинина (ГА) и нейраминидазы (НА), посредством которых вирус прикрепляется к чувствительным клеткам и инфицирует их.

Электронно-микроскопические исследования проводились в соответствии с методиками руководств Almeida JD, 1980; FW. Doan, 1986, на электронном микроскопе JEM-1011 (JEOL, Япония, год выпуска 2006) при инструментальном увеличении 20000 – 50000. Исследовалось не менее 20 полей зрения каждого препарата.

Одной из основных мер защиты медперсонала от заражения гриппом А/Н1N1 ВОЗ считает рациональное использование имеющихся средств индивидуальной защиты (СИЗ) и соблюдение надлежащей гигиены рук.

Данное исследование подтвердило, что пропиловые спирты, входящие в состав исследованных антисептиков, вызывают сильную экстракцию липидов из оболочки вирионов гриппа А/Н1N1, что приводит к полному разрушению (деструкции) вирусных частиц, превращению их в мелко-дисперсную липидно-белковую эмульсию и, следовательно, к полному подавлению инфекционной активности вируса гриппа А/Н1N1.(рис. 2,3).

«Экобриз - антисептик» - экономичный, эффективный, доступный по цене кожный антисептик на основе пропилового спирта.

«Миросептик» - современный, эффективный кожный антисептик в качестве действующего вещества содержит 48% изопропилового спирта(пропанол-2; изомер

пропилового спирта), 12% н-пропилового спирта и 0,25% ЧАС. Как средство для дезинфекции, содержащее спирты, обладает бактерицидным (включая бактерии туберкулёза) и вирулицидным действием в том числе на вирусы полиомиелита и оболочечные вирусы, эффективен не только в отношении возбудителей кандидозов, но и высокоустойчивых патогенных грибов, возбудителей дермофитий. Данное средство экономично (общий расход на гигиеническую обработку пары рук персонала составляет 3 мл при экспозиции 20-30 сек и суммарно 10 мл на двукратную обработку пары рук хирургов при экспозиции 5 мин. Обладает приятным запахом в отличие от многих аналогов.

Колядо И.Б.¹, Плугин С.В.², Коновалов Б.Ю.³

КГУ «НИИ региональных медико-экологических проблем», г. Барнаул, Главное управление Алтайского края по социальной защите населения и преодолению последствий ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, г. Барнаул,

КГУ «НИИ региональных медико-экологических проблем», г. Барнаул,

МЕДИКО-ДОЗИМЕТРИЧЕСКИЙ РЕГИСТР В ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ, ПОДВЕРГШЕГОСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

This paper presents the number and structure of the register for the exposed to the radioactive fallout from the nuclear tests on the Semipalatinsk test site. The register refers individuals to several dispenser groups and informs on the scope of health surveys. The morbidity, prevalence and mortality rates shown in the register have been calculated for 2010 in various dispenser groups.

Алтайский край - наиболее близко прилегающая к испытательным площадкам Семипалатинского полигона территория Российской Федерации. За период существования Семипалатинского испытательного полигона на нем проведено 456 ядерных испытаний. В общей сложности были осуществлены взрывы 607 ядерных зарядов. В результате на территории Алтайского края зафиксированы выпадения, в основном короткоживущих радиоактивных частиц, при прохождении облаков ядерных взрывов. В настоящее время радиационная обстановка в регионе нормализовалась и не представляет опасности для проживания и хозяйственной деятельности.

Комплексное изучения потерь здоровья населения, находившегося в зоне радиационного воздействия, невозможно без качественного медико-дозиметрического регистра. С целью организации сбора, хранения и обработки данных целевой диспансеризации населения Алтайского края, подвергшегося воздействию ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне было начато формирование медико-дозиметрического регистра населения Алтайского края, подвергшегося радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне (АМДР). Формирование регистра более чем через 50 лет после первого испытания являлось сложным мероприятием и проводилось в несколько этапов.

В настоящее время АМДР представляет собой компьютерный банк данных, в составе Национального радиационно-эпидемиологического регистра (НРЭР). Основу регистра составляет база данных со списком лиц, подвергшихся радиационному воздействию. Отдельно хранится информация о лицах, проживающих в настоящее

¹ Директор, кандидат медицинских наук, доцент;

² Главный специалист, кандидат медицинских наук, доцент;

³ Начальник информационно-вычислительного центра

время и умерших. Актуализация информации регистра происходит ежегодно до 25 декабря отчетного года.

По итогам прошедшего года на 01.01.2011 года в базе АМДР состоит на учете 31086 чел. Из них в группе учета «А» - лица, получившие суммарную эффективную дозу превышающую 25 сЗв – 7299 чел., в группе учета «В» - лица, получившие суммарную эффективную дозу больше 5, но не более 25 сЗв – 22944 чел., в группе учета «С» - потомки лиц, обозначенных в группах «А» и «В» первого и второго поколений – 843 чел. В течение отчетного года было отмечено увеличение количества граждан, состоящих на учете в АМДР. В целом по региональному центру их количество возросло на 1257 чел., в том числе в группе «А» - на 163 чел., в группе «В» - на 1117 чел. Среди них значительное количество включили в состав регистра по решению суда. Только в группе «С» количество состоящих на учете в течение года сократилось на 23 чел.

По итогам проведения целевой диспансеризации в 2010 году в целом был осмотрен 24141 человек, что составило 77,7% от состоящих на учете. Уровень первичной заболеваемости по регистру в целом составил $189,6 \pm 2,2\%$. Наиболее значимой патологией для всего контингента АМДР в целом являются болезни системы кровообращения. Уровень заболеваемости данной патологией в целом по регистру составил $23,3 \pm 0,9$ на 1000 контингента. Второе ранговое место занимают болезни нервной системы и органов чувств, которые в среднем по всему контингенту встречались с частотой $16,9 \pm 0,7$ случая на 1000 контингента. Третье место в заболеваемости исследуемого контингента занимают болезни органов дыхания. Средний уровень показателя по данной патологии составил $13,0 \pm 0,6\%$. На четвертом ранговом месте находятся болезни мочеполовой системы с уровнем показателя $9,0 \pm 0,5\%$. Болезни органов пищеварения занимают пятое ранговое место при среднем уровне показателя заболеваемости $8,4 \pm 0,5\%$. Другая патология имела меньшее значение.

Средний уровень распространенности всех заболеваний в целом по АМДР был равен $3600,5 \pm 0,3$ на 1000 состоящих на учете. Наиболее значимой патологией в распространенности заболеваний для всего контингента АМДР в целом являются болезни системы кровообращения при уровне показателя $1612,4 \pm 0,2$ на 1000 контингента. Второе ранговое место в распространенности заболеваний занимают болезни костно-мышечной системы, уровень показателя по которым составил $653,8 \pm 2,7\%$. На третьем месте находятся болезни органов пищеварения, которые в среднем по всему контингенту встречались с частотой $462,8 \pm 2,8\%$. Четвертыми по значимости в распространенности болезней являются болезни органов дыхания при среднем уровне показателя $192,7 \pm 2,2\%$. Пятое ранговое место в распространенности болезней принадлежит болезням пищеварения нервной системы и органов чувств при среднем уровне показателя $185,7 \pm 2,2\%$. Другая патология имела меньшее значение.

Общий уровень смертности в целом по всем зарегистрированным в регистре за 2010 год составил $19,7 \pm 0,8$ на 1000 контингента. Среди мужчин общий уровень смертности равен $25,0 \pm 1,5\%$, среди женщин общий уровень смертности был существенно ($P < 0,001$) меньше - $16,8 \pm 0,9\%$. Ведущей причиной смерти по регистру в целом являются болезни системы кровообращения. Среди мужчин уровень смертности от болезней системы кровообращения составил $14,9 \pm 1,2\%$. Среди женщин смертность от болезней системы кровообращения значимо не отличалась от таковой у мужчин ($P > 0,05$). Общий показатель смертности женщин от данной причины составил $12,0 \pm 0,8\%$. Уровень смертности мужчин от новообразований составил $5,9 \pm 0,7\%$. Среди женщин показатель смертности от новообразований значимо ($P < 0,001$) меньше, чем у мужчин и был равен $2,1 \pm 0,3\%$. Среди мужчин данного контингента уровень

смертности от травм и отравлений составил $0,6 \pm 0,2\%$. Уровень смертности женщин от данной причины был равен $0,2 \pm 0,1\%$, т.е. существенно не отличался ($P > 0,05$).

Анализ имеющейся в составе АМДР информации о численности и составе контингента, а также о состоянии здоровья различных диспансерных групп, позволяет планировать и эффективно осуществлять адресную государственную социальную и медицинскую помощь лицам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне и их потомкам I и II поколений, с последующим прогнозом ситуации и формированием групп повышенного риска развития отдаленных последствий.

Комиссарова Т.В.¹

ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Минздрава России», г. Новосибирск

РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

One of the major criteria of quality of rendering of medical aid is infectious safety of medical-diagnostic process. Intrahospital infections are the major making this problem owing to global character of distribution, negative consequences for health of patients and state economy. Public health services modernization dictates necessity of integration of the monitoring system for ВБИ in a control system of maintenance of quality of medical aid in the medical organizations. Realization of measures of maintenance of infectious safety of medical-diagnostic process should be a subject of constant control from medical workers of all levels at medical aid rendering.

Одним из основных направлений деятельности здравоохранения ВОЗ признает создание и укрепление системы повышения безопасности пациентов и улучшение качества медицинской помощи.

Управление рисками (риск-менеджмент) - это система мер, целью которых является уменьшение повреждающего или уничтожающего воздействия опасности на здоровье, жизнь, имущественное, финансовое положение рискующего и т.д. Управление риском - это многоступенчатый процесс, который имеет своей целью уменьшить и компенсировать ущерб для объекта при наступлении неблагоприятных событий.

Важнейшим критерием качества оказания медицинской помощи является инфекционная безопасность лечебно-диагностического процесса. Перечень инфекционных заболеваний, сопровождающих лечебно-диагностический процесс, находится в состоянии динамических изменений. В настоящее время широкое распространение получили такие инфекционные заболевания, как вирусные гепатиты с гемоконтактными механизмами передачи, ВИЧ инфекция, инфекционные заболевания, вызываемые полирезистентной госпитальной микрофлорой.

Стратегической задачей здравоохранения во всем мире является обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной больничной среды. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) являются важнейшей составляющей этой проблемы в силу глобального характера распространения, негативных последствий для здоровья пациентов и экономики государства.

Несмотря на то, что достоверные данные о заболеваемости ВБИ в РФ ограничены, серьезность и неотложность проблемы не вызывает сомнения. В настоящее время,

¹ К.м.н., заместитель директора ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Минздрава России»

когда в РФ идут интенсивные процессы модернизации здравоохранения, повышение уровня инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса является одновременно как задачей модернизации, так и эффективным методом обеспечения качества оказания медицинской помощи.

Многоаспектность проблемы, актуальность ее медицинских организаций любого типа и уровня требует разработки и внедрения стандартных, унифицированных мер антиинфекционной защиты медицинских технологий, разработки программ инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса.

Модернизация и инновационные процессы в здравоохранении, направленные на улучшение общественного здоровья населения на основе рационального распределения ресурсов, диктуют необходимость интеграции системы контроля за ВБИ в систему управления качеством в медицинской организации.

Осуществление мер по обеспечению инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса должно являться предметом постоянного контроля со стороны медицинских работников всех уровней при оказании медицинской помощи.

К факторам, способствующим росту значимости инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса, относятся:

- постоянно расширяющийся перечень агрессивных, технологически сложных диагностических и лечебных процедур;
- сокращение сроков госпитализации, экономия ресурсов, контроль расходов на антибактериальную терапию;
- внедрение медицинского страхования и систем аккредитации медицинских организаций предполагает контроль качества лечения и ухода за пациентами со стороны страховых компаний, осуществляющих аккредитацию.

В то время как основной задачей является снижение риска всех разновидностей инфекции, особое внимание в условиях медицинской организации должно быть обращено на профилактику трудноизлечимых инфекционных заболеваний, примерами таких инфекций является ВИЧ и вирусные гепатиты.

Проводимые мероприятия риск-менеджмента инфекционных осложнений являются важными в отношении:

- профилактики инфекций после проведения процедур и медицинских манипуляций, в том числе, для предотвращения инфицирования хирургических ран и профилактики воспалительных заболеваний у различных групп пациентов;
- профилактики ВБИ среди медицинского и не медицинского персонала медицинских организаций;
- предотвращения распространения инфекционных агентов, характеризующихся множественной лекарственной устойчивостью;
- снижения расходов на медицинское обслуживание (профилактика инфекций обходится дешевле, чем лечение инфекционных заболеваний).

Следует отметить, что эффективное функционирование системы инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса требует серьезных финансовых вложений для обеспечения качества проведения стерилизационных мероприятий в лечебной организации. Наряду с этим, получили международное признание меры профилактики инфекций, которые опираются на экономичные, практичные и простые приемы, которые в большинстве случаев не требуют значительных материальных затрат. Кроме того, даже при удовлетворительном состоянии соответствующих материально-технических ресурсов необходимо помнить о том, что основной предпосылкой успешного решения задач в области профилактики инфекций является эффективная работа медицинского персонала. Медицинская организация с ограниченными материально-техническими ресурсами, но с квалифицированным,

мотивированным персоналом значительно эффективнее справится с задачами по практическому внедрению и соблюдению мер инфекционной безопасности, чем организация, которая располагает самым современным и дорогим оборудованием, удовлетворительным материально-техническим обеспечением, но имеет при этом неподготовленный и немотивированный персонал.

Обеспечение инфекционной безопасности - это дело каждого медицинского работника. Таким же образом, как любой работник медицинской организации может подвергаться риску инфицирования, так и соблюдение мер профилактики ВБИ зависит от личного вклада каждого работника. Все работники ЛПУ могут и должны соблюдать правила профилактики ВБИ в процессе выполнения своих служебных обязанностей. Для максимальной эффективности мер профилактики ВБИ каждый работник медицинской организации учреждения обязан лично способствовать выполнению конкретных мероприятий в этой области.

Корнишова Л.П.¹, Потеряева Е.Л.²

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ СТАНДАРТИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

For nearly 20 years in Russia develops standards in health care, basic medical-diagnostic and totally undeservedly little attention is paid to the regulation of nursing. The authors present results of a poll conducted to identify the awareness and attitudes of specialists with secondary medical education to standardize their activities. Shown the first results after the implementation of standards in the work of paramedical items in an industrial plant.

Одним из важных направлений совершенствования здравоохранения является обеспечение общедоступности, качества и безопасности медицинской помощи. Возросшие ожидания и потребности пациентов заставляют искать новые пути управления качеством медицинской помощи. Управление качеством сестринской помощи на сегодняшний день без сомнения является очень важной и актуальной. В настоящее время чрезвычайно возросло значение доврачебной помощи в лечении неотложных состояний. Умение среднего медицинского персонала оценить тяжесть состояния пациента, выявить приоритетные проблемы необходимо для оказания эффективной доврачебной помощи, что может в большей степени повлиять на дальнейшее течение и прогноз заболевания.

Перспективы дальнейшего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи заключаются в следующем: разработка стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле, обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов, участие в развитии инноваций в сестринском деле и новых сестринских технологий.

В связи с началом подготовки стандартов деятельности медицинского персонала на предприятиях ЗАО АК «АЛРОСА», целью является оценка мнения сестринского персонала о стандартизации сестринской деятельности.

¹ начальник отделения среднего и младшего медицинского персонала, НГМУ, Медико-консультативный центр);

² д.м.н., профессор, проректор по лечебной работе НГМУ, зав. кафедрой профпатологии и восстановительной медицины ФПК и ППК

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе медико-санитарной части Мирнинского Горно-обогатительного Комбината ЗАО «АЛРОСА». В исследовании приняли участие 46 человек.

Проведено анкетирование сестринского персонала по вопросам стандартизации сестринской деятельности. Анкета содержала вопросы об источниках информации о стандартизации, о разработке и внедрении стандартов, а также препятствиях на пути их использования.

Среди респондентов в возрасте до 45 лет было 14 человек (30,4%), 46—55 лет - 25 человек (54%), 56 лет и более - 7 человек (15%). Средний стаж работы составил 11,2 года. Из них высшую квалификационную категорию имели 26 человек (57%), первую 13 (28%).

О стандартизации в здравоохранении знали 32 человека (70%), о принятых соответствующих нормативных документах - 28 (61%). О стандартизации в сестринском деле знали 30 человек (65 %), о принятых документах — 25 человек (54%).

Порядок участия в разработке, апробации и рецензировании стандартов заинтересовал только 17 (37%) из 46 человек. Введение их оценили положительно 22 человека (46%), затруднились с ответом 7 из числа опрошенных (13%), остальные высказались против регламентации их работы.

По результатам опроса стало очевидным, что основная часть опрошенных не имеет четкого представления о стандартах. Были выявлены приоритетные направления в работе медицинских работников среднего звена, по которым и были разработаны стандарты оказания медицинской помощи, на доврачебном этапе (в здравпунктах предприятия).

- Организация оказания неотложной доврачебной помощи на промышленном предприятии.
- Организация оказания доврачебной помощи при травмах на промышленном предприятии.
- Организация работы в физиотерапевтическом кабинете на здравпункте.
- Санитарно-эпидемический режим на здравпункте.

Исследования, по оценке результатов внедрения в работу здравпунктов разработанных стандартов оказания медицинской помощи на доврачебном этапе, свидетельствует об улучшении ее качества, сокращении времени на оказание неотложной помощи, повышении безопасности пациента, повышении эффективности работы.

Кравчук М.Е., Никитина М.И.¹

Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр, Сибирский государственный технологический университет, г. Красноярск

РАСЧЕТ НЕОБХОДИМОГО ЧИСЛА БРИГАД ДЛЯ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Обоснованное планирование ресурсов станции скорой медицинской помощи (СМП) является необходимым условием эффективной работы службы. Базовый ресурс станции СМП составляют выездные бригады. Их общее количество, а также распределение по профилям определяют значения таких важных показателей, как

¹ Кан.тех.наук, доцент кафедры информационных технологий

время задержки выезда и время доезда до пациента. Нормативное число бригад для станции и отделения скорой медицинской помощи составляет - 1 бригада на каждые 10000 населения. Однако норматив не учитывает колебаний интенсивности потока вызовов в течение суток, сезонности, распределение бригад по профилям, по подстанциям (для крупного города).

Более точный расчет общего количества бригад с учетом изменения интенсивности потока вызовов по времени, а также необходимого количества бригад каждого профиля можно выполнить по методике Б.Д. Комарова [1] с использованием формулы В.Ф. Тараскина:

$$H = \lambda * t_{\text{обс}} + K * \sqrt{\lambda * t_{\text{обс}} * n} + 0.5 * n, \text{ где} \quad (1)$$

H – рассчитываемое число бригад определенного профиля;

λ – интенсивность потока вызовов в час (количество вызовов);

$t_{\text{обс}}$ – среднее время обслуживания вызовов бригадами определенного профиля;

n – число подстанций в городе, на которых размещаются бригады;

K – поправочный коэффициент, величина которого определяется в зависимости от значения вероятности отказа в немедленном обслуживании части вызовов (P). Авторами методики рекомендуется $K=1,8$ для линейных и специализированных бригад при вероятности отказа в немедленном обслуживании 4% вызовов.

Методика предполагает наличие на каждой подстанции бригад всех профилей и не учитывает наличие единого оперативного отдела, распределяющего поступающий поток вызовов по подстанциям. Тем самым, методика, предположительно, завышает необходимое количество бригад по профилям, интенсивность вызовов для которых меньшая.

В работе предлагается адаптировать формулу В.Ф. Тараскина для использования в условиях работы службы СМП крупного города, включающей несколько подстанций и единый оперативный отдел.

Изменения представлены следующим:

- 1) Для крупного города, имеющего станцию скорой помощи с оперативным отделом, принять $n=1$ и рассчитывать количество бригад по профилям для каждой подстанции отдельно, в зависимости от потока вызовов, передаваемых на каждую подстанцию.
- 2) Часть формулы В.Ф. Тараскина « $0,5*n$ », учитывающую наличие нескольких подстанций, при выполнении расчетов опустить.

Таким образом, формула В.Ф. Тараскина (1) адаптированная для применения в крупном городе с несколькими подстанциями и единым оперативным отделом приобретает вид:

$$H = \sum_{i=1}^n (\lambda_i * t_{\text{обс}i} + K * \sqrt{\lambda_i * t_{\text{обс}i}}), \text{ где} \quad (2)$$

n - число подстанций в городе.

Предлагаемый авторами подход был реализован с использованием OLAP-системы на базе данных информационной системы МИС-03, в которой фиксируются все вызовы городской станции скорой помощи (ГССМП) г. Красноярска по технологии единого оперативного отдела. Часть полученных результатов представлена в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 – Результаты расчетов необходимого числа бригад по формулам (1) и (2) для каждой подстанции г. Красноярск

Подстанция	Профиль выехавшей бригады	Интенсивность вызовов в час	Время обслуживания вызова в часах	Доля отказов в немедленном обслуживании вызовов (%)	K*	Расчетное число бригад $N = \lambda \cdot t + K \cdot \sqrt{\lambda \cdot t}$ (K=K*)	Расчетное число бригад $N = \lambda \cdot t + K \cdot \sqrt{(\lambda \cdot t) \cdot n}$ (K=1,8)	Расчетное число бригад $N = \lambda \cdot t + K \cdot \sqrt{(\lambda \cdot t \cdot n) + 0.5 \cdot n}$ (K=1,8, n=1)
1	Детская Реанимация	0,13	0,84	3	1,89	0,72	0,69	1,19
	Педиатрический	0,48	0,80	19,08	0,88	0,93	1,49	1,99
	Кардиологический	0,27	0,76	0,26	2,8	1,46	1,01	1,51
	Линейный	1,42	0,77	7,57	1,43	2,60	2,98	3,48
	Неврологический	0,23	0,95	0,32	2,74	1,52	1,07	1,57
	Реанимационный	0,20	0,82	0,39	2,66	1,26	0,90	1,40
	Фельдшерский	1,86	0,83	0,13	3	5,28	3,79	4,29
...
6	Педиатрический	1,03	0,62	19,08	0,88	1,35	2,09	2,59
	Кардиологический	0,22	0,72	0,26	2,8	1,29	0,89	1,39
	Линейный	1,23	0,80	7,57	1,43	2,41	2,78	3,28
	Реанимационный	0,16	0,79	0,39	2,66	1,06	0,75	1,25
	Фельдшерский	2,39	0,83	0,13	3	6,20	4,51	5,01
Итого					95,39	85,17	103,72	

* - коэффициент K определяется, используя функцию стандартизованного нормального распределения и таблицу значений функции Лапласа, в зависимости от фактической доли отказов в немедленном обслуживании части вызовов

Таблица 2 – Фактическое число бригад на ГССМП г. Красноярск и расчетные значения по формуле В.Ф. Тараскина (1) и модифицированной формуле (2)

Профиль бригады	Фактическое число бригад (сумма по подстанциям)	Расчетное число бригад (графа 5 таблица 1) (сумма по подстанциям)	Расчетное число бригад (графа 7 таблица 1) (сумма по подстанциям)
Детская Реанимация	2	1,42	2,36
Педиатрический	16	10,43	18,54
Кардиологический	6	8,91	9,17
Линейный+Фельдшерский	59	60,96	58,03
Неврологический	2	2,88	3,02
Психиатрический	3	3,52	4,34
Реанимационный	6	7,27	8,21
Итого	94	95,39	103,72

В результате проведенных расчетов по модифицированной формуле (2) с использованием экспериментально полученного коэффициента K^* получили общее число бригад – 95, с ошибкой по отношению к фактическому числу (94 бригады) – 1%, ошибка расчета по исходной формуле (1) составляет 10%. Таким образом, подтверждаем предположение о завышении числа необходимых бригад при использовании формулы (1). Для определения необходимого числа бригад предлагается провести расчет с использованием формулы (2), взяв $K=1,8$ для всех профилей, либо варьируя это значение в зависимости от профиля бригады и потребности в немедленном обслуживании.

Кроме того, проведенные расчеты на базе данных вызовов ГССМП г. Красноярск показывают, что для выездных бригад педиатрического профиля доля отказов в немедленном обслуживании составляет более 19%, а для кардиологического, неврологического, реанимационного профиля и фельдшерских бригад не превышает 0,5%. Таким образом, можно рассматривать вопрос о перераспределении бригад по профилям.

Список использованных источников:

Комаров, Б.Д. Основы организации скорой медицинской помощи. /Б.Д.Комаров.- М.: Медицина, 1979. - 223с.

Куделя Л.М.¹, Королева О.В.², Соколова Н.Б.³

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»,
г. Новосибирск

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В РАЙОНАХ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

В статье представлены статистические данные о заболеваемости, летальности, уровне госпитализации и диспансеризации внебольничных пневмоний в районах Новосибирской области в сравнении со среднестатистическим показателями по РФ и СФО. Даны основные критерии диагностики пневмонии, в том числе и тяжелого течения. Подробно освещены вопросы антибактериальной терапии. Представлен анализ качества оказания медицинской помощи больным с внебольничной пневмонией в районах области.

Пневмония остается одним из наиболее распространенных заболеваний и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. По данным официальной медицинской статистики, в Российской Федерации показатели распространённости пневмонии составили в 2010 году 390,5 на 100 000 населения (в 2009 годом - 385,7 на 100 000 населения). Заболеваемость пневмонии в СФО выше, чем в среднем по РФ и составила в 2009 г. 4,31 на 1000 населения (в РФ 3,88 на 1000 населения). В Новосибирской области заболеваемость пневмонии составила 3,0 на 1000 населения, в районах области – 3,59 на 1000 населения. В России ежегодно пневмонией болеет около 1,5 млн человек, но регистрируется около 400 000 человек. В НСО в 2010 г. зарегистрировано 6547 больных пневмонией (в районах области - 3584 больных). Традиционно наибольшее число больных с пневмонией регистрируется в г. Бердск – 415 пациентов в 2010 г., наименьшее количество больных отмечено в Северном районе – 20 пациентов.

В последние годы в нашей стране отмечается устойчивая тенденция к увеличению смертности и летальности от пневмонии. Летальность при внебольничных пневмониях различается в зависимости от тяжести течения и составляет менее 1% у амбулаторных больных и возрастает до 54% у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Показатели летальности от пневмонии в стационарах ЦРБ Новосибирской области в 2010 г. колеблются от 0% (в Болотнинском, Здвинском, Каргатском, Кыштовский, Северном, Усть-Таркском, Чистоозерский районах и г. Обь) до 7,7% (Венгеровский район) и составили в среднем 2,4, что несколько выше, чем в 2009. Высокая летальность от пневмоний отмечена в Карасукском – 5,1%, Кочковском – 6,2%; Ордынском – 7,1%, Убинском – 6,6% и Черепановском – 6,5% районах. Не было летальных исходов в 8 районах (в 2009 г. 7 районах области).

Проблемы диагностики и рациональной терапии пневмоний не теряет своей актуальности многие годы. Это обусловлено их широкой распространенностью, ошибками в диагностике и терапии, высокими показателями летальности. Диагноз пневмонии нередко вызывает затруднение и у трети заболевших, устанавливается лишь в конце первой недели болезни, обычно по результатам рентгенологического исследования.

Особой формой пневмонии является тяжелая внебольничная пневмония, проявляющаяся выраженной дыхательной недостаточностью и/или признаками тяжелого сепсиса или септического шока, характеризующаяся плохим прогнозом и требующая проведение интенсивной терапии. Важное значение имеют лабораторные

¹ Д.м.н., профессор, руководитель областного пульмонологического центра ГБУЗ НСО «ГНОКБ»

² Врач пульмонолог областного пульмонологического центра ГБУЗ НСО «ГНОКБ»

³ Врач пульмонолог областного пульмонологического центра ГБУЗ НСО «ГНОКБ»

критерии - лейкопения ($< 4 \cdot 10^9/\text{л}$), гипоксемия: $\text{SatO}_2 < 90\%$ и $\text{PaO}_2 < 60$ мм.рт.ст.; анемия - гемоглобин < 100 г/л, гематокрит $< 30\%$ и признаки острой почечной недостаточности: анурия, креатинин крови $> 176,7$ мкмоль/л и азот мочевины – 7 ммоль/л.

Анализ качества диагностики пневмоний в районах области проводился на основании приказа МЗСР РФ N630 от 4 сентября 2006 г “Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с пневмонией”. Диагностический стандарт включает в себя: сбора анамнеза; физического обследования; рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях; по показаниям компьютерной томографии органов грудной клетки; общего анализа крови; СПГ с бронхолитиком; ЭКГ; по показаниям ФБС; биохимического анализа крови – мочевины, креатинин, электролиты, печеночные ферменты; цитологического исследования мокроты и промывных вод бронхов; микробиологической диагностики: микроскопия мазка, окрашенного по Грамму; посева мокроты и промывных вод бронхов для выделения возбудителя и оценки определения его чувствительности к антибиотика, исследования гемокультуры (забор двух проб венозной крови из разных вен с интервалом 30-60 минут); исследования газов артериальной крови (PaO_2 , PaCO_2 , SatO_2); при наличии плеврального выпота – плевральная пункция с исследованием плевральной жидкости (цитологическое, биохимическое и микробиологическое исследование).

Золотым рентгенологическим стандартом диагностики пневмоний является проведение рентгенографии органов дыхания в двух проекциях. В 2010 г. улучшилось качество проведения лучевой диагностики пневмонии в районах области. Рентгенография органов грудной клетки проведена у 99,5% больных, из них в 66,8% случаев в двух проекциях, что выше, чем в 2009 г., когда рентгенография в двух проекциях выполнялась только в 61% случаях. Общий анализ крови и биохимические исследования крови проводятся во всех районах и у всех больных. Микроскопическое исследование мокроты проведено у больных 90,4% больных, что также выше, чем в 2008 и 2009 г.г., остается низким процент проведения бактериологического исследования мокроты - у 38,2% больных. Исследование мокроты на ВК проводится в среднем у 89,9% больных.

Анализ качества лечения больных пневмониями показал, что в стационарах ЦРБ НСО стали придерживаться стандартам лечения. Согласно стандарта медицинской помощи при тяжелой внебольничной пневмонии применяется стартовая комбинированная терапия - цефалоспорины III поколения + макролиды, вводимые парентерально. Альтернативная терапия - цефалоспорины III поколения + респираторные фторхинолоны, вводимые парентерально. Адекватная терапия в 2010 г. назначена в 84,4% случаев, что несколько выше, чем в 2009 (82,4%). Хороший уровень лечения пневмоний в Болотнинском, Искитимском, Барабинском, Куйбышевском районах.

Таким образом, проблема внебольничной пневмонии остается актуальной, однако существуют возможности и ресурсы чтобы улучшить качество диагностики и лечения больных с пневмониями и снизить показатели летальности.

Курнявкин В.Н., Морозова И.Н., Никитина Т.В., Курнявкина Е.А.

ОАО санаторий «Краснозерский», Новосибирская область, р.п. Краснозерское

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОАО САНАТОРИЙ «КРАСНОЗЕРСКИЙ»

The article examines the effectiveness of sanatorium treatment of patients with comorbidity at JSC Sanatorium "Krasnozersky for 2008-2010. Stacey question of complex treatment and appropriateness of the methodological approach.

Важной медико-социальной задачей является изучение возможности сокращения сроков лечения больных с хронической приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата и внутренних органов, за счет использования эффективных санаторно-курортных реабилитационных мероприятий и широкого применения местных природных факторов, путем формирования комплексного подхода в назначении процедур, контроля их адекватности и критериев оценки эффективности лечения. Основной задачей является оздоровление человека путем стимуляции защитных функций организма и резервных возможностей.

Санаторий «Краснозерский» является одним из активно функционирующих в Новосибирской области и располагающий собственными исследованными и изученными природными лечебными факторами. Лечебный процесс построен на основе применения местных природных факторов: соленасыщенная слабосульфидная иловая грязь, желтая и голубая глины, высокоминерализованная рапа и бутилированных минеральных вод Санаторская и Новопокровская.

Анализируя работу лечебного отделения за 2008-2010г нами изучена эффективность реабилитации у 19895 пациентов. Значительная часть пациентов – 9897 человек (50%) – лица трудоспособного возраста, 6387 человек (37%) – дети до 15 лет, 2611 человек (13%) – пенсионеры и инвалиды по общему заболеванию. Наибольшая по численности группа пациентов 13165 человек (92%) имела ведущей патологию костно-мышечной системы и соединительной ткани. Основная часть пациентов (82%) имели сочетанную патологию внутренних органов. Так, 44% имели заболевания органов пищеварения, 24% заболевания сердечно-сосудистой системы, 19% заболевания органов дыхания. В структуре патологии детского возраста преобладает патология опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, сколиоз и др) и заболевания лор-органов.

В зависимости от возраста, характера и фазы заболевания пациенты получали соответствующие лечебные комплексы. Все больные наблюдались врачом восстановительной медицины, при необходимости консультировались хирургом, травматологом ортопедом, отоларингологом, физиотерапевтом, невропатологом и гинекологом. По показаниям проводились клинические, лабораторные исследования, УЗ диагностика, электрокардиография, электронейромиография, рентгенография. Пациенты получали реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление факторов неспецифической защиты организма, с целью удлинения сроков ремиссии имеющейся сочетанной хронической патологии. Грязелечение проводилось в виде грязевых аппликаций локальных и рефлекторных зон, грязевых припарок, гальвано-грязи. Процедуры назначались через день, при индивидуальной возможности интенсивного курса – два дня подряд с одним днем перерыва. В дни отдыха проводилось бальнеолечение: ванны рапные, грязеразводные, хвойные, ароматические, скипидарные, «тонус+» и др. Использовался подводный душ-массаж, пузырьковая и четырехкамерная ванны, циркулярный, восходящий души и душ Шарко. Процедуры общего действия отпускались через день, гидротатия не ранее 6 часов после ванны или пелоидотерапии. К основным вышеперечисленным процедурам

дополнялись один из видов электро или светолечения, иглорефлексотерапия, ингаляции с прополисом или минеральной водой, ароматерапия, влажные обертывания, ручной массаж или баночный, фиточай или минеральная вода, а также ЛФК или тренажерный зал, механотерапия.

В результате проведенного комплексного лечения выписано со значительным улучшением 8% пациентов, с улучшением – 91%, без перемен –1%. Анализ проведенного лечения показал, что наблюдалось достоверное улучшение самочувствия больных практически по всем оцениваемым системам. Улучшение проявлялось не только в уменьшении симптомов локального (местного) характера, отражающих активность воспалительного процесса, но и существенным улучшением общего состояния пациентов: уменьшилась слабость, улучшился сон, возросла физическая активность, уменьшились головные боли, а также отмечалось снижение показателей выраженности объективной клинической симптоматики.

Таким образом, комплексное лечение с использованием всех курортных факторов в ОАО Санаторий «Краснозерский» способствует полноценной реабилитации больных разных возрастных групп, а методический подход специалистов в организации лечебно-диагностического процесса у пациентов с сочетанной патологией, позволяет добиваться высоких результатов эффективности лечения и создает предпосылки для большего спроса на рынке санаторно-курортных услуг региона.

Лаптев В.Я.¹, Волченко С.Н.², А.В. Панарин³

ГОУ ВПО НГМУ «Росздрава», г. Новосибирск

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Now the service of radial diagnostics, according to the literature, gives to 80 % of the information on a condition of the pathological center, in a consequence of that, is an integral part of clinical researches.

For the accounting period with 2008 for 2010, in service of radial diagnostics, there were some structural changes. In the city of Novosibirsk and Novosibirsk Region take root and actively new hi-tech methods of radial diagnostics develop, transition to digital technologies of reception and the analysis of diagnostic images is carried out, communications of sectionings of departments of radial diagnostics, remote consultations and consultations of patients develop. The all-Russian programs screening inspections the population referred on preventive maintenance and early revealing of diseases, first of all, of the oncologic operate.

В настоящее время служба лучевой диагностики, по данным литературы, предоставляет до 80% информации о состоянии патологического очага, в следствии чего, является неотъемлемой частью клинических исследований.

В Новосибирской области функционирует более 100 ЛПУ, в которых установлены рентгенодиагностические и ультразвуковые аппараты для проведения как скрининговой диагностики по выявлению начальных стадий заболеваний, так и для выполнения специальных исследований по уточнению диагноза. По оснащенности Новосибирская область лидирует на фоне регионов СФО.

¹ Главный специалист по лучевой диагностике МЗ РФ мэрии г.Новосибирска и НСО, заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития, д.м.н., профессор

² Ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития, к.м.н.,

³ Старший лаборант кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития.

Таблица 1. Оснащенность оборудованием по СФО

	Rg- апп.	УЗИ апп.	РК Том.	МР томографы	маммографы
Республика Алтай	71	40	1	0	9
Республика Бурятия	241	159	4	3	30
Республика Тыва	112	62	1	1	3
Республика Хакасия	144	75	2	0	12
Алтайский край	622	381	14	2	26
Забайкальский край	356	230	7	1	15
Красноярский край	597	370	10	3	30
Иркутская область	655	433	15	7	61
Кемеровская область	606	359	9	5	33
Новосибирская область	674	382	14	6	36
Омская область	524	380	10	5	22
Томская область	253	223	4	2	19
Всего	4855	3094	91	35	296

За отчетный период с 2008 по 2010 гг., в службе лучевой диагностики, произошли некоторые структурные изменения, как в районах НСО, так и в ЛПУ города Новосибирска, которые коснулись преимущественно первичного звена. В городе Новосибирске и НСО внедряются и активно развиваются новые высокотехнологичные методы лучевой диагностики, осуществляется переход на цифровые технологии получения и анализа диагностических изображений, развиваются коммуникации подразделений отделов лучевой диагностики, дистанционных консилиумов и консультаций пациентов. Действуют общероссийские программы скрининговых обследований населения, направленные на профилактику и раннее выявление заболеваний, прежде всего, онкологических.

Таблица 2. Структура службы лучевой диагностики в период 2008-2010 гг.

	Число учреждений, имеющих перечисленные отделения и кабинеты							
	2008		2009		2010			
	Новоси- бирск	НСО	Новоси- бирск	НСО	всего ЛПУ		в них отделений (кабинетов)	
Новоси- бирск					НСО	Новоси- бирск	НСО	
радиологическое	1	2	1	3	1	3	1	3
рентгенологическое	47	101	49	101	49	100	56	129
компьютерной томографии	2	7	3	9	3	9	3	9
флюорографическое	27	67	30	66	30	69	33	80
ультразвуковой диагностики	46	91	47	91	47	93	56	104
радиоизотопной диагностики	1	2	1	2	1	2	1	2
маммографические	13	25	12	22	12	35	12	35
передвижные флюорографические установки		9		9				8

Соответственно действующим в системе здравоохранения Российской Федерации национальным проектам и государственным программам в период 2008-2010 гг. продолжалось переоснащение и расширение службы лучевой диагностики города Новосибирска и Новосибирской области. В городе и области открыты новые рентгенодиагностические и флюорографические кабинеты, отделения компьютерной томографии. Активно развиваются профилактические маммографические обследования, при этом сделан акцент на оснащение необходимой диагностической аппаратурой, прежде всего, ЦРБ. В течение 2008-2010 гг. в Новосибирской области в 1,4 раза увеличилось количество действующих маммографических кабинетов: на конец 2010 года дополнительно открыто более 12 указанных кабинетов.

В ЛПУ города Новосибирска и Новосибирской области произведено дополнительное оснащение или замена устаревшего оборудования новым современным рентгенодиагностическим, ультразвуковым и томографическим оборудованием.

Таблица 3. Характеристика парка рентгенодиагностического оборудования за период 2008-2010 гг.

	2008		2009		2010	
	Новосибирск	НСО	Новосибирск	НСО	Новосибирск	НСО
стационарные рентгенодиагностические комплексы	81	221	85	207	84	209
ангиографические комплексы	2	8	3	9	2	9
маммографы	13	35	13	36	12	39
дентальные аппараты	50 (9– радиовизио- графы)	117 (14– радиовизио- графы)	57 (10– радиовизио- графы)	117 (15– радиовизио- графы)	53 (13– радиовизио- графы)	108
палатные аппараты	57	147	55	154	56	143
цифровые аппараты для исследований органов грудной клетки	27	83	30	81	27	79
плёночные флюорографы	7	30	7	26	9	25
рентгеновские компьютерные томографы	4	11	4	14	3	12
Проявочные машины	59	102	64	109	69	126
ВСЕГО рентгеновских аппаратов	242	655	255	647	247	627
Со сроком эксплуатации свыше 10 лет	98 (40,5%)	297 (45,3%)	112 (43,9%)	269 (41,6%)	95 (38,5%)	234 (37,3%)

Имеется тенденция уменьшения количества оборудования на 4,3%, что связано с закрытием кабинетов, где нагрузка составляла менее 1500 исследований в год. Однако количество аппаратов со сроком эксплуатации свыше 10 лет сократилось на 8%, и составляет 37,3%.

Таблица 4. Характеристика парка МР-томографического и ультразвукового оборудования за период 2008-2010 гг.

	2008		2009		2010	
	Новосибирск	НСО	Новосибирск	НСО	Новосибирск	НСО
МР-томографы	1	6	1	6	1	5
УЗ-аппараты	160	378	156	382	158	339

Таким образом, в ЛПУ Новосибирской области сосредоточен значительный парк оборудования для диагностического процесса и представлен всеми методами лучевой диагностики. В период 2008-2010 гг. произведено увеличение поставок маммографов в районы Новосибирской области, что соответствует требованиям приоритетных национальных проектов. В 2010 году по программе «Онкология» поступила 31 единица рентгениагностического оборудования. Проводилась замена устаревшего морально и физически аналогового оборудования новым цифровым (флюорографы, дентальные аппараты) Количество рентгеновских аппаратов со сроком эксплуатации свыше 10 лет по г. Новосибирску и НСО составляет в структуре действующих аппаратов около 40% от общего количества (включая дентальные и палатные). Обновление парка рентгениагностического оборудования в течение 2008-2010 гг. позволило максимально снизить данный показатель на 5,4% по г. Новосибирску и на 8% по области. На конец 2010 г. рентгениагностические аппараты со сроком эксплуатации свыше 10 лет по г. Новосибирску и НСО составили в структуре действующих аппаратов соответственно 38,5% и 37,3% от общего количества. Однако, необходимо отметить, что стационарные рентгениагностические комплексы (на долю которых приходится большая часть исследований) имеют более 90 % морального и физического износа во всех ЛПУ НСО. Фактически полностью выработали свой срок пленочные флюорографы и ангиографические установки, до 2/3 от общего количества изношено дентальных и палатных аппаратов. Выходят из строя рентгеновские компьютерные томографы, что снижает возможности и объемы соответствующих диагностических исследований по г. Новосибирску и Новосибирской области. В целом, за указанный период произведено преимущественное оснащение рентгениагностической аппаратурой первичного звена оказания медицинской помощи, при этом служба лучевой диагностики стационарного звена системы здравоохранения г. Новосибирска и области оснащена оборудованием недостаточно.

Таблица 5. Кадровое обеспечение службы лучевой диагностики (по НСО) по состоянию на 2010 г.

	Число должностей в целом по ЛПУ		В том числе в ПЛК (амбулатории)		Число физических лиц основных работников на занятых должностях	
	штатных	занятых	штатных	занятых	В целом по ЛПУ	В том числе в ПЛК (амбулатории)
Врачи-радиологи	37	34			23	
Врачи УЗ-диагностики	370,75	360	206	203	180	100
Врачи-рентгенологи	492	479,5	254,75	249,75	294	145
Рг-лаборанты	796,25	785,75	422	417,75	530	269

В системе ЛПУ областного здравоохранения работает 294 врачей рентгенологов и 180 врачей ультразвуковой диагностики. Штатным расписанием предусмотрено 492 ставки врачей рентгенологов для ЛПУ Новосибирской области, заняты 479,5-, в том числе 249,75 – поликлинических. Укомплектованность врачей-рентгенологов составляет 59,7%. Штатным расписанием предусмотрено 370,75 ставок врачей ультразвуковой диагностики для ЛПУ, заняты - 360, в том числе 203 – поликлинических. Укомплектованность врачебными кадрами составляет 48,5%. Укомплектованность рентгенлаборантами составляет 66,5%.

Таблица 6. Кадровое обеспечение службы лучевой диагностики (по г. Новосибирску) по состоянию на 2010 г.

	Число должностей в целом по ЛПУ		В том числе в ПЛК (амбулатории)		Число физических лиц основных работников на занятых должностях	
	штатных	занято	штатных	занятых	В целом по ЛПУ	В том числе в ПЛК (амбулатории)
Врачи-радиологи	22.25	22.25			12	
Врачи УЗ-диагностики	221.5	221	129	128.5	115	70
Врачи-рентгенологи	229.75	228.75	124	123.5	130	69
Рг-лаборанты	413.75	410.75	242	239	230	130

Штатным расписанием предусмотрено 229,75 ставки врачей рентгенологов для ЛПУ г.Новосибирска, заняты – 228,75, в том числе 123,50 – поликлинических. При этом укомплектованность врачебными кадрами составляет 56,58%. В системе ЛПУ городского здравоохранения работает 137 врачей рентгенологов, из них с высшей категорией – 57, с первой категорией – 11. Штатным расписанием предусмотрено 221,50 ставок врачей ультразвуковой диагностики для ЛПУ, заняты - 221, в том числе 128,50 – поликлинических. Укомплектованность врачебными кадрами составляет - 51,9%. В системе ЛПУ городского здравоохранения работает 124 врача ультразвуковой диагностики, из них с высшей категорией - 31, с первой категорией - 16. Укомплектованность рентгенлаборантами составляет 55,5%.

В 2010 году в г. Новосибирске проведено 1 015 728 рентгенологических исследований. Удельный вес специальных методик составляет 2,8%. Флюорографических исследований проведено 750 945. Ультразвуковых исследований – 920 596. За указанный период в Новосибирской области проведено 1 799 965 ультразвуковых исследований, 1 458 740 скрининговых исследований органов грудной клетки. 1 800 119 рентгенологических исследований, удельный вес специальных методик – 6,1%..

Таблица 7. Рентгенодиагностические исследования

	2008 г		2009 г		2010 г	
	Новосибирск	НСО	Новосибирск	НСО	Новосибирск	НСО
Всего исследований	973306	1801424	1026233	1807056	1015728	1800119
Спец. методик	28605	122547	33782	126284	28755	109843
Амбулаторных исследований	744217	1239944	771704	1261996	777462	1233904
Стационарных исследований	229089	561480	254529	545060	238266	566215

По области за период 2008-2010 гг. отмечается относительно стабильный объем рентгенологических исследований с некоторой тенденцией к снижению по сравнению с 2009 годом. Также отмечается снижение удельного веса специальных методик: по сравнению с 2008 годом на 0,7%, с 2009 – на 0,9%, что также объяснимо устареванием парка оборудования.

В 2010 году в стационарных условиях в г. Новосибирске выполнено 238266 , по Новосибирской области 1800119 рентгенологических исследований, что составило

соответственно 23,5% и 31,5% от общего количества исследований по городу и области.

На амбулаторно-поликлиническом этапе в г. Новосибирске выполнено 777462, по Новосибирской области 1233904 рентгенологических исследований, что составило соответственно 76,5% и 68,5% от общего количества исследований по городу и области.

Обращает на себя внимание преобладание количества обследований выполняемых на амбулаторном этапе над стационарным, что свидетельствует о недостаточной загруженности оборудования в стационарах и его моральным и физическим старением.

Средняя нагрузка на рентгеновский аппарат по г. Новосибирску составляет – 4112,3 исследований, по Новосибирской области – 3871. По РФ эта цифра составляет – 5926 исследований в год.

В 2010 году в стационарных условиях в г. Новосибирске выполнено 256146, по Новосибирской области 550682 ультразвуковых исследований, что составило соответственно 27,8% и 30,6% от общего количества исследований по городу и области.

На амбулаторно-поликлиническом этапе в г. Новосибирске выполнено 664450, по Новосибирской области 1249283 ультразвуковых исследований, что составило соответственно 72,2% и 69,4% от общего количества исследований по городу и области.

Средняя нагрузка на ультразвуковой аппарат по г. Новосибирску составляет – 5826,6 исследований, по Новосибирской области – 5309,6. По РФ средняя нагрузка составила – 4306 исследований.

Таблица 8. УЗ-исследования

	2008 г		2009 г		2010 г	
	Новосибирск	НСО	Новосибирск	НСО	Новосибирск	НСО
Всего исследований	713166	1491491	831490	1658374	920596	1799965
Амбулаторных исследований	482458	977738	595590	1134944	664450	1249283
Стационарных исследований	230708	513753	235900	523430	256146	550682

Распределение нагрузки на врачебную ставку.
(количество рентгенологических исследований)

Средняя нагрузка на врачебную ставку по городу Новосибирску составляет – 4421,1 исследования в год и 16,7 – исследования в день, по Новосибирской области – 3658,8 исследования в год и 13,8 – исследования в день

Распределение нагрузки на врачебную ставку.
(количество ультразвуковых исследований)

Средняя нагрузка на врачебную ставку по городу Новосибирску составляет – 4156,2 исследования в год и 15,7 – исследования в день, по Новосибирской области – 4854,9 исследования в год и 18,3 – исследования в день.

Таким образом, можно выделить следующие направления развития службы лучевой диагностики в Новосибирской области:

Имеющееся оборудование для лучевой диагностики в НСО представлено всеми методами, необходимыми для верификации диагноза. Первичное звено (амбулаторно-поликлиническая служба), в настоящий момент, ультразвуковым и рентгенодиагностическим оборудованием оснащено в достаточной мере. Следует разработать перспективный план о переводе аналогового рентгеновского оборудования на цифровой тип получения и хранения изображения – посредством приобретения дигитайзеров. В настоящий момент рентгеновское оборудование стационаров оставляет желать лучшего.

Имеется низкая укомплектованность службы кадрами, которая обусловлена высокой нагрузкой и низкой оплатой труда. В связи с планируемым увеличением диагностического оборудования необходимо запланировать обучение врачей на новом оборудовании, подготовку новых специалистов, в том числе и среднего звена.

По количественным и качественным показателям в разрезе диагностических исследований НСО в целом соответствует общероссийским показателям. Количество рентгенологических исследований выше в Красноярском крае и Кемеровской области, однако соотношение исследований стационар/поликлиника, наиболее оптимально в НСО и Алтайском крае. Сохраняется тенденция к снижению количества рентгенологических исследований и повышение УЗ-исследований, что соответствует правильной организации диагностического процесса.

Особую озабоченность вызывает наличие ФЛГ оборудования, различных производителей, в результате чего отсутствует возможность обмена данными между районами города и области. В настоящее время в г. Новосибирске идёт интенсивная работа над созданием базы данных, что в последствии можно будет применить и в районах НСО.

В целом, в последние годы происходит стремительное развитие лучевой диагностики на территории г Новосибирска и НСО, специальность приобретает ведущую роль в медицинской науке, её статус постоянно возрастает в глазах российской и мировой общественности. Повышается статус врача-радиолога в ряду врачей других диагностических специальностей.

Лобанова О.С.¹, Кокоулин А.Г.²

Муниципальное автономное образовательное учреждение дополнительного образования детей города Новосибирска Санаторно-оздоровительный лагерь круглогодичного действия «Березка», г. Новосибирск, Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский Государственный медицинский университет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ», г. Новосибирск

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Аннотация: В статье анализируется эффективность применения методов мануальной терапии в физической реабилитации детей страдающих бронхиальной астмой. Методы мануальной коррекции были направлены на оптимизацию дыхательного стереотипа, что позволило улучшить качество жизни, увеличить толерантность к физическим нагрузкам и увеличить основные показатели функции внешнего дыхания.

Annotation: The article examines the effectiveness of the methods of manual therapy in physical rehabilitation of children suffering from bronchial asthma. Methods of manual correction was aimed at

1 Врач-педиатр

2 Кандидат медицинских наук, доцент

optimizing the respiratory stereotype, resulting in improved quality of life, increase exercise tolerance and increase the basic lung function.

Бронхиальная астма относится к одному из самых распространенных заболеваний у детей. Этим заболеванием в настоящее время страдает от 5% до 10% детей и с каждым годом этот показатель увеличивается. В последнее время все чаще в комплексной терапии бронхиальной астмы для уменьшения бронхообструктивного синдрома, улучшения состояния сердечнососудистой системы, повышения толерантности к физическим нагрузкам, используются средства и формы физической реабилитации. Однако, попрежнему актуален поиск новых немедикаментозных средств и форм физической реабилитации детей страдающих бронхиальной астмой.

Целью исследования явилась разработка и применение программ восстановительного лечения для детей с бронхиальной астмой, используя средства и формы физической реабилитации с применением методов мануальной терапии (МТ).

В исследование были включены 20 детей (7 девочек и 13 мальчиков) в возрасте от 10 до 15 лет ($12,5 \pm 4,3$ года), страдающих бронхиальной астмой, в межприступном периоде со средней продолжительностью заболевания ($5,2 \pm 3,1$ года). Методы диагностики включили пульсометрию, пикфлоуметрию, спирографию, мануальное мышечное и суставное тестирование грудного отдела позвоночника, исследование подвижности ребер. Как метод экспресс исследования сердечнососудистой системы проводилась пульсометрия на занятиях лечебной гимнастикой. Исследование пиковой скорости выдоха (ПСВ) с помощью пикфлоуметрии также проводилась у больных 2 раза в день, до и после лечения. Спирометрия выполнялась 3 раза - до курса реабилитации, в середине и после прохождения реабилитационного курса. Спирометрия позволяла определить жизненную емкость легких (ЖЕЛ) - это тот максимальный объем воздуха, который можно выдохнуть после максимального вдоха. Жизненная емкость легких, являясь возрастным показателем, позволяла определить функцию внешнего дыхания.

Пациенты были распределены на 2 группы по 10 человек, сопоставимые по полу возрасту и клиническим проявлениям. В группе сравнения применялись: спелеотерапия, кислородный коктейль и ЛФК. В основной группе к методам физической реабилитации был добавлен комплекс мануальной терапии, целью проведения которого была оптимизация дыхательного стереотипа. Комплекс мануальных методов воздействия включал в себя – постизометрическую релаксацию (ПИР) вспомогательной дыхательной мускулатуры (лестничных и межреберных мышц, грудино-ключично-сосцевидной мышцы и передней зубчатой мышцы) и ПИР диафрагмы (купола, реберной и позвоночной частей); мобилизацию ребер; обучение диафрагмальному дыханию.

Установлено, что у всех обследованных детей с бронхиальной астмой, до начала процесса реабилитации, после физических нагрузок появлялась одышка и учащалась частота сердечных сокращений.

До проведения лечебных комплексов у 5 пациентов (25%) показатели спирографии, а именно функция внешнего дыхания (показатели ЖЕЛ) были в пределах нормы (для мальчиков эти показатели составили от 2 л., до 2,2 литров, а для девочек от 1,7 до 2,0 литров), у 10 (50%) детей наблюдалось умеренное нарушение функции внешнего дыхания (ФВД) (менее 2 л., у мальчиков и менее 1,7 у девочек), у 5 (25%) значительное нарушение (менее 1,4 л. у мальчиков и менее 1,2л. у девочек). С помощью пикфлоуметрии определялась пиковая скорость выдоха (ПСВ), норма которого для данной возрастной группы составила (от 270 до 350 литров в минуту). Данное исследование показало, что у 4 детей (20%) показания пиковой скорости

выдоха составило более 80%, что соответствует норме, у 10 детей (50%) менее 80% (умеренное нарушение) и у 6 (30%) менее 60% (значительные нарушения).

Мышечное и суставное мануальное тестирование выявляло напряжение мышц участвующих в акте дыхания. Комплекс мануальной терапии проводился ежедневно. Методы мануальной коррекции были направлены на оптимизацию дыхательного стереотипа и включали в себя - при выявлении укорочения вспомогательной дыхательной мускулатуры (лестничных мышц, грудино-ключично-сосцевидной мышцы, межреберных мышц, передней зубчатой мышцы) проводились ПИР и пострещипрокная релаксация (ППР). При ограничении подвижности ребер проводилась их мобилизация. Обязательным условием было обучение диафрагмальному дыханию. Проводилась постизометрическая релаксация диафрагмы (купола, реберной и позвоночной части).

После проведенного лечения по данным пульсометрии, проводимой до и после физической нагрузки, в группе сравнения у 100% (10) детей увеличивалась частота сердечных сокращений более чем на 30%, у 70% появлялась одышка.

В основной же группе толерантность к физическим нагрузкам увеличилась. Так у 5 (25%) детей частота сердечных сокращений (ЧСС) осталась в пределах нормы (от 80–84 ударов в минуту), а у остальных 5 детей увеличилась лишь на 10%. Также, у детей в основной группе отмечалось улучшение общего самочувствия, уменьшение отдышки после физической нагрузки, уменьшение кашля по утрам, который присутствовал у 3 пациентов.

По данным спирометрии: после прохождения реабилитации в основной группе у 7 (70%) пациентов показатель функции внешнего дыхания (ЖЕЛ), остались в пределах нормы, у 3 (30%) отмечалось умеренное нарушение ФВД. Тогда как в группе сравнения у 3 пациентов (30%) ФВД были в пределах нормы, 4 пациентов (40%) умеренное нарушение ФВД, у остальных 3 пациентов было значительное нарушение ФВД. Проведение пикфлоуметрии показало, что правильно подобранные методы физической реабилитации с использованием методов мануальной терапии привели к улучшению ПСВ, так в основной группе у 8 детей (80%) ПСВ составила более 90% от должного (норма), у 2 (20%) уровень ПСВ был более 80% от должного (умеренное нарушение). Также в основной группе дети отмечали субъективное улучшение самочувствия.

В результате проведенных наблюдений разработанная реабилитационная программа с использованием методов мануальной терапии показала, что правильно подобранные методы физической реабилитации, у детей, страдающих бронхиальной астмой, позволяют улучшить качество жизни, увеличить толерантность к физическим нагрузкам и увеличить основные показатели ФВД.

Также необходимо отметить, что положительный эффект от физической реабилитации наступал не сразу, а через некоторое время, и подчас требовал повторного курса, для осуществления чего необходимы усилия как самого пациента так и его родителей.

Логачева Г.С.¹, Старовойтова С.П.²

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

СИНДРОМ ДИСПАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПРАКТИКЕ СПОРТИВНОГО ВРАЧА

Аннотация: Диагностика фенотипических проявлений ДСТ с последующим тщательным клиническим обследованием спортсменов помогает сделать правильный выбор вида спорта, построить рациональный тренировочный режим и позволяет прогнозировать состояние здоровья спортсмена.

Annotation: Diagnostika phenotypic signs connective tissue dysplasia with following careful clinic inspection sportsmen helps to make correct selection sign of sport, to build rational trainal regime, to avert complication in sport trainings.

Врач спортивной медицины должен обладать широким кругом знаний диагностики, лечения заболеваний, оценивать степень риска развития патологии, прогнозировать состояние здоровья спортсмена как у начинающих, так и у мастеров. Пристального внимания при допуске к занятиям спортом заслуживает своевременная диагностика и правильная тактика у лиц с синдромом дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Синдром Марфана относится к дифференцированной форме ДСТ. Лица с данным синдромом могут чаще встретиться среди занимающихся баскетболом, волейболом, прыжками в высоту. Активное выявление лиц с фенотипическими признаками данного заболевания с последующим тщательным обследованием и генетическим консультированием является мерой профилактики внезапной смерти среди спортсменов. По данным областного врачебно-физкультурного диспансера г. Новосибирска синдром Марфана у находящихся под наблюдением спортсменов не диагностировался. Известно, что при данной патологии занятия спортом противопоказаны.

Недифференцированные формы ДСТ не являются абсолютным противопоказанием к занятиям спортом. В ряде видов спорта являются предпочтительными особенности физического развития: высокорослость, удлиненные конечности, астеническое телосложение, гипермобильность суставов. Спортивный врач, учитывая фенотипические особенности, назначает дальнейшее необходимое функциональное обследование, прежде всего сердечно-сосудистой системы. Он совместно с тренером осуществляет дифференцированный подбор тренировочных нагрузок. Наши исследования (1995) свидетельствовали о более низких показателях физической работоспособности высокорослых по сравнению со среднерослыми. Аналогичные показатели получены и у спортсменов А. В. Михайловой (2010). Спортсмены, имеющие три и более признака ДСТ, с длиной тела выше среднего в обязательном порядке должны направляться на эхокардиографическое исследование. Оценка функционального состояния клапанов (прежде всего митрального), диаметра аорты в динамике необходимы при допуске к занятиям спортом. Пропалс митрального клапана может явиться причиной внезапной смерти, развития эндокардита, нарушений ритма сердца, тромбозов сосудов мозга. При выявлении дополнительных хорд необходимо проводить электрокардиографическое наблюдение с применением нагрузочных проб. Аномальные хорды могут стать причиной тяжелых нарушений ритма. Алгоритм наблюдения за спортсменами с ДСТ в настоящее время внедряется в практику работы спортивных врачей. Для обязательного функционального

¹ К.м.н., доцент кафедры восстановительной медицины НГМУ

² Клинический ординатор кафедры восстановительной медицины НГМУ

обследования врачебно-физкультурные диспансеры нуждаются в современном медицинском оборудовании и специальной подготовке специалистов.

Одним из проявлений ДСТ является синдром гипермобильности суставов. Часто дети с умеренно выраженным синдромом гипермобильности суставов отбираются в спортивную и художественную гимнастику, акробатику. Однако, этим детям необходимо рекомендовать виды спорта, обеспечивающие гармоничное развитие мышечной системы и исключающие повышенные требования к подвижности позвоночника (плавание, лыжи).

Вопрос экспертизы спортивных занятий при синдроме ДСТ должен решаться индивидуально в каждом случае с учетом результатов необходимых функциональных исследований, прогнозирования состояния здоровья спортсмена.

Лялюхина А.А.

Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ УЧАСТИЯ В ДОНОРСТВЕ

Formation of a constant contingent of donors is the important factor of development of service of blood. Reception of the forecast of participation of donors of blood in a donor service is very important for an object in view. We have developed a way of forecasting of participation in a donor service for donors on the basis of statistical processing of questionnaires of 427 donors of blood of 18-24 years. We have calculated factors of the forecast and have constructed the forecast table. Each answer in the questionnaire has received the value of factor defined under the table. The sum of all values represented a total estimation at achievement of thresholds of the forecast. The correct conclusion has been received in 74,2 % of cases, false results are received in 6,6 % of cases. Sensitivity of the table has made 91,9 %, specificity - 91,7 %.

В последние годы отмечается постоянный рост потребностей в компонентах и препаратах крови, в результате чего наблюдается острый дефицит донорских кадров. В связи с этим возникает необходимость в создании наиболее эффективной системы мер, направленных на увеличение популяции доноров. Одним из основных моментов для внедрения целенаправленных организационных и медико – социальных мероприятий является получение достоверного прогноза участия в кроводачах доноров разных социальных групп. Для достижения поставленной задачи нами был разработан способ прогнозирования участия в донорстве среди доноров молодого возраста. Статистическая обработка данных 427 доноров 18-24 лет с целью выявления наиболее значимых и достоверных факторов и отбора перечня вопросов для анкеты была проведена с использованием программ EXCEL и STATISTICA for Windows (Release 6.0).

Для расчета прогностических коэффициентов выявленных факторов и построения прогностической таблицы был применен статистический анализ А. Вальда в модификации А.А. Генкина и Е.В. Гублера. При расчете прогностических коэффициентов для каждого фактора как для наличия признака (1), так и для его отсутствия (2) использовалась формула, предложенная Е.В. Гублером, которая была адаптирована нами применительно к донорскому контингенту:

$$(1) \text{PrK} = 10 \lg (P1/P2)$$

$$(2) \text{PrK} = 10 \lg ((1-P1)/(1-P2)),$$

где P1 – отношение числа доноров, ответивших положительно, при наличии данного признака к общему числу доноров, ответивших положительно, а P2 –

отношение числа доноров, ответивших отрицательно, при наличии данного признака к общему числу доноров, ответивших отрицательно.

Значения прогностических коэффициентов указаны с учетом направленности влияния: знак «плюс» означает, что данная градация фактора оказывает положительное влияние на планирование участия в донорстве, знак «минус» свидетельствует о противоположном воздействии.

Информативность каждого фактора определялась по сумме информативности его градаций, которые рассчитывались с помощью информационной меры Кульбака по формуле:

$$KI = \text{PrK} * 0,5 * (P1 - P2).$$

При анализе литературы было выявлено применение прогностических коэффициентов и таблиц с целью диагностики и прогнозирования в различных отраслях медицины. Однако данные методики не использовались для прогнозирования участия в донорстве при исследовании донорского контингента.

Обеспечение предложенного способа включает два бланка:

- прогностическая таблица (см. табл.)

- анкета, содержащая перечень вопросов, отобранных с использованием логистической регрессии.

Осуществление заявленного нами способа происходит следующим образом. Каждому ответу присваивается соответствующее значение прогностического коэффициента, определенное по прогностической таблице соответственно каждой градации фактора с последующим суммированием всех значений. Полученная таким образом сумма представляет собой индивидуальную итоговую оценку при достижении прогностических порогов («+3,9» и выше или «-3,9» и ниже). Далее выносятся заключение: сумма прогностических коэффициентов, определенных по таблице, равная или менее «-3,9» дает основание дать отрицательный прогноз участия в донорстве, сумма прогностических признаков «+3,9» и выше позволяет дать положительный прогноз участия в донорстве. Если в процессе анализа ни один из прогностических порогов не был достигнут, значит, имеющейся информации оказалось недостаточно для принятия решения.

Анализ прогностической таблицы показал, что в 74,2% случаев получено правильное заключение, подтвержденное данными дополнительного опроса, ложные результаты получены в 6,6% случаев, неопределенный результат – в 19,2% случаев. Таким образом, чувствительность прогностической таблицы составила 91,9% (доверительный интервал ДИ = 90,8 – 92,2%), специфичность – 91,7% (ДИ = 61,3 – 99,6%).

Приведенные данные свидетельствуют, прежде всего, о том, что предлагаемый способ отличается простотой исполнения, экономичностью и безопасностью для обследуемых лиц, а также позволяет получить достоверную информацию о планировании участия доноров молодого возраста в донорстве для разработки системы мероприятий, направленных на сохранение постоянства донорских кадров.

Показатели	Прогностический коэффициент (PrK)		Показатель информативности (КИ)
	при наличии признака	при отсутствии признака	
Частота кроводач не более 1 раза в год	- 5,4	+ 4,8	0,99
Альтруистический мотив к сдаче крови	+ 3,5	- 2,6	4,07
Участие в пропаганде донорства	+ 7	- 6	2,68

Магареф Вагди Ахмед Саед, Камаев И.А.

ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», г. Нижний Новгород

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Oral hygiene in children remains lower than appropriate. The most common dental disease in children is dental caries. This pathology is caused by opportunistic microorganisms such as streptococcus and lactobacillus. Actions for prevention caries include family education, dietary advice, plaque control, fissure sealants, orthodontic treatment, use of topical fluorides. In children with poor oral hygiene, low socio-economic status and chronic diseases which lead to oral dysbiosis, strict oral hygiene is required.

У детей гигиена полости рта особенно важна, поскольку от нее зависит правильное развитие зубочелюстной системы и предотвращение многих хронических заболеваний зубов и десен во взрослом периоде. В настоящее время существуют выработанные рекомендации по поддержанию гигиены полости рта у детей разного возраста, от периода новорожденности до старшего возраста. Тем не менее, исследования в России показывают, что уровень индивидуальной профилактики заболеваний полости рта у детей довольно низок. Анкетирование детей 6-7 лет и их родителей показало, что около 15% детей чистят зубы нерегулярно, 1,5% детей не чистят зубы совсем (Гажва Ю.В. и соавт., 2010).

Основным фактором развития кариеса является неправильное питание, то есть потребление чрезмерного количества простых углеводов. Бактерии, преимущественно стрептококки, превращают простые сахар в органические кислоты, которые вызывают деминерализацию зубов. В норме количество микрофлоры у ребенка составляет от 4 млн. до 5 млрд. в 1 мл слюны, она представлена в основном стрептококками и лактобактериями. Показано, что чем выше содержание стрептококков и лактобактерий в слюне, тем выше интенсивность кариеса у ребенка. Изучая слюну пациентов, можно установить уровень активности кариеса, обусловленного диетой, по количеству лактобактерий, которое не должно превышать 105 в 1 мл слюны (Царев В.Н., 2004). Колесова О.В. (2010) изучала динамику содержания лактобактерий в слюне дошкольников, было показано, что при высоком уровне лактобактерий и неудовлетворительной гигиене полости эффективным методом является обработка молочных зубов фторсодержащими препаратами длительностью не менее года.

Стоматологический контроль должен начинаться сразу после рождения ребенка и даже у их матерей на этапе беременности. Дети, особенно со значительными факторами риска развития кариеса (например, низкий уровень гигиены полости рта, высокое потребление сахара, дефекты эмали, преждевременные роды, низкий социально-экономический статус), должны нанести первый визит к стоматологу не позднее возраста 12 месяцев. Применение фтора (местно и системно) и раннее консультирование родителей по поддержанию гигиены полости рта помогают уменьшить заболеваемость кариеса у лиц молодого возраста почти на 50% (Douglass JM. et al., 2004). Рандомизированные клинические исследования доказали эффективность регулярного использования жевательной резинки без сахара (с ксилитом или сорбитолом) для предотвращения кариеса. Жевательную резинку рекомендуется использовать не более 3 раз детям раннего возраста и кормящим матерям, для предотвращения передачи болезнетворных стрептококков от матери к ребенку (Burt VA. et al., 2006).

В этом ракурсе особую группу детей составляют дети с хроническими заболеваниями, наличие которые влияет на общий иммунитет, и как следствие – на состояние биоценоза полости рта. Например, показано, что у детей с сахарным диабетом 1 типа имеются существенные сдвиги состава микрофлоры полости рта, а

именно, дисбиоз с преобладанием условно-патогенных микроорганизмов. Уровень изменений зависит от степени компенсации и давности заболевания, наиболее значительные изменения микробиоценоза полости рта наблюдаются у детей с СД 1 типа в стадии декомпенсации с продолжительностью заболевания более 3 лет (Склярова О.И. и соавт., 2010). Подобное негативное влияние на состояние полости рта оказывает наличие таких хронических заболеваний, как врожденные пороки сердца, заболевания крови, эпилепсия, муковисцидоз, ювенильный идиопатический артрит, воспалительные заболевания кишечника, почечная недостаточность. У таких детей важно особенно тщательно следить за гигиеной полости рта, вовремя удалять зубной налет, использовать фторсодержащие зубные пасты 2 раза в день, ограничить потребление сладкого, использовать жевательную резинку без сахара после каждого приема пищи, по возможности, принимать препараты в лекарственной форме, не содержащей сахара (Foster H., 2005). Известно, что, например, у детей с онкологическими заболеваниями, у которых состояние полости рта страдает при проведении химиотерапии, соблюдение общих рекомендаций по гигиене и своевременное лечение стоматологических заболеваний позволяет значительно улучшить состояние полости рта (Cabrerizo-Merino Mdel C et al., 2005).

Меры по поддержанию гигиены полости рта включают в себя несколько мероприятий. Как минимум дважды в день удалять микробный налет со всех поверхностей всех зубов с помощью зубной щетки и нитей (флосса), использовать фторсодержащие пасты. Школьники и взрослые должны использовать пасты, содержащие не менее 1000 мг фтора на кг веса, дважды в день в количестве, соответствующем длине щетки. У детей младше 4 лет родители должны использовать только детские пасты (с содержанием фтора 500 мг/кг) в малом количестве (вначале — с ноготок мизинца ребенка, с двух до четырех лет — с горошину). Предотвращать раннюю колонизацию зубов ребенка кариесогенной микрофлорой. Для этого необходимо снизить численность кариесогенной микрофлоры матери и исключить слюнные контакты с ребенком. Следует свести к минимуму потребление углеводов, у детей грудного возраста избегать ночного вскармливания, днем ограничивать продолжительность и частоту кормления, своевременно переходить от грудного вскармливания и рожков к использованию кружки и ложки. Особенно строго эти меры необходимо соблюдать у детей с наличием факторов риска развития кариеса и хронических заболеваний.

Литература:

1. Гажва Ю.В., Гажва С.И., Зызов И.М. Анализ качества индивидуальной гигиены полости рта у детей Нижнего Новгорода. В Сб.: Проблемы стоматологии и их решение. Материалы юбилейной конференции Под общ.ред. И.Г.Ямашева. Чебоксары 2010.
2. Колесова О.В. Влияние фторидсодержащих препаратов на содержание лактобактерий в жидкости полости рта у дошкольников. Стоматология, 2010;2: 12-14.
3. Склярова О.И., Гажва С.И., Меньшикова Ю.В. Влияние сахарного диабета 1 типа на состояние микробиоценоза полости рта у детей. В Сб.: Проблемы стоматологии и их решение. Материалы юбилейной конференции Под общ.ред. И.Г.Ямашева. Чебоксары 2010.
4. Царев В.Н., Ушаков Р.В., Комарницкий Б.В. Микробиоценоз полости рта. Стоматология 2004;2:39—41.
5. Burt BA. The use of sorbitol- and xylitol-sweetened chewing gum in caries control. J Am Dent Assoc. 2006 Feb;137(2):190-6.

6. Cabrerizo-Merino Mdel C, Oñate-Sánchez RE. Some odontostomatological aspects in childhood oncology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005 Jan-Feb;10(1):44-7; 41-4.
7. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. A practical guide to infant oral health. *Am Fam Physician*. 2004 Dec 1;70(11):2113-20.
8. Foster H, Fitzgerald J. Dental disease in children with chronic illness. *Arch Dis Child* 2005;90:703–708.

Магареф Вагди Ахмед Саед, Камаев И.А.

ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», г. Нижний Новгород

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

This article contains review of features in the organization of dental care for children in Russia and other countries. Actual questions about dental disease prophylactic are considered – primary care development, ways to improve accessibility dental care to wide population, fluoride using.

Стоматологическое здоровье населения почти на 90% зависит от качества его жизни, в том числе от успешности профилактических мероприятий (Леус П. А., 2000). Стоматологическая заболеваемость у детей высока и продолжает расти. Среди заболеваний у детей лидирующее место принадлежит кариесу. В основном это связано с неправильным питанием – чрезмерным потреблением сахара. Даже в США у детей кариес находится на первом месте среди хронических заболеваний (Walker A 2000). Другим важным фактором является низкая материальная обеспеченности населения и как следствие – низкая его активность в отношении сохранения здоровья.

Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи. В настоящее время в России и многих других странах большинство населения получает лечение на уровне амбулаторно-поликлинической помощи, которая пока что оказывается несостоятельной в обеспечении эффективной профилактики основных заболеваний (Сунцов В.Г., 2001; Гаджиев Р.С., 2004). Еще в 80-х годах прошлого века, когда хозяйственная система социализма пришла в упадок, выяснилось, что государственное здравоохранение имеет ряд существенных системных дефектов, среди которых отмечался, в первую очередь, низкий уровень профилактики заболеваний и оказания первичной медицинской помощи. Сейчас в структуре обращений к участковым педиатрам обращения с профилактической целью занимают около 19,4%. Это значительно лучше показатель, чем у взрослых (0,2%). Тем не менее, такая низкая обращаемость населения в медицинскую службу не соответствует принципу профилактической медицины, и пока не может оказывать существенного влияния на снижение заболеваемости (Артюхов И. П., 2010).

В 2009 году в России появился указ Президента РФ от 12.05.2009 N 537 "О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года". Одним из направлений данной стратегии стала профилактика заболеваний путем улучшения первичной медицинской помощи. Практически это реализуется путем создания в стране сети Центров здоровья, которые по существу предназначены для выполнения задач первичного медицинского звена. Центр должен формироваться из врачей терапевтов и педиатров общей практики и социальных работников управления социальной защиты населения. (Квасов С. Е., Эделева А. Н., 2010). Другим путем усиления профилактического направления в работе стоматологической службы может быть формирование гигиенических подразделений, разрабатывающих и реализующих санитарно-просветительскую работу в полном объеме, а также обеспечивающих

активный сбор оперативной медицинской информации о прикрепленном населении. (Элланский Ю. Г., 2010)

Доступность помощи широким слоям населения. Результаты любых профилактических мероприятий будут действительными, если смогут охватывать все слои населения. Большинство экспертов сходятся во мнении, что наиболее рационально осуществлять программы профилактики стоматологических заболеваний у детей в школе. Учащиеся могут обследоваться на протяжении всего периода пребывания в школе, то есть около 10 лет. Школы могут предоставить организационную поддержку для профилактических программ. Ранняя профилактика может способствовать снижению развития аномалий зубочелюстной системы, которая впоследствии потребует дорогостоящего лечения. Наконец, педагогическая работа в школе и санитарное просвещение могут способствовать повышению общей культуры гигиены полости рта, то есть снижению факторов риска развития кариеса (Гизоева Е.А., 2010).

Фторирование. Применение фтора остается одним из наиболее эффективных методов вторичной профилактики стоматологических заболеваний у детей и взрослых. Так, в регионах России, в которых имеется дефицит фтора (например, Дальний Восток), практически во всех возрастных группах детей отмечаются низкие значения индекса гигиены, рост распространенности кариеса до 90% и более (Галеса С. А., 2003). Имеются результаты Всероссийской школьной профилактической стоматологической программы (Леонтьев В.К., 2006). Программа включала в себя повышение уровня санитарного просвещения, расширение профилактической стоматологической помощи и систематического использования фторидсодержащей зубной пасты и охватывала городское и сельское население. В нем участвовали 1100 детей 9-10-летнего возраста. В группе с контролируемой гигиеной полости рта были достигнуты следующие результаты: улучшение состояния гигиены полости рта в 5 раз; редукция прироста распространенности кариеса зубов (по отношению к контрольной группе) на 57%; редукция прироста интенсивности кариеса зубов (по отношению к контрольной группе) на 52%; улучшение состояния тканей пародонта по различным показателям (по сравнению с контрольной группой) — в 2-10 раз.

Таким образом, учитывая масштабы проблемы, совершенствование профилактики у детей представляется эффективным подходом для снижения стоматологической заболеваемости, а значит, экономических затрат на здравоохранение (Аширов Р.З., 2004).

Литература:

1. Артюхов И. П., Капитонов В. Ф., Новиков О. М., Галичев Г. А. Пути совершенствования первичной медико-социальной помощи городским семьям // Общественное здоровье: Правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения Российской Федерации: Материалы II международной научно-практической конференции. — Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2010 — 728 с.
2. Аширов Р.З., Голубенко А.А., Козин Н.Д. Экономика и организация здравоохранения: Учеб. пособие / Р.З. Аширов Саранск – 2004.
3. Галеса С. А., Дьяченко В. Г. Особенности распространения кариеса у детей различных климатогеографических зон Хабаровского края// Дальневосточный медицинский журнал. 2003. № 4. С.16-19.
4. Гизоева Е. А. Современные стратегии и подходы к профилактике заболеваний органов полости рта и зубов у детей. // Общественное здоровье: Правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения

- Российской Федерации: Материалы II международной научно-практической конференции. — Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2010 — 728 с.
5. Квасов С. Е., Эделева А. Н. Приоритетные направления модернизации муниципального здравоохранения. // Общественное здоровье: Правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения Российской Федерации: Материалы II международной научно-практической конференции. — Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2010 — 728 с.
 6. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. - М.: 2006. - 416 с.; Лентьев В.К. Доклад на VIII съезде стоматологов.
 7. Леус, П. А. Коммунальная стоматология: Производственная практика. изд. для стоматологов и зубных врачей/П. А. Леус. Брест: ООО «Брестская типография», 2000. 284 с.
 8. Элланский Ю. Г., Худонов И. Ю., Хлынин С. В. Проблемы стандартизации стоматологической помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения. // Общественное здоровье: Правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения Российской Федерации: Материалы II международной научно-практической конференции. — Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2010 — 728 с.
 9. Walker A, Gregory J, Bradnock G, et al. National Diet and Nutrition Survey: young people 4 to 18 years. Volume 2: Report of the Oral Health Survey. London: TSO, 2000.

Макогон А.С.¹, Колядо В.Б.², Репин А.Л.³

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, г. Новокузнецк

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Аннотация: Для оценки состояния амбулаторно-поликлинической офтальмологической помощи в Алтайском крае было проведено медико-социальное исследование. Проведенные исследования позволили сделать вывод о том, что большинство пациентов частично или полностью не удовлетворены качеством оказываемой им офтальмологической помощи в поликлиниках Алтайского края. Многие отмечают снижение уровня качества в условиях экономического кризиса и отмечают его как самый важный фактор при оценке своей удовлетворенности от получаемой медицинской помощи.

Annotation: To assess the state of outpatient eye care in the Altai Territory was held social health research. The investigations led to the conclusion that the majority of patients partially or completely satisfied with the quality of eye care provided in outpatient clinics of the Altai Territory. Many say reducing the quality of the economic crisis and mark it as the most important factor when assessing their satisfaction with received care.

Медико-социальные исследования, широко применяемые специалистами различных направлений с целью получения дополнительной научной информации о тех или иных

¹ Канд. мед. наук, научный сотрудник лаборатории проблем охраны здоровья сельского населения НИИ КПГПЗ СО РАМН

² Доктор мед. наук, профессор, руководитель лаборатории проблем охраны здоровья сельского населения НИИ КПГПЗ СО РАМН

³ Канд. мед. наук, научный сотрудник лаборатории цветодиагностики и цветолечения НИИ КПГПЗ СО РАМН

процессах в здравоохранении, в настоящее время приобретают все большее значение. Для оценки эффективности деятельности системы здравоохранения в целом, либо отдельных ее подсистем, необходимо владеть информацией объективного и субъективного характера.

В социологических исследованиях последних лет, все чаще изучаются вопросы охраны здоровья населения с позиций субъективной оценки больного, изучаются нужды и запросы людей в медицине. Эти исследования актуальны, так как в удовлетворенности одной из основных потребностей людей в здравоохранении – обеспечения психического и физического здоровья, субъективная оценка играет немаловажную роль.

Проведение медико-социальных исследований удовлетворенности медицинской помощью является важным инструментом получения научных знаний для разработки методики оценки качества офтальмологической помощи населению.

При оценке эффективности медицинской помощи особо актуальным становится учет факторов, влияющих на нее. Среди этих факторов можно выделить два ведущих: исходное состояние пациентов и качество лечебно-профилактического процесса. Если первому фактору в последние годы уделяется достаточно много внимания, то влияние второго фактора остается неизученным (И.С. Кицул, 1998; В.О. Щепин, 1997).

Цель работы – оценить состояние амбулаторно-поликлинической офтальмологической помощи в Алтайском крае.

Материал и методы:

Для оценки состояния амбулаторно-поликлинической офтальмологической помощи было проведено медико-социальное исследование. Исследование проводили методом одномоментного сплошного наблюдения путем анонимного анкетирования. Для проведения исследования нами были разработаны и созданы анкеты. Опрос пациентов проводился в ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница». Всего проанализировано 135 анкет. Результаты исследования были проанализированы и оформлены в виде сводной таблицы.

Результаты и обсуждение:

По данным анкетирования среди факторов, определяющих уровень удовлетворенности пациентов офтальмологической помощью, на 1-ом ранговом месте находится качество оказываемых медицинских услуг. Такой фактор как научно-технический уровень оказываемой офтальмологической помощи находился на 2-ом ранговом месте. Доброжелательное отношение медицинских работников – на 3-м ранговом месте. Материально-техническое состояние медицинских учреждений – на 4-м ранговом месте.

Кроме того, одной из задач проведенного медико-социального исследования, являлось определение оценки удовлетворенности существующей амбулаторно-поликлинической офтальмологической помощи в сравнении с офтальмологической помощью, оказываемой в ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница». Данные исследования представлены в таблице.

Таблица

Удовлетворенность качеством офтальмологической помощи (%)

Показатель	В поликлинике		В краевой офтальмологической больнице	
	%	± m	%	± m
Удовлетворены полностью	11	1,1	70	1,1
Удовлетворены частично	42	1,1	25	1,3
Не удовлетворены	39	1,3	2	0,1
Затруднились ответить	8	1,5	3	0,1

При обработке информации выявлены четкие тенденции предпочтения пациентами лечения и наблюдения в ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница». Во-первых, регулярность посещения кабинетов амбулаторно-поликлинической сети в 83% случаев составила одно посещение в 2,3 года, в то время как в ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница» - в 91,3% два раза в год. Во-вторых, четко выражен сугубо диагностический характер работы амбулаторно-поликлинической сети по сравнению с лечебно-диагностическим в ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница». Практически можно сказать, что в поликлиниках пациенты только наблюдаются, а не лечатся. В-третьих, - невозможность в целом получения адекватного лечения в поликлиниках всеми нуждающимися в лечении.

По всем пунктам анкеты респонденты в 97,8% предпочли оставаться пациентами ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница».

Выводы:

Проведенные исследования позволили сделать вывод о том, что большинство пациентов частично или полностью не удовлетворены качеством оказываемой им офтальмологической помощи в поликлиниках Алтайского края. Многие отмечают снижение уровня качества в условиях экономического кризиса и отмечают его как самый важный фактор при оценке своей удовлетворенности от получаемой медицинской помощи.

Анализ показал, что качество и организация амбулаторно-поликлинической офтальмологической помощи населению Алтайского края требуют существенного улучшения.

Следует отметить, что полученные данные не претендовали на исчерпывающий анализ этого вопроса, однако явились важной информацией, необходимой для учета мнения населения при изучении состояния амбулаторно-поликлинической офтальмологической помощи в Алтайском крае.

Литература:

1. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения.- Киев.-1994.
2. Зыятдинов К.Ш. Направления реформирования первичной медико-санитарной помощи населению // Здравоохранение. - 1997. - № 6. - С. 7-10.
3. Игнатов Н.Г. Отношение населения к медицинской информации // Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - № 4. - С. 38-41.
4. Камаев И.А. Иксанов М.Ш. и др. Контроль качества медицинской помощи в условиях ЦРБ // Проблемы социальной гигиены и история медицины.-1997. - № 3. - С. 20.
5. Щепин О.П., Филатов В.Б., Нечаев В.С. Проблемы реформирования здравоохранения Российской Федерации // Проблемы соц.гигиены и история медицины - 1998. - № 2. - С. 3-5.

Максимова Н.Н., Жилина Н.М.¹, Чеченин Г.И.²

Кустовой медицинский информационно аналитический центр, г. Новокузнецк

ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БАЗЫ ДАННЫХ «ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ» г. НОВОКУЗНЕЦКА ЗА ПЕРИОД 2004-2010 гг.

Аннотация: Диспансеризация – комплекс научно обоснованных мер, направленных на следующие цели: предупреждение заболеваний; раннее выявление болезней, недопущение их обострения; предупреждение преждевременной смерти путем динамического контроля над состоянием здоровья; формирование здорового образа жизни; проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий, а также мероприятий по улучшению условий труда и быта. Диспансеризация населения является одним из путей предупреждения хронизации болезней и снижения потерь общества по медико-биологическим аспектам. В данной работе представлены результаты динамического анализа базы данных (БД) КМИАЦ г. Новокузнецка «Диспансеризация взрослого населения» (хронические больные). Выявлены основные классы заболеваний в общей структуре диспансеризуемых, а также в частности среди мужчин и женщин трудоспособного и пенсионного возраста, ведущие к постановке на диспансерный учет; а также темпы роста численности хронических диспансерных больных.

Annotation: Clinical examination - a set of science-based measures for the following purposes: disease prevention, early disease detection, prevention of deterioration, prevention of premature death by dynamic control of health, promotion of healthy lifestyles, conducting therapeutic and preventive measures, as well as activities improve working and living conditions. Clinical examination of the population is one of the ways to prevent chronic diseases and reduce the loss of society on biomedical aspects. This paper presents the results of dynamic analysis of database (DB) SMIAС Novokuznetsk «Clinical examination of the adult population» (chronically ill). The basic classes of disease in the general structure dispanserizuemyh, and in particular among men and women of working age and retirement age, leading to a statement on the dispensary registration, as well as growth in the number of chronic dispensary patients.

Под «количеством диспансерных больных» будем понимать количество пациентов, у которых группа учета равна со II-V.

За период с 2004-2010 гг. в среднем зафиксировано 71421 ± 10272 человек, состоящих под диспансерным наблюдением, из них в среднем 61238 ± 9237 человек с хроническими заболеваниями. Уровень диспансеризуемого населения в г. Новокузнецке увеличивается (с 63656 чел. до 84199 чел., на 32.3%), но вместе с тем и увеличивается количество диспансерных больных (пациентов с хроническими заболеваниями). В 2010 году зафиксировано максимальное количество диспансерных больных (72878) за весь рассматриваемый период, что на 18473 человек (33.9%) больше, чем в 2005 году.

Самыми распространенными группами учета среди населения города Новокузнецка, установленными при диспансеризации, являются II и III группы.

Большинство пациентов (в среднем $75.2 \pm 2.2\%$), состоящих на диспансерном учете за период с 2004-2010 гг., имеют III группу учета, то есть больные с компенсированным течением болезни, без нарушения функций органов и с сохранением в подавляющем большинстве случаев.

Вторую группу учета имеют в среднем за рассматриваемый период $18.8 \pm 1.6\%$ пациентов, состоящих на диспансерном учете.

Тяжелые больные в стадии клинической декомпенсации составляют $1.5 \pm 0.2\%$ от общего числа диспансеризуемых за рассматриваемый год.

При этом к первой группе (здоровые люди) относится меньше 1% диспансеризуемых (в среднем $0.3 \pm 0.2\%$).

1 Доктор технических наук, доцент по специальности 05.13.10

2 Доктор медицинских наук, профессор

Большинство людей, состоящих на диспансерном учете, за период с 2004-2010 гг., являются работниками «Кузнецкого металлургического комбината» (КМК) и «Западно-Сибирского металлургического комбината» (ЗапСиб) (в среднем $6.0 \pm 2.0\%$ от общего числа диспансеризуемых и $5.7 \pm 2.6\%$ соответственно). $1.5 \pm 0.5\%$ среди диспансеризуемых являются работники АО «НКАЗ», $1.1 \pm 0.4\%$ - работники АО «Кузнецкие Ферросплавы». У $46.3 \pm 2.4\%$ людей, состоящих на диспансерном учете, не указано место работы. Если посмотреть по социальному положению, то таковыми являются пенсионеры, студенты ВУЗов, учащиеся ПТУ и техникумов, а также домохозяйки и неработающие с полисом. В период с 2008-2010 гг. значительно сокращается количество диспансеризуемого населения, работающего на КМК и ЗСМК (на 4% и 2.4% соответственно). Скорее всего, это связано с экономическим кризисом в России и последующим массовым сокращением.

Количество женщин состоящих на диспансерном учете в 2 раза больше (в среднем $68.7 \pm 1.1\%$), чем мужчин (в среднем $31.3 \pm 1.1\%$). Для проверки значимости данного различия в пакете SPSS 13.0 был посчитан критерий Пирсона χ^2 с поправкой Йейтса для двух групп ($p \leq 0.001$).

Структура распределений заболеваний (по блокам МКБ), выявленных при диспансеризации, следующая:

1. Первое ранговое место, по распространенности, занимают болезни системы кровообращения (в среднем $31.3 \pm 7.9\%$ от общего числа заболеваний);

2. На втором месте идут болезни эндокринной системы ($14.9 \pm 0.6\%$); болезни органов пищеварения ($11.7 \pm 2.2\%$); болезни мочеполовой системы ($10.5 \pm 3.4\%$);

3. На третьем месте - болезни органов дыхания ($8.2 \pm 0.3\%$); новообразования ($7.7 \pm 2.5\%$); болезни глаза ($4.0 \pm 0.5\%$); болезни костно-мышечной системы ($3.7 \pm 0.1\%$).

По классу новообразования 99% составляют доброкачественные новообразования, выявленные в результате диспансеризации. А 1% составляют злокачественные заболевания (что является вполне естественным, так как диспансеризация позволяет выявлять заболевания еще на ранних стадиях).

В среднем за период с 2007-2010 гг. относительный показатель диспансеризации населения трудоспособного возраста составляет 102.2 ± 3.3 , а пенсионного возраста – 345.0 ± 56.1 . Таким образом, можно сказать, что относительный показатель диспансеризации лиц пенсионного возраста в среднем 3.4 раза превышает относительный показатель диспансеризации людей в трудоспособном возрасте. При этом за весь исследуемый период (2007-2010 гг.) наблюдается неуклонный рост данного показателя в обеих возрастных группах. Темп прироста в трудоспособном возрасте показателя диспансеризации в 2010 году составляет 6.7% по сравнению с 2007 годом. Темп прироста среди людей пенсионного возраста составляет к 2010 году 39.6% .

Начиная с 2008 года процентный уровень граждан пенсионного возраста, состоящих на диспансерном учете, возрастает (на 5%), а лиц трудоспособного возраста наоборот снижается.

Среди женщин, состоящих на диспансерном наблюдении, основная доля приходится на пенсионный возраст (в среднем $56.8 \pm 5.9\%$ в общей структуре диспансеризуемых женщин), среди мужчин же наблюдается противоположная ситуация – в среднем $59.1 \pm 1.1\%$ диспансеризуемых мужчин является трудоспособного возраста. При этом к 2010 году доля женщин пенсионного возраста, находящихся под наблюдением, возрастает на 11.8% , а доля мужчин трудоспособного возраста в общей структуре диспансеризованных мужчин сокращается в период с 2009-2010 гг. на 2.3% .

Таким образом, в результате проведенного исследования был выявлен рост числа диспансерных больных с хроническими заболеваниями за последние годы, снижение

доли диспансерных больных трудоспособного возраста и увеличение доли лиц пенсионного возраста. Также следует отметить, что большее число диспансерных больных имеют II и III группы учета; женщин, состоящих на диспансерном учете в 2 раза больше, чем мужчин ($p \leq 0.001$), при этом у женщин в трудоспособном возрасте первое место в структуре заболеваний занимают болезни мочеполовой системы, у мужчин трудоспособного и пенсионного возраста, а также женщин пенсионного возраста на первом месте – болезни системы кровообращения. Поэтому следует уделять особое внимание при первичном обращении пациента к врачу на половозрастные признаки и классы заболеваний, входящих в зону риска, для предотвращения хронизации данного заболевания.

Малинин А.Н.¹

*Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Санкт-Петербург*

О САМООЦЕНКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖИТЕЛЕЙ РАЙОННОГО ЦЕНТРА И ОЦЕНКЕ ИМИ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В статье приведены результаты социологического опроса жителей районного центра, включающие самооценку уровня их «стоматологического здоровья» и оценку качества стоматологической помощи в районной поликлинике.

The article presents the results of a poll of people living in the district center, including the level of their self-esteem "dental health" and assess the quality of dental care.

Распространенность стоматологической патологии среди населения достаточно высока (частота кариеса, заболеваний слизистой и пародонта среди отдельных групп населения превышает 90%). Причем, в динамике она не снижается. Это связано как с недостаточной санитарной грамотностью и медицинской активностью пациентов, так и с проблемами в оказании стоматологической медицинской помощи (ее доступностью и качеством). Особенно актуально это для сельской местности.

Для изучения указанных аспектов нами был проведен социологический опрос пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, в одном из районов Владимирской области.

Проведенный опрос показал, что, оценивая свой стоматологический статус, отличным его считали 21,5% опрошенных; хорошим – 26,6%; плохим – 21,5%; удовлетворительным – 49,4%. Средняя оценка была на уровне удовлетворительной ($3,1 \pm 0,1$). Более пессимистичными в своих самооценках были мужчины (доля «плохих» оценок среди них составила 42,1%, в то время как среди женщин – 15,0%).

Как и следовало ожидать, с увеличением возраста самооценка здоровья ухудшается. Например, если в возрасте 20-29 лет 4,6% респондентов считали свое стоматологическое здоровье отличным, а 59,1% - хорошим, то в возрасте 50-59 лет такие оценки отсутствовали, а средний балл самооценки снижается с 3,6 (в возрастной группе 20-29 лет) до 2,8-2,9 – в возрасте старше 40 лет.

Наиболее низкой была указанная самооценка среди пенсионеров и неработающих. Средний балл среди них соответственно составил 2,82 и 2,75. Мало отличался средний балл (3,1-3,2) среди рабочих, служащих, работающих в коммерческих организациях и был более высок (3,57) среди студентов.

¹ Заочный аспирант кафедры терапевтической стоматологии

Изучение частоты различных жалоб, касающихся состояния полости рта, показало следующее. Почти половина (47,0%) респондентов жаловалась на отсутствие зубов; более трети (38,6%) – на наличие налета; почти треть (30,5%) – на кровоточивость десен; каждый 6-7-й – на наличие запаха изо рта (15,7%) и болей (12,2%); у 14,5% были прочие жалобы. На адентию и наличие налета чаще жаловались женщины; на боли, кровоточивость десен, запах изо рта и шатание зубов – мужчины.

Респондентам предлагалось оценить качество стоматологической помощи – как в районной поликлинике, так и в коммерческих медицинских организациях. В первом случае 19,1% респондентов считали качество плохим; 50,8% - удовлетворительным; 15,9% - хорошим; 14,3% - отличным. Средний балл составил 3,25. Существенно более высокими были оценки качества помощи в коммерческих стоматологических организациях: средний балл оценки составил 4,66.

Респондентам предлагалось также указать существующие, на их взгляд, проблемы в организации стоматологической помощи. На наличие таковых указала треть (32,9%) опрошенных. Из них 21,5% отмечали низкую квалификацию, непрофессионализм специалистов; 8,9% - наличие очередей, трудность получения талонов; 2,5% - незаинтересованность врачей в качестве работы.

На основании проведенного исследования был сформулирован ряд предложений, направленных на повышение уровня стоматологического здоровья населения и качества оказания стоматологической помощи населению. В их числе: совершенствование нормативно-правовой базы, в т.ч. в части, регулирующей нагрузку врачей-стоматологов и потребность населения в различных видах стоматологических услуг; формирование механизмов заинтересованности врачей в результатах своего труда; дальнейшее развитие профилактического направления в стоматологии (в т.ч. повышение уровня медицинской грамотности населения) и ряд других.

Мирзаева Д.Б., Саидмурадова Ж.Ж., Некова М.Р., Мардонова З.О.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМЕПРАЗОЛА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Timely knocking over of leading symptom gastroezofageal reflux illness - heartburn, promoted essential suppression of basic signs bronchial asthma.

Бронхиальная астма (БА) представляет в настоящее время одну из серьезных проблем для здоровья, значительно снижая качество жизни больных во всех странах мира. Нельзя при этом не принимать во внимание то, что БА патогенетически часто связана с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). По данным литературы, ГЭРБ обнаруживается у 20-40% населения, причем у людей с БА эти цифры достигают 80%. Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) является наиболее характерным симптомом ГЭРБ и рассматривается как один из триггеров приступов БА. Целью нашего исследования явилась изучить терапевтическую эффективность ингибиторов протонной помпы - омепразола (ЛОСЕК МАПС) у больных БА, ассоциированной с ГЭРБ. Материалы и методы исследования. Обследования 47 пациентов БА ассоциированной ГЭРБ -21 мужчин и 26 женщин в возрасте от 29 лет до 61 года. Диагноз БА и ГЭРБ верифицировался с помощью современных методов исследования, включая рентгенологические, эндоскопические, иммунологические и др. У всех больных БА ассоциированной ГЭРБ эндоскопически идентифицировались 1-2 стадии

рефлюкс-эзофагита согласно классификации Савари-Миллера. Обследованные больные были разбиты на 2 репрезентативные группы: по возрасту, средней продолжительности астматического анамнеза, полу и др. В первую группу вошли 23 больных БА ассоциированной ГЭРБ, получавшие как антиастматическое, так и представителем ингибиторов протонной помпы (ИПП) - омепразола в обычной суточной дозе. Второй - контрольной группе больных ограничивались применением только лишь противоастматических процедур. Результаты исследования. Как следует из полученных данных, клинические эффекты проведенного лечения обследованных групп больных БА, ассоциированной ГЭРБ оказались отличительными между собой. При этом, более предпочтительными оказались результаты лечения больных БА ассоциированной ГЭРБ, получавшие наряду с противоастматическими средствами также препаратов ИПП. Своевременное купирование ведущего симптома ГЭРБ - изжогу, способствовало существенному подавлению основных признаков БА. При этом наглядно уменьшилась частота проявлений ночных приступов удушья со значительным сокращением продолжительности их течения. Наряду с последним значительно возрастали показатели качества жизни больных БА ассоциированной ГЭРБ. По выраженности таковых сдвигов в клиническом статусе больных БА ассоциированной ГЭРБ, которым не применялись препараты ИПП, уловить не удалось.

Москвина Е.Б.¹, Дюбанова Г.А.²

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск

СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 2–5 СТАДИИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО РЕГИСТРА ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Regional registry allows to assess structure of chronic kidney disease (CKD) in the region, to optimize nephroprotective therapeutic approaches and to calculate necessary volume of renal replacement therapy. In Novosibirsk region Regional chronic renal insufficiency registry has been functioning within 17 years. By Novosibirsk regional chronic renal insufficiency registry data, the amount of patients with severe and end-stage of CKD raised, especially during last three years, that reflects global tendency.

Областной регистр позволяет оценить структуру хронической болезни почек (ХБП) в области, оптимизировать подходы к нефропротективной терапии и адекватно рассчитать потребность заместительного почечного лечения.

Регистр больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) на территории Новосибирской области функционирует в течение 17 лет. Количество пациентов с ХПН неуклонно возрастает. Так, на 31.12.2008 г. на учете состояло 590 человек, 31.12.2009 г. - 933 человека, на 31.12. 2010 г. – 1434 пациента. Число больных с впервые выявленной ХБП 2-5 стадий также ежегодно увеличивается: от 180 в 2009 г. до 545 человек в 2010 г. При этом преимущественно растет число больных со 2 – 3 стадией ХБП: если в 2008 году таких пациентов было 123 (63,3%), то в 2009 - 310 (77,5%), а в 2010 - 451 (83,2%) человек. В то же время абсолютное количество больных

¹ Заведующая нефрологическим отделом КДП ГБУЗ НСО ГНОКБ, нефролог областного регистра ХПН

² К.м.н., руководитель Новосибирского областного нефрологического центра ГНОКБ, главный нефролог Минздрава НСО

с выраженным нарушением функции почек (ХБП 4-5 стадии) остается весьма значительным и имеет некоторую тенденцию к росту: 2008 г. – 57 (31,6%), 2009 г. – 90 (22,5%), 2010 г. – 91 (16,7%).

За последние три года численность больных ХБП 2-5, в основе которой лежат хронический гломерулонефрит или тубулоинтерстициальный нефрит, достоверно снизилась. В 1998–2002 г.г. эта категория пациентов составляла 37% и 25,9% от числа включенных в регистр, а в 2008-2010 г.г. – 11,4% и 3,4%, соответственно. В то же время продолжает расширяться группа больных с артериальной гипертензией. Удельный вес гипертензивного нефроангиосклероза по результатам 2002 года составлял 13,5%, а к концу 2010 г. достиг 38,7%. Относительное число больных сахарным диабетом возросло с 9,9% до 14,76% в этиологической структуре ХБП.

Таким образом, работа регистра фиксирует рост общего числа больных с выраженной и терминальной стадиями ХБП, что соответствует общемировой тенденции. Данный рост обусловлен увеличением, прежде всего, числа больных сахарным диабетом и артериальной гипертензией среди пациентов, наблюдающихся в регистре ХПН; что требует более активного выявления ХБП на ранних стадиях при данных заболеваниях. Своевременная диагностика ХБП позволит наиболее эффективно использовать стратегию нефропротекции у этих категорий больных. Параллельно можно прогнозировать увеличение потребности в заместительной почечной терапии.

Насырова М.Ш., Хамидова З.Н., Исматова М.Н., Шарипова Ш.А.

Кафедра факультетской и госпитальной терапии с курсом эндокринологии, Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ

At sick the chronic hepatitis often observes not psychotic mental frustration as asteno-depressive, disturbing-depressive and hysterical infringement.

Проблема соматогенных психических нарушений в последние годы приобретают все больше значения. Психические нарушения, выявляемые при длительно текущих соматических болезнях, усугубляют тяжесть состояния больного, снижают его адаптационные возможности и тем самым существенно ухудшают качество жизни. Среди соматических заболеваний болезни печени, учитывая выраженное, интоксикационные воздействия занимают особое место. Психические нарушения, выявляемые при хронических гепатитах, довольно разнообразны и, по данным разных авторов (Cronin R.E.; DELIA G.A. Gomes A.S.) колеблются от легких астенических симптомов до тяжелых симптоматических психозов. Вместе с тем многие исследователи в последние годы отмечают редкость психотических состояний и увеличение непсихотических психических расстройств пограничного уровня. Учитывая выше изложенное, целью нашего исследования явилось изучение психопатических проявлений у больных хроническими гепатитами. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 16 больных с диагнозом хронический гепатит в соматопсихическом отделении областной клинической больницы. Среди них 9 женщин, 7 мужчин в возрасте от 24 до 57 лет. Из общего числа у 7 больных этиологией болезни служила перенесенный вирусный гепатит, у 2 - интоксикация ядохимикатами, у 5 - употребление спиртных напитков, и у 2 - этиологию болезни не удалось установить. Диагноз соматического заболевания был верифицирован на

основании данных клинико-лабораторного обследования. Всем больным проводили биохимические, иммунологические, серологические и инструментальные методы исследования.

Основным методом психиатрического обследования был клинико-психопатологический, включающий метод глубинного интервью. Как показали наши исследования, психические нарушения возникали уже на начальных этапах заболевания и нередко были единственными клиническими проявлениями болезни. Среди них на первом месте стояли астенические расстройства, по типу кратковременных астенических реакции в виде эпизодов физической слабости, вялости, ощущения разбитости, головокружения, усталости чаще в утренние часы и были обусловлены расстройством сна. Ухудшения самочувствия больные, как правило, объяснили переутомлением, при этом продолжали работать и за медицинской помощью не обращались. В дальнейшем, по мере прогрессирования заболевания и нарастания аутоинтоксикации, обычно спустя несколько месяцев, происходило усугубление астенических проявлений. В случаях неадекватной и малоэффективной медицинской помощи, при отсутствии необходимой психологической поддержки у больных развивались аффективные нарушения в виде депрессивных и тревожных расстройств. Астенодепрессивный синдром наблюдался у 8 больных и характеризовался стойким снижением настроения. Больные были подавлены, угрюмые, испытывали чувство безысходности, пессимистически оценивали свое будущее, высказывали неверие не только в возможности выздоровления, но и улучшения состояния и возвращения к прежней жизни. В ряде наблюдений у 4 больных определялись истерические черты характера. Больные были демонстративные, склонны к аггравации имеющихся у них расстройств, плаксивы, крайне раздражительны по любому, даже самому незначительному поводу. У больных с тревожно-депрессивным синдромом (4 человек) депрессивные расстройства сочетались с выраженной тревогой. Больные были крайне обеспокоены своим состоянием, с тревогой говорили о своем будущем. Расстройства сна носили в основном пресомнический характер. В отличие от описанных выше синдромов, у больных с тревогой большое место в клинической картине занимали вегетативные нарушения. Они проявлялись повышенной потливостью, тремором кистей рук, учащенным сердцебиением, затрудненным дыханием, неприятными ощущениями со стороны желудочно-кишечного тракта, которые создавали определенные трудности при дифференциальной диагностике их с основным заболеванием. Таким образом, проведенные исследования показали что, у больных хроническим гепатитом часто наблюдаются непсихотические психические расстройства по типу астено-депрессивного, тревожно-депрессивного и истерического нарушения. Обращение внимания на психопатологические нарушения и своевременное выявление их дает возможность увеличить эффективность лечения, как основного заболевания, так и осложнений непсихотического характера.

Осенний С.А.¹

Санаторий-профилакторий «Восток», г. Новосибирск

СОЧЕТАНИЕ КВЧ И АКУПUNKТУРЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аннотация: В статье «Сочетание КВЧ и акупунктуры в клинической практике» Осеннего С.А., врача-рефлексотерапевта санатория-профилактория «Восток», г.Новосибирск, анализируется

¹ Врач-рефлексотерапевт

опыт применения КВЧ-терапии в сочетании с классической акупунктурой, аурикулотерапией, краниопунктурой с целью повышения эффективности рефлексотерапии, дается обоснование этому методу и приводится клинический пример временного восстановления слуха у глухого ребенка.

Annotation: In article «Combination UHF and acupuncture in clinical practice» Osenego S.A., the acupuncturist of sanatorium-dispensary "East", Novosibirsk, is analyzed experience of application of UHF -therapy in a combination with classical acupuncture, ear-reflexotherapy, scalp acupuncture, for the purpose of increase of efficiency of reflexotherapy, the substantiation is given to this method and the clinical example of time restoration of hearing at the deaf child is resulted.

Механизмы действия и методы КВЧ-терапии (крайне высокочастотная) широко освещены в литературе (Девятков Н.Д., Голант М.Б., 1982; Бецкий О.В., 1994; Лебедева Н.Н., 1994 и др.), однако мало уделено внимания вопросам сочетания КВЧ и акупунктуры – за исключением указания на принципиальную возможность повысить чувствительность к электромагнитным излучениям (ЭМИ) КВЧ диапазона при одновременном введении акупунктурных иглы в точки акупунктуры ТА шу и му пораженных каналов (Самосюк И.З., 1994). Автор статьи применяет сочетание КВЧ и различные методы иглокалывания с 1994 г. При отборе пациентов для лечения сочетанным КВЧ-ИРТ (иглорефлексотерапия) методом не брались больные, имевшие противопоказания для ИРТ. КВЧ – терапия проводилась аппаратами «Стелла»-1 с применением одного или двух излучателей, в последнем случае один из них выбирался «белый шум», другой – с длиной волны 4,9 мм, 5,6 мм или 7,1 мм, или «Стелла»- 2 в режиме сканирования. Эффективность лечения оценивалась клинически, по динамике электропунктурной диагностики по Р. Фоллоу, тесту Акабана, по пульсу. Рецептура сочетания КВЧ и иглотерапии включала: 1. КВЧ на ТА широкого спектра действия пораженных меридианов и меридианов VC или VG, соответствующих уровню поражения органа, на зоны Захарьина-Геда или на точки А shi (корпорально) и ИРТ-аурикулотерапия (АТ) и краниопунктура (Jiao Shunfa, 1998; Тенк Г., 1995 и др.); 2. КВЧ (корпорально) и ИРТ (корпорально, в том числе по правилам «шу и му» и «юань-ло», АТ); 3. КВЧ на пораженные суставы и ИРТ (корпорально и АТ); 4. КВЧ на точки Фолля на кистях и стопах и ИРТ (корпорально и АТ); 5. КВЧ краниальных зон (психических заболеваний, вестибуло-кохlearной)+ ИРТ (корпорально и АТ).

При совместном применении КВЧ и акупунктуры, помимо регулирующего действия на меридианы – собственно рефлексотерапии, возникает активизация альфа- ритма электрической активности головного мозга, что характерно и для акупунктуры (Самосюк И.З., 1994) и для ЭМИ КВЧ (Лебедева Н.Н. и соавт., 1994) и, происходящей в силу этого, нормализации процессов возбуждения и торможения. Активизация альфа-ритма так же приводит к активизации «умственного аппарата» (Сильва Х., 1996). Этим можно объяснить синергизм от сочетания КВЧ и акупунктуры при лечении отставания развития, лечения девиации поведения детей и подростков, коррекции плохой успеваемости в школе (Осенний С.А., 1999).

При сочетании КВЧ и акупунктуры, даже при наличии выраженных органических нарушений, можно получить положительный эффект за счет высвобождения скрытых функциональных резервов. Так, в декабре 2009 по короткой путевке, с целью общего оздоровления, поступила пациентка 7 лет Вика П. с ds: Сенсорная тугоухость (девочка училась в школе для глухонемых). Девочке было предложено провести короткий курс рефлексотерапии с целью частично восстановить слух или определить его ресурс и при положительных изменениях, в дальнейшем продолжить лечение. На фоне применения КВЧ-терапии на вестибуло-кохlearную краниальную зону («Стелла»-2, сканирующий режим) в сочетании с корпоральной акупунктурой (Тенк Г., 1995;

Уоррен Ф.,1981) и лицевым массажем «дъен чам» (Ле Куан Н.,2003) – после первой же процедуры у пациентки начал появляться слух (девочку привели без слухового аппарата). После второго дня лечения больная уже отчетливо слышала разговорную речь, выровнялась модуляция голоса. Наличие слуха продолжалось около недели и сопровождалось резким возбуждением, расторможенностью, девочка очень громко говорила, смеялась. Перед каждым сеансом она требовала, чтобы мама позволяла себя кусать при введении акупунктурных игл. По пульсу была выявлена избыточность TR, несмотря на то, что для иглоукалывания выбирался метод «пин бу, пин се», который не должен был стимулировать меридиан. Для гармонизации TR и общей седатации было принято решение уколоть ло-пункт TR5, вай-гуань симметрично. В результате, в течение сеанса ребенок успокоился, ее стало клонить в сон, однако при этом стал снижаться слух, к концу сеанса слух практически вернулся к исходному уровню. Несмотря на временный характер восстановления слуха у глухой пациентки, короткий курс сочетанной КВЧ-ИРТ терапии был расценен положительно, так как позволил выявить скрытый ресурс слуха и определена положительная перспектива для последующего лечения, как и намечалось ранее, перед укороченным курсом рефлексотерапии. Временное восстановление слуха, по всей видимости, было связано с перевозбуждением нервной системы и прошло на фоне гармонизации TR и общей седатации. В соответствии с ранее намеченным планом, было предложено продолжить лечение через 1 месяц, однако девочку привели только через 1 год на такой же укороченный курс лечения. К сожалению, пациентка изменила свое поведение, стала указывать, куда разрешала ставить иглы, а куда запрещала. В таких условиях не могло быть и речи даже о повторении прошлогоднего курса, не то, что о продолжении его в развернутом виде.

Панунцева К.К.¹, Моисеева К.Е.², Здоровцева Н.В.³

Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия, г.Санкт-Петербург

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ И КОНСУЛЬТАЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Annotation: Socio-medical studying of patients passing aftertreatment in "the Center of rehabilitation treatment of children of St.-Petersburg" is spent. The analysis given received by a way copying from the initial medical documentation of 425 children passing regenerative treatment in the given centre is resulted. Are presented results of estimations of coverage sick of additional consultations and inspections, and also efficiency of spent treatment. Data on experts of most often advising children and most often applied methods of inspection are resulted.

Грамотно разработанная реабилитационная программа даже при тяжелых, необратимых изменениях в организме больного дает возможность вернуть его к обычным условиям жизни или адаптировать к новым. Однако добиться указанного эффекта можно лишь при соблюдении основных принципов реабилитации: этапности, непрерывности, преемственности лечебных мероприятий, доступности реабилитации, комплексности в построении программ реабилитации, индивидуального подхода к больному ребенку. В связи с этим, на каждого больного составляется индивидуальный

¹ Аспирант каф. общественного здоровья и здравоохранения

² К.м.н., доцент каф. общественного здоровья и здравоохранения

³ К.м.н., доцент каф. общественного здоровья и здравоохранения

план проведения восстановительного лечения, который включает в себя также перечень необходимых дополнительных консультаций и обследований.

Анализ состояния, качества и эффективности восстановительного лечения детей проводимого в условиях специализированного центра показал, что с целью уточнения и углубления понимания клинических проявлений болезни, а также выявления возможных сопутствующих заболеваний на дополнительные обследования и консультации направляется преобладающая доля больных.

Проведенное исследование позволило установить, что в ходе восстановительного лечения 93,5% пациентов были дополнительно проконсультированы различными специалистами. Доля таких пациентов среди детей с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани составила 81,0%, среди больных с заболеваниями органов дыхания – 66,7%. Все 100,0% пациентов с болезнями нервной системы и «прочими» заболеваниями посетили консультации тех или иных специалистов.

Как свидетельствуют полученные данные, часто одни и те же дети направлялись на консультации к нескольким специалистам, поэтому приведенные ниже показатели составляют в сумме более 100,0%. Среди всей изучаемой совокупности пациентов наибольшая доля (66,7%) детей была проконсультирована физиотерапевтами, 65,8% – ортопедами, 60,2% – неврологами, 30,6% – логопедами, 30,4% – окулистами, 28,7% – педиатрами, 25,9% – психологами, психотерапевтами, 23,1% – аллергологами, 18,5% – кардиологами, 15,7% – рефлексотерапевтами и 1,8% – врачами лечебной физкультуры.

С целью проведения обследования и лечения на высоком профессиональном уровне в Центре имеется специальное оборудование: компьютеризированный энцефалограф «Мицар», УЗДопплер «Ангиодин», УЗсканер SDU350xL, компьютерный кардиограф «Валента», программное вибрационное модульное устройство, разнообразные аппараты ФТЛ, аппараты биологической обратной связи (БОС), компрессорные небулайзеры, пикфлоуметры, разнообразные тренажеры и др.

В ходе восстановительного лечения с применением различных методов обследование прошли 71,3% больных. Все методы обследования выполнены в соответствии с полученными назначениями.

В группе пациентов с болезнями нервной системы получили назначения и были обследованы 84,6% детей, в группе с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани – 38,1%, в группе с болезнями органов дыхания – 55,6% и в группе с «прочими» заболеваниями – 69,2%.

Среди примененных методов обследования использовались: электроэнцефалография (ЭЭГ) – в 35,2% случаев, нейросонография – 23,1%, электрокардиография (ЭКГ) – 19,4%, доплерография (УЗДГ) – 19,8%, ультразвуковое исследование (УЗИ) тазобедренного и коленного суставов – 10,2%, компьютерная фотоплатнография – 5,6%, ультразвуковое исследование позвоночника – 4,6% и другие – 6,3%. К другим относились: определение полей зрения, аллергические пробы, скарификационные пробы, спирография, плантография, эхокардиография и психологическое тестирование.

Таким образом, в результате исследования был установлен широкий охват больных консультативной помощью, наличие подробного, разностороннего обследования которое без сомнения способствует повышению эффективности проводимого восстановительного лечения. В результате проведенного лечения удалось добиться улучшения состояния здоровья у 90,1% больных (Кэф составил 1,06 и более). У незначительной доли пациентов состояние остается без перемен и лишь в единичных случаях отмечается ухудшение состояния.

**Пархоменко О.М., Хван Л.А., Рябинина Н.И., Анисимова О.В., Добрачева О.А.,
Еремеева С.А.**

*Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения г. Новосибирска
Городская клиническая больница №1*

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

The article evaluated the effect of transcranial electrostimulation on the intensity of pain and psycho-autonomic status in patients with gastric ulcer and duodenal ulcer by the example of the gastroenterology department of the Municipal Budget health facility of Novosibirsk Municipal Clinical Hospital № 1.

В статье оценивается влияние транскраниальной электростимуляции на интенсивность болевого синдрома и психовегетативной статус у больных с язвенной болезнью желудка и 12-й кишки на примере гастроэнтерологического отделения Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения г. Новосибирска Городской клинической больницы №1.

В настоящее время отмечается значительный рост болезней органов пищеварения, среди которых одно из ведущих мест занимает язвенная болезнь желудка (ЯБЖ). Среди различных видов терапии язвенной болезни (ЯБ) значительное место занимают немедикаментозные методы. Очень важен поиск неинвазивных методов исследования, обладающих многосторонним положительным эффектом (противовоспалительный, обезболивающий, спазмолитический, сосудорасширяющий, седативный и стимулирующий обменные и регенеративные процессы).

Одним из наиболее перспективных методов лечения и профилактики, действующих комплексно и направленных именно на нормализацию гомеостатических процессов, является транскраниальная электростимуляция (ТЭС) защитных (эндорфинных) механизмов мозга.

Метод ТЭС разработан с применением принципов доказательной медицины и основан на самых современных достижениях физиологической науки и медицинской практики.

ТЭС – электрическое воздействие на мозг через покровы черепа. Эффекты электростимуляции некоторых стволовых отделов головного мозга не ограничиваются только анальгезией, характеризуются общей саногенетической направленностью на защиту организма от повреждающих воздействий, а также активацией антиноцицептивной системы. Антиноцицептивная система (от лат. *Noseo* - повреждаю) обеспечивает нормализацию психофизического статуса, стимулирует репаративную регенерацию поврежденных тканей, обеспечивает купирование болевых синдромов, нормальные иммунные реакции организма и др.

Цель работы: оценить влияние ТЭС на интенсивность болевого синдрома и психовегетативной статус у больных с язвенной болезнью желудка и 12-й кишки.

Материалы и методы: в исследование было включено 47 пациентов (29 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 16 до 60 лет. Все пациенты проходили курс лечения на базе гастроэнтерологического отделения ГКБ № 1. Диагноз заболевания установлен на основании совокупности данных анамнеза, объективного обследования больных и верифицирован эндоскопически.

Кроме стандартной фармакотерапии пациентам проводились процедуры транскраниальной электростимуляции от аппарата «Трансаир-05» («Трансаир-03»). Интенсивность болевого синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале боли, состояние вегетативной нервной системы оценивали с помощью теста Кердо (определение вегетативного индекса). Тест основан на предположении о том, что изменение соотношения диастолического давления и числа ударов пульса связаны со

сдвигом вегетативного тонуса. Использовалось лобно-затылочное расположение электродов, так как именно сагиттально направленный ток при положении электродов : на лбу - катод на сосцевидном отростке – анод, может достигать структур головного мозга, ответственную за выработку эндорфинов, проходя при этом по двум интракраниальным путям: спинно-мозговой жидкости желудочка мозга и базальных цистерн.

Первая процедура ТЭС-терапии всегда является адаптационной. Время первой процедуры – до 20 минут. Ток не должен превышать 0,5 мА, даже если пациент его не ощущает. Начиная со второй процедуры, время воздействия и силу тока можно добавлять. Ток подбирается индивидуально, до отчетливых, но не неприятных ощущений. Пациент может испытывать мелькание цвета, легкое дрожание кожи лба и век, легкое покалывание под прокладками. В случае появления неприятных ощущений, силу тока следует уменьшить. Во время процедуры, как правило, происходит быстрая адаптация к электрическому току и пациент перестает его ощущать. В этом случае в период процедуры (начиная со второй) силу тока постепенно добавляли до появления вышеуказанных ощущений. Средняя доза во время процедуры составляла 1,5 – 2 мА. Процедуры проводились 1 раз в день. Средняя продолжительность процедуры 30-40 мин. Продолжительность курса 8 – 12 дней.

В процессе лечения интенсивность болевого синдрома уменьшилась у 42 пациентов, что составило 89 %. Спонтанные боли в животе при ТЭС-терапии исчезают уже после 2-3 процедур. При обычном лечении спонтанные боли исчезают лишь к концу 1 недели.

Болезненность при пальпации живота ликвидируется после 5,6 процедур ТЭС-терапии. При обычном же лечении болезненность при пальпации исчезает к концу второй-началу третьей неделе.

Таким образом скорость исчезновения болевого синдрома у пациентов получавших ТЭС терапию, более чем в 2 раза выше, чем в контрольной группе.

Помимо этого пациенты получавшие ТЭС-терапию отмечали уменьшение тошноты, изжоги, отрыжки, улучшение аппетита.

При ежедневном определении значения вегетативного индекса у пациентов получающих обычную медикаментозную терапию и пациентов проходящих лечение на аппарате «Трансаир», также обнаружили существенные различия. Общеизвестно, что язвенная болезнь относится к так называемым «вегетативным заболеваниям». Основная часть пациентов, в большей или меньшей степени, является ваготониками. Вегетативный индекс у больных с язвенной болезнью находится в отрицательных значениях, что говорит о преобладании парасимпатического влияния. После проведенного курса лечения с помощью метода транскраниальной электростимуляции, значение вегетативного индекса менялось с отрицательного на положительный, что говорит о преобладании симпатического влияния.

Клинически пациенты также отмечали сокращение продолжительности таких симптомов, как слабость и раздражительность, головная боль, нормализация сна.

Таким образом, применение комплексной терапии (стандартная + ТЭС), привело к значительному сокращению длительности основных симптомов болезни. ТЭС обладает многими лечебными эффектами, которые могут быть применены при ЯБ. Это прежде всего эффективное обезболивание, даже в случаях, когда медикаментозное лечение болевого синдрома оказывается неэффективным. Огромное значение имеет репаративный эффект и нормализация психовегетативного статуса, антистрессорный и антидепрессивный эффекты, что позволяет рекомендовать использование ТЭС как высокоэффективный безмедикаментозный метод в комплексном лечении пациентов с ЯБ желудка и 12-й кишки.

Перекальская М.А.¹, Останина Ю.О.², Макарова Л.И.³, Махмудян Д.А.⁴

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

СИНДРОМЫ ЭЛЕРСА-ДАНЛО В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Синдромы Элерса-Данло (СЭД) - разнообразная и нередко встречающаяся патология соединительной ткани, объединенная гипермобильностью суставов и изменениями кожи. Патология сердечно-сосудистой системы при СЭД изучена на примере 19 пациентов с классическим, гипермобильным и сосудистым вариантами синдрома. Чаще всего выявлялся пролапс митрального клапана, также обнаружены пролапс трикуспидального клапана, дилатация восходящей аорты, аневризмы, расслоение и тромбоз артерий среднего диаметра, осложнившиеся развитием инфаркта миокарда и тромбоэмболии легочной артерии.

Ehlers-Danlos syndromes (EDS) are a varied and not rare inherited connective tissue disorders with joints hypermobility and specific skin changes. In this study the cardiovascular pathology in 19 patients with classic, hypermobility and vascular EDS syndromes is described. Most frequently detected is mitral valve prolapse, also revealed tricuspid valve prolapse, dilatation of the ascending aorta, aneurysms, dissections and thrombosis of mid-size arteries.

Синдромы Элерса-Данло (СЭД) - клинически разнообразная и нередко встречающаяся патология соединительной ткани, объединенная гипермобильностью суставов и изменениями кожи (повышенная растяжимость, истончение, хрупкость с нарушением заживления и формированием атрофических рубцов, мягкость), в основе которой лежат генетические мутации, связанные в основном с мутациями генов, кодирующих белки коллагена. Изучение сердечно-сосудистой патологии при СЭД продолжается, однако до сих пор ряд вопросов требует уточнения.

Цель исследования: изучить изменения сердечно-сосудистой системы при наиболее частых синдромах Элерса-Данло.

Материал и методы: Обследовано 19 пациентов с СЭД (14 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 18 до 46 лет, средний возраст $32,3 \pm 1,5$ года. Диагноз выставлен на основе Виллефраншской нозологии (1996 г): классический вариант выявлен у 8 (6 женщин и 2 мужчин), гипермобильный - у 10 (7 женщин и 3 мужчин), сосудистый - у 1 женщины, диагноз СЭД у нее был подтвержден молекулярно-генетическим исследованием (сиквенс-анализ выявил мутацию гена коллагена 3 типа, характерную для СЭД сосудистого типа - замену кодона глицина на аспартовую кислоту в 31 эксоне). Средний возраст установления диагноза СЭД составил $30,6 \pm 2,3$ года. Всем пациентам проведена эхокардиография с доплерографией в соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации и Американского общества эхокардиографии (2005 г.). Измерения диаметра корня аорты проводились от переднего края передней стенки аорты до переднего края задней стенки, диаметр оценен по Z шкале. По показаниям проводилась компьютерная ангиография.

Результаты исследования: изменения сердечно-сосудистой системы выявлены у 10 из 19 больных. Чаще всего встретился ПМК - у 10 пациентов, при этом степень пролабирования в парастеральной позиции не превышала 4,6 мм, максимальная толщина створок составила 4,8 мм, то есть ПМК во всех случаях был неклассическим. ПМК обнаружен у 1 пациента, аневризма межпредсердной перегородки - у 2, дефект

¹ д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней

² старший лаборант кафедры внутренних болезней

³ к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

⁴ к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней

межпредсердной перегородки - у 1, увеличение диаметра аорты на уровне синусов Вальсальвы с величиной показателя $Z > 2$ - у 1 мужчины с классическим СЭД, аневризмы сосудов (аневризматическая дилатация в месте отхождения общей печеночной артерии, аневризма селезеночной артерии) - у 1 пациентки с сосудистым типом СЭД. У нее же обнаружены хронические диссекции обеих подвздошных артерий и тромбоз левой печеночной артерии. В анамнезе у данной пациентки был инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, возникший в 25-летнем возрасте, через 3 месяца после первых родов. Во время госпитализации по поводу инфаркта больной проводилась коронароангиография, выявлено дискретное 95% сужение левой передней нисходящей артерии с последующим дистальным 90% сужением и возможной диссекцией в данной зоне, апикальная аневризма ЛЖ. В возрасте 30 лет, через 6 дней после вторых родов, данная пациентка перенесла тромбоз эмболию легочной артерии, диагноз которой был подтвержден с помощью компьютерной ангиографии.

Выводы.

1. Сердечно-сосудистая патология встретилась у 10 из 19 больных в группе, включающей классический, гипермобильный и сосудистый варианты СЭД.
2. Чаще всего изменения сердечно-сосудистой системы при СЭД представлены пролапсом митрального клапана, причем во всех случаях он был неклассическим.
3. Сердечно-сосудистые осложнения, такие как ОИМ и ТЭЛА, у лиц молодого возраста требуют исключения сосудистого синдрома СЭД и проведения ангиографических исследований для диагностики возможных аневризм, диссекций и тромбозов артерий среднего диаметра.

Петров М.В.¹

*Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г Санкт-Петербург*

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНЫХ КОМИССИЙ ПО МНЕНИЮ ВРАЧЕЙ

Проведение военно-врачебной экспертизы является важным этапом подготовки юношей к военной службе, в т.ч. для своевременного выявления заболеваний и их лечения. Поэтому вопросы адекватной подготовки врачей военно-врачебных комиссий к проведению экспертизы весьма актуальны. Результаты изучения мнения врачей ВВК по данным проблемам приведены в статье.

Carrying out the military-medical examination is an important step in preparing young men for military service, including for early detection of diseases and their treatment. Therefore, questions of adequate training of physicians of military medical commissions for the examination are very relevant. The results of the study of physician's opinion on these issues is presented in the article.

Одним из этапов «медицинской» подготовки юношей к военной службе является их освидетельствование специалистами военно-врачебных комиссий (ВВК), которое проводится в 15,16 лет, при первоначальной постановке на воинский учет и при призыве. Целью данного освидетельствования является не только выявление имеющейся патологии, но и проведение (при необходимости) комплексного обследования (дообследования) юношей и их санация на базе городских учреждений здравоохранения. От качества работы врачей ВВК зависит, таким образом, уровень

¹ Соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения, к.м.н.

здоровья юношей, определяющий (в числе прочего) и готовность к выполнению воинской обязанности.

Поэтому вопросы адекватной подготовки врачей ВВК к экспертной работе являются весьма актуальными, но мало изученными до настоящего времени.

Нами был проведен опрос врачей, участвующих в работе ВВК одной из областей Приволжско-Уральского военного округа.

Результаты опроса свидетельствуют о том, что целенаправленная подготовка врачей по вопросам военно-врачебной экспертизы в настоящее время практически не проводится.

Так, на вопрос о том, преподавалась ли военно-врачебная экспертиза в том или ином виде в ВУЗе, положительно ответили 10,9% респондентов. Невысок (16,4%) был и процент врачей, получивших знание по ВВЭ на курсах усовершенствования (повышения квалификации).

На вопрос о том, где же врачи обучались принципам военно-врачебной экспертизы, преобладающим был ответ – «на рабочем месте» (он отмечался в 89,1% случаев).

Известно, что в своей работе врачи ВВК соприкасаются, а иногда достаточно тесно сотрудничают со специалистами территориальных медицинских учреждений: как на этапе, предшествующем призыву (особенно при наличии у призывников диагностированных хронических заболеваний), так и в процессе дообследования (лечения) призывников после прохождения ими освидетельствования. Важно при этом отметить, что, как показало исследование, не всего это взаимодействие организовано должным образом. Так, почти половина (43,8%) опрошенных врачей отметила наличие конфликтов со специалистами территориальных ЛПУ.

Существенной, на наш взгляд, является и проблема недостаточной осведомленности врачей ВВК о правовых последствиях экспертного заключения. Данные опроса это подтвердили. Только 72,7% респондентов считали себя полностью осведомленными по данному вопросу; 10,9% считали, что осведомлены не в полной степени, а каждый шестой (16,4%) респондент высказал полную неосведомленность.

В целом подавляющее большинство (94,4%) респондентов полагало, что проведение военно-врачебной экспертизы требует своего совершенствования. Во всех случаях высказались за необходимость совершенствования экспертизы врачи со стажем работы менее 10 лет. Достигал 100% показатель среди врачей, работающих в ВВК более 10 лет.

Как известно, до настоящего времени одним из критериев качества проведения экспертизы является отсутствие возврата призывника с областного сборного пункта (или военнотружущего из военной части). В то же время только половина (50,9%) опрошенных врачей была согласна с этим. Более трети (36,9%) так не считали, а 9,4% считали, что не всегда. Ответы на данный вопрос существенно отличались среди врачей разных специальностей. В частности, доля положительных ответов колебалась от 33,3% до 71,4%. Они увеличиваются с 40% при стаже работы менее 5 лет до 56% при стаже более 20 лет.

Не до конца решенным является и вопрос о том, каковы должны быть временные рамки для освидетельствования одного призывника (что очень актуально, учитывая значительный поток освидетельствуемых и важность последствий экспертизы). Две трети (66,7%) врачей считали, что эти временные рамки должны быть установлены.

Одной из проблем организации медицинского освидетельствования является неявка (несвоевременная явка) лиц, вставших на воинский учет, на обследование по направлениям призывной комиссии. В связи с этим мы заинтересовались мнением врачей о том, как, по их мнению, можно исправить данную ситуацию. Четверть (25%) опрошенных считала, что никакие дополнительные (к существующим) меры

воздействия не нужны. 5% считали необходимым усиление мер воспитательного характера (формирующих желание служить). По 2,5% считали, что выходом из ситуации является контрактная система или создание определенных условий службы. Большинство же (65%) врачей полагают необходимым ужесточение дисциплинарных мер воздействия, в т.ч. введение штрафных санкций. В наибольшем (43,8%) проценте случаев не считали необходимым применение дополнительных мер воздействия врачи, работающие в районных призывных комиссиях более 10 лет.

На наш взгляд, улучшению коллегиальности в принятии окончательного экспертного решения о категории годности призывника могут способствовать утренние конференции врачей. Однако считали необходимым их проведение только 14,6% опрошенных. Остальные респонденты не видели такой необходимости. Среди поддержавших идею проведения конференций большинство (75%) врачей полагают, что на них следует обсуждать текущие вопросы. Остальные полагали, что на конференциях следует обсуждать нормативные документы, допущенные ошибки и т.д.

Отдельно респондентам был задан вопрос о том, каким образом следует анализировать ошибки, допущенные при проведении экспертизы. За коллегиальность обсуждения выступили только 18,2% врачей. Большинство же (67,3%) полагало, что обсуждение должно быть персональным. За сочетание (в зависимости от ситуации) персонального и коллегиального обсуждения выступили 14,6% врачей. Доля считающих необходимым коллегиальное обсуждение ошибок снижается с 80% (при стаже работы менее 5 лет) до 11,5% (при стаже более 20 лет) и с 36,8% (при стаже работы в ВВК менее 5 лет) до 13% (при стаже более 10 лет).

Полученные в исследовании данные имеют важное значение для разработки мер по совершенствованию работы ВВК.

Петрова Н.Г.¹, Дронова А.А.²

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Санкт-Петербург*

О РЕЗУЛЬТАТАХ ИЗУЧЕНИЯ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ

An analysis of 170 autopsy protocols of died from community-acquired pneumonia was performed. Among the studied population males predominated by dead (78,6%). 2/3 of died were at the age of 31-60. Purulent bilateral and total pneumonias prevailed. 3 and more complications took place in 87,1% of the patients. All of the patients had the concomitant diseases.

В развитых странах заболеваемость пневмониями составляет от 3,6 до 16 на 1000 населения. Распространенность пневмоний среди взрослого населения России составляет 5-8 на 1000 человек.

В структуре причин смертности пневмонии занимают 4 – 5-е место. Летальность при данной патологии колеблется от 1-3% (при внебольничных пневмониях) до 50-60% (при госпитальных). Особенно высока она у пациентов старше 60 лет (составляя 10 – 33%), а также при пневмониях, осложненных бактериемией (когда показатель достигает 50%).

Учитывая актуальность проблемы, нами был изучен контингент умерших от острых пневмоний на базе крупного многопрофильного стационара. Общее число единиц наблюдения составило 170. Госпитализация больных носила экстренный характер.

¹ Профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, д.м.н.

² Аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Среди изученной совокупности умерших преобладали мужчины, их доля составила 78,6%. Распределение умерших по возрасту было следующим: около трети составили лица 31-40 лет (35,7%) и 51-60 лет (31,4%), лица моложе 30 лет составили 12,9%, а 61-70 лет – 11,4%, наименьшая доля (8,6%) пришлась на пациентов пожилого и старческого возраста (старше 70 лет).

У 77,1% умерших имело место двустороннее поражение легких. Однако среди женщин этот показатель был выше (86,7%), чем среди мужчин. Наиболее высоким был данный показатель в возрастных группах 31-40 лет (88%) и старше 70 лет (83,3%).

Высока (78,6%) была доля сливной пневмонии. Как и в предыдущем случае, выше был показатель у женщин (86,7%) по сравнению с мужчинами (76,4%). Треть случаев (34,5%) сливной пневмонии пришлось на долю лиц от 31 до 40 лет, треть случаев (32,7%) – на долю лиц 51-60 лет.

Обращает на себя внимание наличие трех и более осложнений течения основного заболевания у большей части (87,1%) пациентов. Доля мужчин и женщин, у которых было более четырех осложнений составила 65,5% и 80% соответственно. 88,9% пациентов в возрасте моложе 30 лет, 100% 61-70 лет и 83,3% пациентов старше 70 лет имели более четырех осложнений.

Стоит заметить, что у всех пациентов имели место сопутствующие заболевания, в т.ч. одно заболевание – 5,7% пациентов, два – у 7,1%, три – у 11,4% и более трех – у 75,7%. Более трех сопутствующих заболеваний имелось у 86,7% женщин и у 69% мужчин; у 88,9% лиц моложе 30 лет, 87,5% – 61-70 лет и всех пациентов старше 70 лет.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что среди пациентов, умерших в стационаре от острых пневмоний, во всех случаях госпитализация носила экстренный характер. Среди пациентов с летальным исходом преобладали мужчины. В возрастном составе наибольшую долю составили лица моложе 30 и старше 60 лет. Для большинства пациентов была характерна двусторонняя и сливная пневмонии. Были установлены различия в локализации пневмоний, количестве осложнений, наличии сопутствующей патологии у мужчин и женщин и лиц разных возрастных групп. У большей доли пациентов наблюдалось более трех осложнений и множественная сопутствующая патология.

Пневмония остается актуальной медико-социальной проблемой на современном этапе развития клинической медицины. Наблюдается стойкая тенденция к росту заболеваемости и летальности от пневмонии в течение последнего десятилетия. При этом выявление и лечение пневмонии все еще остается достаточно трудной задачей, что диктует необходимость постоянного совершенствования методов диагностики и подбора адекватной терапии, что позволит избежать или по крайней мере сократить число ошибок ведения больных, а также будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи данной группе пациентов. Большую роль играет правильный подбор антибиотикотерапии в соответствии с видом возбудителя и его чувствительностью к препаратам. Нельзя забывать также о необходимости постоянной работы по повышению уровня санитарной грамотности населения, что является необходимым условием своевременного обращения к врачу и соответственно повышает вероятность ранней диагностики заболевания. И заключая, следует отметить, что одной из наиболее важных задач является повышение квалификации врачей всех профилей и формирование у них соответствующей настороженности в отношении возможности наличия у пациента данного заболевания.

Петрова Н.Г.¹, Прокопьева М.И.²

*Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Санкт-Петербург*

О РЕЗУЛЬТАТАХ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Реформирование системы оказания экстренной медицинской помощи должно проводиться с учетом региональных особенностей и мнения медицинского персонала. В статье приведены результаты изучения мнения врачей по вопросам экстренной медицины, которые обучались на курсах профессиональной переподготовки на базе Якутского медицинского университета.

Reforming the system of emergency medical care must take into account regional characteristics and opinions of medical staff. The results of the study of the views of doctors in emergency medicine who trained in courses of professional training on the basis of the Yakut Medical University.

Одним из направлений совершенствования отечественного здравоохранения является улучшение организации оказания экстренной медицинской помощи. При этом должны быть в максимальной степени учтены региональные особенности. Особой спецификой обладают районы Крайнего Севера, к которым относится и Республика Саха (Якутия). Особенности климата, низкая транспортная доступность (и в силу этого – доступность медицинской помощи) определяют специфику оказания экстренной помощи, включая, в частности, широкое использование специализированной (санитарно-авиационной) службы. Указанное ведет к значительным экономическим затратам, а в ряде случаев – и к ухудшению показателей медицинской эффективности. Поэтому важен поиск путей решения данной проблемы. Для этого нами было проведено анонимное анкетирование врачей, обучающихся на курсах профессиональной переподготовки по специальности «Организация здоровья и здравоохранения» Института дополнительного последиplomного образования Якутского медицинского университета.

Наибольший удельный вес среди участников социологического опроса составили респонденты в возрасте 30-39 лет (46,2%), более половины (30,8%) - в возрасте 40-49 лет и равную долю (по 11,5%) - в возрасте 20-29 и старше 60 лет. Среди изученного контингента преобладали (84,6%) женщины. Более половины (61,5%) респондентов закончили высшее учебное заведение по специальности «Лечебное дело», 30,8% - по специальности «Педиатрия», 7,7% - «Медико-профилактическое дело». Подавляющее большинство респондентов (84,6%) по занимаемой должности относятся к руководящему составу ЛПУ. Общий медицинский стаж по специальности у респондентов составил в среднем 15,5 лет. Средний стаж работы по занимаемой должности составил 6,3 года. Из общего числа опрошенных респондентов 41,6% имеют относительно небольшой стаж работы в управленческой деятельности - не более 1 года, еще 25,0% работают в данной должности от 2 до 5 лет, а 33,4% врачей работают управленцами более 6 лет, в т. ч. 16,6% - более 20 лет. Средний стаж работы респондентов в одном ЛПУ составляет 8,2±2,6 лет, что меньше общего медицинского и больше среднего стажа по занимаемой должности. Таким образом, можно полагать, что управленческая карьера врачей соответствует их профессиональному росту. Из общего числа респондентов доля врачей первой категории составила 36,3%, высшей и второй категории – по 18,2%.

Участникам анкетирования были заданы вопросы по организации деятельности санитарной авиации. На вопрос анкеты о роли санитарной авиации в оказании

¹ Профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, д.м.н.

² Соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения

экстренной медицинской помощи 72,7% слушателей назвали транспортировку больных, 18,2% - оказание специализированной помощи, 9,1% - оказание медицинской помощи и ликвидация последствий ЧС. Но в то же время наряду с транспортировкой, по мнению четверти (27,2%) респондентов, санитарная авиация оказывает специализированную помощь, а также занимается ликвидацией ЧС. Лишь чуть более половины (54,5%) слушателей информированы о деятельности филиалов санитарной авиации в структуре отделений скорой медицинской помощи, отнесли себя к не информированным – 36,4%, не ответили на данный вопрос - 9,1%.

Как известно, и организация работы санитарной авиации, и структура оказания экстренной помощи (в т.ч. при чрезвычайных ситуациях) отличается на разных территориях. В Республике Саха они входят в состав Территориального Центра медицины катастроф. Подавляющее большинство (81,8%) респондентов одобряют такую организацию; противоположного мнения придерживаются 9,1% врачей; не ответили на данный вопрос – 9,1%.

Настораживает тот факт, что с регламентом санитарного задания (в т.ч. связанного с вызовом санитарной авиации) знакомы только 54,5% опрошенных (работающие в должности заместителей главных врачей ЛПУ).

Весьма важным и актуальным вопросом при транспортировке больных является сопровождение их медицинскими работниками. При этом большую роль играет профессионализм специалиста. В связи с этим интересным показалось выяснить мнение респондентов о возможности сопровождения больных фельдшером: при транспортировке внутри района и в г. Якутск. Если в первом случае большинство (81,8%) респондентов высказали свое согласие, то во втором – показатель составил лишь 54,5%. Разделились мнения респондентов и по поводу необходимости сопровождения большого бригадой во время аэромедицинской эвакуации. 36,4% ответивших считают, что нет необходимости участия бригады при транспортировке больных в центральные районные больницы, а 27,2% опрошенных полагают, что и в специализированные ЛПУ больные могут направляться без сопровождения бригады.

Также нас интересовал вопрос состояния подготовки медицинских работников в области медицины катастроф. Большинство (63,6%) респондентов указали, что занятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях проводятся 1 раз в год, 18,2% назвали кратность занятий 1 раз в полугодие и раз в квартал. Несмотря на достаточно высокую кратность занятий, уровень своей подготовки по медицине катастроф только 36,4% опрошенных оценили на «хорошо», 45,4% считали его удовлетворительным, 18,2% затруднились ответить, что может свидетельствовать об определенных недостатках в организации подготовки врачей. Поэтому актуальным является усовершенствование специальной подготовки и внедрение новых методологических подходов к обучающим программам по медицине катастроф.

Плещинская В.Я.¹, Нагайцев А.В.²

*Сибирский государственный медицинский университет, Минздравсоцразвития России,
г. Томск*

ОКАЗАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ОГУЗ ТОМСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Annotation: Against perfection of system of the stationary help and increase in volume of preventive actions, carrying over of a part of medical aid with stationary on an out-patient stage, hospitals still

¹ Старший преподаватель кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья,

² К.м.н, доцент. кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья

remain the major stage of rendering of medical aid to the population. They traditionally are better equipped by iatrotechnics, completed by more skilled and qualified doctors. Problems of diagnostics difficult, rare and a serious illness usually definitively dare in hospitals. Here mainly there are also specialised kinds of medical aid, especially hi-tech. The role of the regional hospitals which activity is defined, on the one hand, by their own possibilities, on the other hand – development of system of rendering of medical aid, a demographic situation in the region, developed system of mutual relations with public health services municipal authorities is in this respect especially significant.

Основной целью системы здравоохранения является разработка мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения.

На фоне совершенствования системы стационарной помощи и увеличения объема профилактических мероприятий, переноса части медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап, внедрения стационарозамещающих технологий, стационары по-прежнему остаются важнейшим этапом оказания медицинской помощи населению. Они традиционно лучше оснащены медицинской техникой, укомплектованы более опытными и квалифицированными врачами. Проблемы диагностики сложных, редких и тяжелых заболеваний обычно окончательно решаются в стационарах. Здесь же преимущественно оказываются и специализированные виды медицинской помощи, особенно высокотехнологичные. В этом отношении особо значима роль областных больниц, деятельность которых определяется, с одной стороны, их собственными возможностями, с другой стороны – развитостью системы оказания медицинской помощи, демографической ситуацией в регионе, сложившиеся системой взаимоотношений с муниципальными учреждениями здравоохранения.

Стационарная медицинская помощь – самый высоко технологичный и ресурсозатратный вид медицинской помощи, на нее расходуется до 80% всех ресурсов здравоохранения. В связи с этим важнейшим аспектом ее развития является максимальная рационализация.

Для анализа работы стационара используются разнообразные показатели. По самым скромным подсчетам широко используются более 100 разных показателей стационарной помощи.

Оценка работы стационара дается на основе анализа двух групп показателей, одна из которых характеризуется коечным фондом и его использование, а другая – качество лечебно-диагностической работы. В 2009 году ОГУЗ ТОКБ Томской области мощность коечного фонда составила 1005 коек: 11 хирургических отделений на 440 коек и 13 терапевтических отделений на 565 коек. Число койко-дней в данном году выполнено на 102% (плановое число койко-дней 321897, фактическое 321267). Показатель среднегодовой занятости койки вычисляется как в целом по стационару, так и по отделениям. Оценка его проводится, прежде всего, путем сопоставления с расчетными нормативами Министерства здравоохранения и социального развития. С 2009 года в ОГУЗ ТОКБ койка постаивала, среднегодовая занятость койки составила 320 дней при существующем нормативе 330-340 дней. Для представления количества пролеченных больных в течение года на одной койке, необходимо рассчитать показатель оборота койки, который в ОГУЗ ТОКБ составил 22,4 при соответствующем нормативе 20-24. Средняя длительность пребывания больного на койке соответствует рекомендуемому значению – 14 дней, что характеризует правильную организацию лечебно-диагностического процесса.

По территориальной принадлежности процент госпитализированных больных: сельских жителей составил 49,4%, г. Томска - 47,8%, из других областей - 2,8%.

Показателем, характеризующим качество лечебно-диагностической работы в стационаре, является летальность, зависящая от состава больных в отделении, от возраста пациентов, пола, тяжести заболевания, своевременности госпитализации, от

предыдущего проводимого амбулаторного лечения. Показатель летальности по ОГУЗ ТОКБ составил в 2009 году – 3,8% (по РФ 1,5%).

Основную группу умерших в ОГУЗ ТОКБ составляют люди пожилого и старческого возраста, доставленные в порядке скорой и неотложной медицинской помощи, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания. В 2009 году процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов в ОГУЗ ТОКБ составил 50,7%.

Процент хирургической активности составил 64,8%, что соответствует нормативу – 60-70%.

Медицинская помощь, проводимая в стационарных условиях, является одним из самых дорогих видов медицинской помощи, оказываемых в рамках территориальной Программы государственных гарантий. Поэтому необходимо всесторонне оценивать статистические показатели деятельности ЛПУ, для принятия рациональных и обоснованных управленческих решений.

Полукова М.В.

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург.*

ЗАОЧНАЯ ФОРМА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Summary: Training in internship by correspondence form most preferably for graduates of faculty of nursing education.

В соответствии с Номенклатурой (классификатором) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации (последние изменения и дополнения внесены приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 августа 2007 г. № 553.), начиная с 2008 года, для выпускников факультета высшего сестринского образования обязательным стало прохождение первичной специализации в форме интернатуры. Интернатура по специальности «Управление сестринской деятельностью» предполагает обучение слушателей с окончанным высшим образованием и дипломом факультета ВСО в количестве 1728 часов, в течение 1 года дневного обучения с отрывом от постоянного места работы. Альтернативным вариантом - вечерняя форма. Однако такое положение вещей не устраивает как самих слушателей, так и их работодателей. В связи с этим на факультете ВСО СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова впервые в Санкт-Петербурге была обоснована и введена программа заочного обучения для интернов факультета ВСО. Программа обучения рассчитана на две очные сессии в количестве 216 часов и 1512 часов для самостоятельной работы и профессиональной подготовки. **Целью нашего исследования** был анализ мнения интернов о необходимости введения заочной формы интернатуры. **Задачами** исследования послужили: выявление эффективности получения знаний при такой форме обучения; а также недостатков в организации учебного процесса.

Разработанная в этой связи анкета, которая состояла из вопросов о половозрастной структуре студентов, их социальном статусе, целях обучения на факультете ВСО и ожиданиях от последипломного образования.

Анализ результатов анкетирования показал, что среди опрошенных были женщины в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст составил 37,2 лет). В государственных

организациях здравоохранения работает большинство респондентов (81,8%). В структуре должностей опрошенных интернов преобладали медицинские сёстры (40,9%): палатные, участковые, процедурные и операционные. А также старшие сёстры (18,2%), главные сёстры и заместители главного врача по сестринской работе (по 9,1% соответственно), и прочие специалисты (18%). Треть интернов (36,4%), принимавших участие в опросе, имеют стаж работы от 5 до 10 лет, такое же количество – 11-20 лет стаж работы до 15 и до 20 лет (по 18,2% соответственно), 27,2% - более 20 лет.

На вопрос о цели получения высшего образования на факультете ВСО респонденты могли выбрать несколько предлагавшихся ответов. На наличие диплома о высшем образовании как стимула в обучении на ВСО указали 54,5%, на повышение профессионального уровня - 45,5%; 36,4% решили получить высшее образование, так как считают профессию менеджера наиболее востребованной. 4,5% анкетированных не прошли по конкурсу в институт на лечебный факультет.

Целью и мотивацией обучения в интернатуре стали: получение сертификата специалиста (54,5%), получение новых знаний (18,2%) и повышение уровня образования (9,1%). Для 13,6% это было необходимо для соответствия занимаемой должности (по условиям лицензирования ЛПУ). Для 4,5% основной целью было общение. Для большинства респондентов (95,5%) наиболее актуальным и предпочтительным в ранге об ожидаемых следствиях обучения в интернатуре было повышение уровня знаний и получение новой информации, а также овладение управленческими навыками (86,4%). На ожидание повышения в должности после прохождения интернатуры указали более половины респондентов (59,1%).

Наиболее интересными предметами, по мнению интернов, стали психология управления (77,3%), экономика здравоохранения (59,1%), педагогика и страховое дело (по 54,5% соответственно), менеджмент (54,5%). Тем не менее, прослеживается потребность в ещё более объёмном раскрытии следующих предметов: менеджмент - на что указали 31,8% опрошенных и правовое обеспечение сестринской деятельности (27,3%). Недостаточно, на взгляд слушателей, освещаются вопросы финансовой деятельности учреждений здравоохранения и вопросы правил закупок в ЛПУ (по 9,1% соответственно).

Итоговый экзамен по специальности проходил в 2 этапа: тестовый контроль и собеседование по профильным предметам. По результатам тестирования 69,2% была выставлена итоговая оценка «отлично», 30,8% - «хорошо». В ходе заключительного собеседования оценивались профессиональное мышление специалиста, его умение решать профессиональные задачи (диагностические, тактические, организационные и др.), анализировать имеющуюся информацию и принимать по ней соответствующее решение.

Анализ анкетирования интернов показал, что обучение в интернатуре по заочной форме является наиболее предпочтительной формой обучения для выпускников факультета ВСО. Хотя, целесообразнее, на наш взгляд, ввести вместо годичной интернатуры первичную переподготовку в количестве 540 часов.

**Понькин С.Л.¹, Лебедева Е.С.², Суворова Т.С.³,
Тов Н.Л.⁴, Мовчан Е.А.⁵, Дюбанова Г.А.⁶**

*Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск;
Государственная Новосибирская областная клиническая больница, г. Новосибирск*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК И ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ

The systemic vasculitides continue to present the practicing clinician with many challenges. The spectrum and severity of disease is broad from life or sight threatening fulminant disease to relatively minor skin disease. The clinical manifestations associated with systemic vasculitis are so protean that they have been described and reviewed under the heading of a variety of syndromes. This article is analyzing local epidemiological and clinical features of systemic vasculitides in region of Novosibirsk. The data was based on retrospective analysis of 279 cases of hospitalization due to exacerbation of the disease. It was expected that involvement of lungs and kidneys in vasculitides was typical, but inside the observable group the worst indices of pulmonary and renal function were in subgroup of ANCA-associated vasculitides whereas cardiovascular lesions were equal in both groups. Activity of the process evaluated on the basis of Birmingham Vasculitis Activity Score was also the highest in ANCA-subgroup, and was correlated with elevation of fibrinogen and decrease in renal function.

Системные васкулиты представляют собой малоизученную гетерогенную группу заболеваний, вовлекающих в патологический процесс стенку сосудов различного типа, размера и локализации. По данным эпидемиологических исследований, наметилась четкая тенденция к увеличению частоты встречаемости системных васкулитов. Клинические проявления этих нозологий настолько разнообразны, что нередко постановка самого диагноза системного васкулита, не говоря уже о дальнейшем ведении больных, вызывает огромные трудности. Противоречивость эпидемиологических данных, описывающих маленькие популяции, трудность диагностики, тяжесть течения, а также плохой прогноз обуславливают необходимость более детального и целенаправленного изучения данной проблемы.

Целью данного исследования явилась характеристика клинико-эпидемиологических особенностей поражения почек и легких при системных васкулитах у больных Новосибирской области. Проведен ретроспективный анализ 279 историй болезни 58 больных (34 мужчин (58,6%) и 24 женщины (41,4%)) системными васкулитами (19 случаев (32,8%) васкулитов, ассоциированных с антинейтрофильными антителами (АНЦА-ассоциированных васкулитов), 39 (67,2%) – других системных васкулитов), находившихся на лечении в нефрологическом отделении ГБУЗ НСО ГНОКБ в период с 1 января 2007 года по 31 декабря 2010 года. Возраст больных колебался от 17 до 86 лет (52,5±21,6 года). Продолжительность наблюдения за больными колебалась от однократного обследования до 34 месяцев (19,8±5,0 месяцев). Прижизненная биопсия почки проводилась у 31 пациента; данные патоморфологического исследования подтвердили диагноз в 100% случаев: 8 (25,8%) наблюдений АНЦА-ассоциированного васкулита (микроскопический полиангиит, гранулематоз Вегенера, синдром Чардж-

¹ Интерн кафедры внутренних болезней лечебного факультета НГМУ

² Интерн кафедры внутренних болезней лечебного факультета НГМУ

³ Ассистент кафедры внутренних болезней лечебного факультета НГМУ, кандидат медицинских наук

⁴ Профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой внутренних болезней лечебного факультета НГМУ

⁵ Профессор кафедры внутренних болезней лечебного факультета НГМУ, доктор медицинских наук

⁶ Руководитель Новосибирского областного нефрологического центра ГБУЗ НСО ГНОКБ, главный нефролог Минздрава НСО

Стресса) и 23 (74,2%) – других системных васкулитов (узелковый полиартериит, смешанная криоглобулинемия, геморрагический васкулит, болезнь Винивартера-Бюргера). Статистический анализ был выполнен с использованием программы Statistica 6.0.

Нами были выделены две группы больных, исходя из патогенеза заболевания, к тому же значительно различающиеся по гендерному составу: “малоиммунные” (АНЦА-ассоциированные васкулиты (14 женщин (73,7%) и 5 мужчин (26,3%)) и “иммунные” (другие системные васкулиты (10 женщин (25,6%) и 29 мужчин (74,4%)). Пик заболеваемости пришелся на возраст 40-60 лет, обусловив 48,3% всех новых случаев в общей исследуемой группе; в группе же АНЦА-ассоциированных васкулитов отмечалось два пика – 30-40 (31,6%) и 50-60 (36,8%) лет – с необъяснимым “провалом” в возрасте 40-50 лет – всего лишь 1 случай (5,3%).

Количество госпитализаций в среднем составило $4,81 \pm 1,23$: в группе АНЦА-ассоциированных васкулитов – $7,58 \pm 2,59$, возрастая до $10,80 \pm 3,34$ в группе больных гранулематозом Вегенера; в группе же других системных васкулитов этот показатель был равен $3,46 \pm 1,14$). Указания на возможный этиологический фактор имели место у 18 пациентов (31,0%): в 13 случаях (22,4%) удалось проследить связь заболевания с вирусной инфекцией (вирусные гепатиты В (13,8%) и С (6,9%), цитомегаловирус (1,7%)), в 5 (8,6%) – с приемом лекарственных средств (цефалоспорины II (1,7%) и III (1,7%) поколений, ингибиторы АПФ (5,2%)). В 17 случаях (29,3%) болезнь дебютировала поражением почек (остронефритический (8,6%), нефритический синдромы (19,0%), быстропрогрессирующая почечная недостаточность (24,1%)), из них 13 эпизодов (76,5%) были связаны с АНЦА-ассоциированными васкулитами; в 11 (19,0%) – легких (синдром бронхообструкции (5,2%), дыхательная недостаточность (17,2%)), легочные кровотечения (3,4%), легочные инфильтраты (8,6%)), при этом доля АНЦА-ассоциированных васкулитов составила 90,9% (10 случаев); в 10 наблюдениях (17,2%) – их сочетанием; в остальных случаях на первый план выходили поражения кожи (папулопетехиальная пурпура, сетчатое ливедо) и лихорадочный синдром (8 (13,8%) и 12 (20,7%), соответственно).

С течением заболевания поражение почек отмечалось у 98,3% пациентов, легких – у 55,2% (при этом, в группе АНЦА-ассоциированных васкулитов эта доля возрасала до 89,5% у больных гранулематозом Вегенера, $p=0,05$), кожи – у 74,1% (в группе АНЦА-ассоциированных васкулитов – 57,9%), сердечно-сосудистой системы – у 84,5% (по этому показателю две группы были идентичны – 84,2% и 84,6%), периферической нервной системы (мононевриты, полинейропатия) – у 60,3%.

Активность процесса, определенная на основании клинико-лабораторных данных с использованием шкалы BVAS, была выше в группе АНЦА-ассоциированных васкулитов (I степень – 0%, II степень – 21,1%, III степень – 78,9%) по сравнению с группой других системных васкулитов (33,3%, 30,8% и 35,9%, соответственно, $p=0,005$), при этом она коррелировала со степенью снижения скорости клубочковой фильтрации (степень корреляции 0,808); уровнем повышения креатинина (степень корреляции 0,727) и маркеров воспалительного процесса, в частности фибриногена (степень корреляции 0,752).

Полученные данные свидетельствуют о преобладании в группе исследуемых больных пациентов мужского пола в возрасте от 40 до 60 лет. Для группы АНЦА-ассоциированных васкулитов оказалось характерным преобладание пациентов женского пола в возрасте от 30 до 40 и от 50 до 60, наиболее частое поражение легких и почек (по данным снижения скорости клубочковой фильтрации и повышения уровня сывороточного креатинина), более высокая степень активности воспалительного процесса (что выражалось в более высоком балле по шкале BVAS и

более выраженном повышении фибриногена), а также большее число госпитализаций и, соответственно, большие экономические затраты. АНЦА-ассоциированные васкулиты занимают особую “нишу” в группе системных васкулитов, определяя наиболее тяжелые формы их течения.

©Поскотина М.И.¹

Региональная общественная организация «Новосибирская профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» (РОО НПАССД), г. Новосибирск

ПРЕЗЕНТАЦИЯ ИЗДАНИЯ «РУКОВОДСТВО ПО ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕХНИКЕ»

Аннотация: «Руководство по инъекционной технике» (далее Руководство), разработано в соответствии с основными задачами отраслевого документа «Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010 – 2020 годы» и планом работы РОО НПАССД на 2010 г. (п.3.1.). В Руководстве кратко изложена история вопроса, дано описание видов и типов инъекционных игл и шприцев, представлены алгоритмы выполнения внутрикожных, подкожных, внутримышечных и внутривенных инъекций с использованием шприцев и инфузионных канюль/катетеров, а также дано описание постинъекционных осложнений.

Целью написания настоящего Руководства послужила необходимость создания единого обзорного издания, касающегося всестороннего описания инъекций, как важного элемента манипуляционной техники.

Инъекция (от лат. *injectio* – вбрасывание, впрыскивание, наполнение) – ведение медицинских препаратов в организм с помощью шприца и иглы, минуя желудочно-кишечный тракт.

Инъекция является одной из самых распространенных медицинских процедур. В мире ежегодно выполняется 8 – 12 млрд. инъекций, в том числе 1 млрд. – детям. Подавляющее большинство инъекций, около 95 %, проводится в лечебно-диагностических целях, примерно 3 % приходится на иммунизацию, и 2 % применяются в иных целях.

В связи с огромным количеством выполняемых инъекций, ВОЗ дала определения понятиям «безопасная инъекция» и «опасная инъекция». «Безопасная инъекция – это инъекция, которая не наносит вреда реципиенту, не подвергает ненужному риску медицинского работника и не приводит к накоплению отходов, которые опасны для других лиц» (Report of the WHO TECHNET meeting, 1994). «Опасная инъекция – это инъекция, при проведении которой подразумевается повторное использование шприца и/или иглы без стерилизации (за исключением других видов несоблюдения условий асептики при проведении стерилизации изделий медицинского назначения), случаев инфицирования медицинского персонала при случайном повреждении кожи иглой или инфицирование других лиц при неправильном обращении с медицинскими отходами».

Исходя из вышеизложенного следует отметить, что эффективность и безопасность парентерального введения лекарственных веществ, будет зависеть от соблюдения определенных правил: выполнения требований асептики и антисептики при подготовке, проведении и окончании инъекции; правильного выбора шприца и инъекционной иглы; адекватного выбора инъекционного поля.

«Руководство по инъекционной технике» адресовано преподавателям и студентам вузов и средних профессиональных образовательных учреждений:

¹ Поскотина Маргарита Ивановна – преподаватель сестринского дела, член Координационного совета РОО НПАССД

- по специальностям высшего профессионального образования 060101 – Лечебное дело, 060103 – Педиатрия, 060109 – Сестринское дело, программам дополнительного образования в области здравоохранения;
- по специальности высшего профессионального образования 050104 – Безопасность жизнедеятельности;
- по специальностям среднего профессионального медицинского образования.

Пушкарёв О.В.¹

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»,
Новосибирский государственный медицинский университет, НИИ комплексных проблем гигиены и
профессиональных заболеваний СО РАМН, г. Новосибирск*

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ КАК ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здоровье населения – интегральный показатель качества жизни и объективный критерий оценки успешности проводимых политических, социальных и экономических реформ, в том числе и Программы модернизации здравоохранения. Оценка эффективности модернизации здравоохранения – одна из главных проблем на современном этапе. Предлагаются новые подходы для решения этой проблемы.

Разработанная комплексная оценка медико-экономической эффективности здравоохранения включает три логически связанных научных компонента исследования: эффективность государственного, регионального и муниципального управления; оценка медико-экономической эффективности и выбор оптимальных альтернативных программ и методов лечения и профилактики; медико-экономическая эффективность отдельных ЛПУ (на примере многопрофильных клинических больниц).

При оценке **эффективности государственного, регионального и муниципального управления** проблема рассматривается с двух сторон: с одной стороны, определяется прямой экономический ущерб общества от потерь человеческого капитала, а именно, капитала здоровья трудоспособного населения (социально-экономическая эффективность); с другой - оценивается эффективность деятельности органов управления.

Критерии эффективности, методика расчёта и математическая модель. Для интегральной оценки социально-экономической эффективности рекомендуется критерий – потери валового внутреннего продукта (ВВП) в результате потерь человеко-лет жизни трудоспособного населения в определённом интервале времени. Математическая модель описывает функциональные связи между этими величинами. Рассчитываются потери из-за преждевременной смертности трудоспособного населения, временной утраты трудоспособности по болезни и инвалидности, накопления «груза болезней» и по причине низкой рождаемости. Решение позволяет оценить прямой ущерб общества от потерь человеко-лет жизни и сопоставить его с расходами на финансирование здравоохранения. Ущерб оценивается потерями валового внутреннего продукта (ВВП), потери человеко-лет жизни – индексом DALY. При таком подходе исходили из предположения, что улучшение здоровья человека, способствует повышению производительности труда и, как следствие, увеличению ВВП страны. Для России, Новосибирской области (НСО) и г. Новосибирска определены потери человеко-лет жизни по годам на 1 млн. жителей. Экономия на

¹ Д.м.н., начальник службы информационно-аналитического обеспечения, управления качеством медицинской помощи и перспективного планирования ГБУЗ НСО ГНОКБ

здравоохранении, государство несёт большие потери. Потери человеко-лет жизни трудоспособного населения из-за преждевременной смертности, инвалидности и заболеваемости в 2007 году эквивалентны потерям 4 386 107 человек – Россия, 91 658 – НСО, 45 850 человек – Новосибирск. Потери ВВП по этой причине соответственно составили (доля от ВВП): 4,71%, 7,36% и 6,35%. Суммарные потери в России 332915,8 млн. руб., а расходы на здравоохранение по данным Министерства финансов – 152 488,1 млн. руб., т.е. расходы на здравоохранение составили 45,8% от потерь ВВП. В Новосибирской области и Новосибирске они составили 24,00% и 29,45% соответственно. Потери ВВП в результате потерь капитала здоровья трудоспособного населения составляют 4-8 % от ВВП и в 3-4 раза превышают расходы на здравоохранение.

Для оценки эффективности управления введено новое понятие – *регулирующий эффект системы здравоохранения* (РЭЗ). Под РЭЗ понимается степень увеличения или уменьшения потерь капитала здоровья населения с изменением затраченных на это ресурсов здравоохранения. Регулирующий эффект здравоохранения определяется характером изменения соотношения приращения потерь человеко-лет здоровой жизни и приращения затрат. Окончательный вывод об эффективности управления нужно делать не по одному году, а по общей тенденции изменения РЭЗ в течение нескольких расчётных периодов. Показано, что в 1998-2003 гг. общей положительной тенденции в управлении не наблюдалось. Это и вызвало необходимость реформирования системы здравоохранения. И только с 2004 года увеличение затрат на здравоохранение даёт положительный результат – потери капитала здоровья на единицу затрат начали уменьшаться. Наибольший эффект достигнут в 2006 г., наблюдался максимум уменьшения потерь капитала на единицу затрат. Национальный проект «Здоровье» дал положительные результаты.

Второй компонент научного исследования – **оценка эффективности и выбор оптимальных программ и методов профилактики и лечения**. В основе метода лежит утверждение о том, что ресурсы в системе охраны здоровья должны распределяться по видам воздействий и группам населения так, чтобы обеспечить возможный наивысший уровень здоровья популяции в целом, а не отдельного больного. Критерий эффективности – продлённые годы здоровой жизни, оцениваемые показателем QALY. Нами доведён до практической реализации анализ эффективности затрат (АЭЗ). Разработана оптимизационная математическая модель АЭЗ с применением методов линейного программирования, составлена компьютерная программа. Этот метод является аналитическим инструментом, который рекомендуется использовать для оказания помощи лицам, принимающим решения, в проведении оценки и сравнении затрат и эффективности альтернативных путей достижения целей.

Третий компонент научного исследования – **вероятностно-стохастическая модель медико-экономической эффективности многопрофильной больницы**. Для практического использования предлагается модель оценки эффективности многопрофильной больницы и её программная реализация. Она представлена новой методикой, основанной на использовании стохастической математической модели. Практическая ценность этой методики заключается в возможности количественной оценки медико-экономической эффективности функционирования подразделений и больницы в целом. Для оценки эффективности предложен новый единый показатель – вероятность достижения цели, т.е. вероятность достижения эффекта при изменении затрат. Такой критерий поможет принимать научно-обоснованные управленческие решения при распределении ресурсов между отделениями и оценивать деятельность ЛПУ. Методика исследования включает комплекс методических рекомендаций по

расчёту медико-экономической эффективности многопрофильной больницы с использованием предложенного метода и разработанных на его основе компьютерных программ. Программы позволяют работать со всеми системами управления базами данных с последующим импортом требуемых баз в EXCEL и систему STATISTICA. Программа адаптирована для получения информации из стандартных баз данных, поддерживаемых стационарами, работающими в системе обязательного медицинского страхования.

Вывод. Три компонента научного исследования представляют единый комплекс оценки медико-экономической эффективности здравоохранения на различных иерархических уровнях управления. Предложенные критерии, методы и программы позволяют оценить эффективность управления, медико-социальную и медико-экономическую эффективность и выбрать наиболее эффективные медицинские программы. Особую значимость предложенные методики приобретают в условиях модернизации системы здравоохранения РФ для оценки её результатов.

**Радченко Л.П., Чернышев В.М., Иванова Л.К., Юсупова К.Г.,
Мингазов И.Ф., Круглова Э.В.**

*ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России», г. Новосибирск,
ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области», г. Новосибирск*

ОСНОВНЫЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2010 ГОДУ

Fertility in the average of the Siberian federal district was 13.9 per 1000 population (Russian Federation - 12.6), slightly lower than in 2009, when the figure was 14.0 per 1000 population. The mortality rate of the population of SFO decreased from 16.5 per 1000 population to 14.0, which is lower than the average in the Russian Federation (14.3 per 1000 population).

Численность населения Сибирского федерального округа (СФО) по предварительным данным переписи населения на 01.01.2011 г. составила 19255624 человек. По данным федеральной службы государственной статистики в 2010 году в СФО родилось 272488 ребенка, что на 1004 меньше чем в 2009 г. Рождаемость в среднем по округу составила 13,9 на 1000 населения (РФ – 12,6), что несколько ниже, чем в 2009 году (14,0 на 1000 населения). Среди регионов СФО максимальные уровни рождаемости зарегистрированы в республиках Тыва (25,8) и Алтай (20,1), наименьший в Алтайском крае – 12,4 на 1000 населения.

Показатель общей смертности населения в СФО составил 14,0 (РФ - 14,3 на 1000 населения). Снижение его в 2010 году зарегистрировано в республиках Тыва и Бурятия, а также в Кемеровской, Новосибирской и Томской областях. Общая смертность населения сохраняется высокой в Кемеровской области (15,8) и Алтайском крае -16,9 на 1000 населения.

В 2010 году показатели естественной убыли в округе составил - 0,1 на 1000 населения, это один из самых низких показателей в стране, вместе с тем в 2009 году в округе имел место естественный прирост (0,1). В 2010 году он зафиксирован на 8 регионах. В Республике Тыва в 2009 и 2010 г. он был один из самых высоких в стране (+14,5 на 1000 жителей). В 4-х территориях наблюдается естественная убыль населения (Алтайский край, Кемеровская, Новосибирская и Омская области), самая значительная - в Кемеровской области (-2,8) и Алтайском крае (- 2,2 на 1000 населения).

В связи с общей динамикой снижения смертности населения за последние годы ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в СФО постепенно увеличивается (рис.1.).

Так, при рождении в 2009 году ожидаемая продолжительность предстоящей жизни составила в округе – 67,0 года (2008 г. – 66, 2), у мужчин – 60,1 года (2008 г - 60,1), у женщин - 72,7 года (2008 г. - 72,7). Самым низким уровень ожидаемой продолжительности предстоящей жизни остается в Республике Тыва (60 лет) и Забайкальском крае (64,7 года). Наибольшим, в Новосибирской (68,9), Омской (68,7) областях, а так же Алтайском крае (68,5 года).

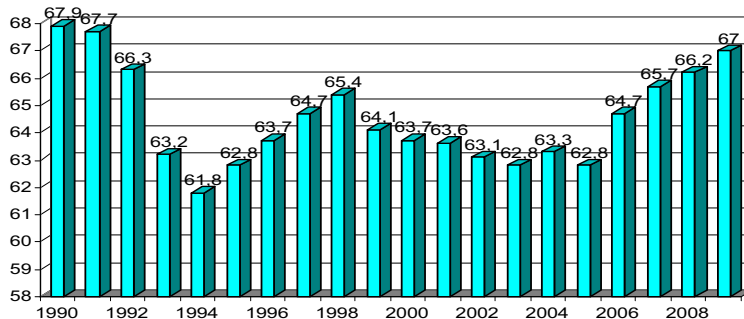


Рис. 1. Показатель динамики средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни по Сибирскому Федеральному округу в 1990 – 2009 годах (всего, лет).

Наибольшая продолжительность ожидаемой предстоящей жизни у **женщин** в 2009 году наблюдалась в Новосибирской (75,0 года), Омской (74,5) областях и Алтайском крае (74,4). Минимальная составил 66,0 года в Республике Тыва. Разница между минимальным и максимальным уровнем средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни у женского населения составил в 2009 году 9,0 лет. Наибольшая продолжительность ожидаемой предстоящей жизни у мужчин в 2009 году имела место в Новосибирской (63,0 года) и Омской (62,9) областях. Минимальная (54,4) зарегистрирован в Республике Тыва. Разница между минимальным и максимальным уровнем средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни у мужского населения составил в 2009 году 8,6 года.

По данным федеральной службы государственной статистики в СФО в 2010 году в возрасте до 1 года умерло 2289 ребенка. Младенческая смертность составила 8,4 на 1000 родившихся живыми (2009 г. - 9,1), при среднем показателе по Российской Федерации – 7,5. В 2010 г. она увеличилась в Алтайском и Забайкальском краях, Республике Хакасия. Наиболее высокой остается в Республике Тыва (12,4 на 1000 родившихся живыми).

Выводы. В СФО в 2010 году произошло некоторое ухудшение демографической ситуации (снижение рождаемости, рост общей смертности населения, естественный прирост в 2009 году (0,1 на 1000 населения) сменился естественной убылью (-0,1). Вместе с тем, она лучше чем в целом ситуация в стране, но требует дополнительных усилий со стороны органов государственной власти регионов округа.

**Радченко Л.П., Чернышев В.М., Иванова Л.К.,
Юсупова К.Г., Мингазов И.Ф., Круглова Э.В.**

*ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России», г. Новосибирск,
ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области», г. Новосибирск*

СТРУКТУРА И ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

The incidence of first ever diagnosis for the entire population was on the SFO in 2010, 805.6 cases per 1000 population. Registered unemployment primary primary morbidity SFD compared with 2009 has decreased.

Заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом для всего населения составила по СФО в 2010 году 805,6 случая на 1000 населения, несколько ниже, чем в 2009 году (рис. 1).

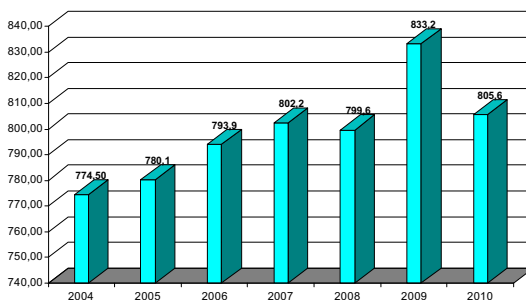


Рис. 1. Динамика заболеваемости населения СФО с впервые в жизни установленным диагнозом (на 1000 всего населения).

В ее структуре лидируют болезни органов дыхания – 307,5 случаев на 1000 населения (38,2%), несчастные случаи, травмы и отравления – 97,1 случая (12,0 %). Последующие места занимают болезни мочеполовой системы – 53,6 случаев (6,7 %), кожи и подкожной клетчатки – 44,3 случаев (5,5 %), органов пищеварения – 42,3 случаев (5,2%), инфекционные и паразитарные болезни – 35,7 случаев (4,4 %).

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости за 2000-2010 годы отмечается в Алтайском крае, минимальный - в республиках Бурятия, Тыва и Томской области (рис. 2).

Первичная заболеваемость у взрослых составила в 2010 году 590,1 случая на 1000 взрослого населения. Наиболее высокая она в Алтайском крае, а минимальная в Республике Тыва, Забайкальском крае и Томской области. В структуре на первом месте болезни органов дыхания – 136,5 случаев на 1000 населения (23,1 %), несчастные случаи, травмы и отравления – 96,2 случаев (16,3 %), далее следуют болезни мочеполовой системы – 57,6 случаев (9,8 %), кожи и подкожной клетчатки – 36,4 случаев (6,2 %), системы кровообращения – 36,4 (6,2 %), костно-мышечной системы – 37,0 (6,3%), глаза и его придаточного аппарата – 33,4 (5,7 %), инфекционные и паразитарные болезни – 25,8 случаев (4,4 %), болезни органов пищеварения – 33,3 случаев (5,5 %).

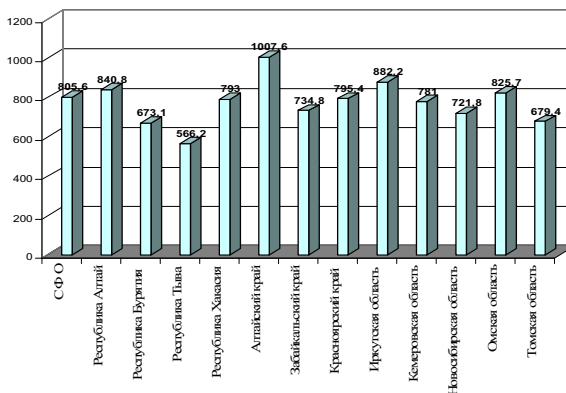


Рис.2. Заболеваемость населения с впервые в жизни установленным диагнозом (в 2010 г. на 1000 населения).

Первичная заболеваемость у подростков составила в 2010 году 1163,4 случая (в 2009 году 1299,9 на 1000 подростков). Наиболее высокая она в Алтайском крае в Иркутской, Кемеровской и Омской областях, минимальная - в республиках Тыва, Бурятия и Алтай.

Больше других в структуре зарегистрированы болезни органов дыхания – 537,7 случаев на 1000 населения (46,2 %), несчастные случаи, травмы и отравления – 128,3 случаев (11,0 %). Последующие места занимают болезни кожи и подкожной клетчатки – 68,1 случаев (5,9 %), органов пищеварения – 68,1 % случаев (5,9 %), костно-мышечной системы – 55,5 случаев (4,8 %), мочеполовой системы – 56,7 случаев (4,9 %), глаза и его придаточного аппарата – 52,5 случаев (4,5 %).

Наиболее высокая первичная заболеваемость отмечена у детей, которая составила в 2010 году 1800,2 случая на 1000 населения (в 2009 году 1831,0 на 1000 населения). Наиболее высокий ее уровень наблюдался в Томской, Иркутской и Новосибирской областях. Минимальный у детей в республиках Тыва, Алтай и Бурятия (рис. 2).

В структуре первичной заболеваемости у детей на первом месте болезни органов дыхания, – 1105,2 случаев на 1000 населения (61,4 %), несчастные случаи, травмы и отравления – 95,3 случаев (5,3 %). Последующие места занимают болезни органов пищеварения – 86,4 случаев (4,8 %), инфекционные и паразитарные болезни – 84,4 случаев (4,7 %), болезни кожи и подкожной клетчатки – 78,4 случаев (4,4 %).

**Радченко Л.П., Чернышев В.М.,
Иванова Л.К., Юсупова К.Г., Мингазов И.Ф., Круглова Э.В.**

*ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России», г. Новосибирск,
ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области», г. Новосибирск*

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом для **всего населения** составила по СФО в 2010 году 805,6 случая на 1000 населения. Зарегистрированный

уровень первичной заболеваемости населения СФО по сравнению с 2009 годом снизился.

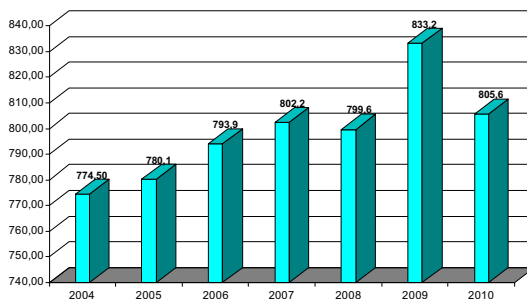


Рис. 1. Динамика заболеваемости населения СФО с впервые в жизни установленным диагнозом (на 1000 всего населения).

В структуре первичной заболеваемости лидируют болезни органов дыхания – 307,5 случаев на 1000 населения (38,2 % в структуре), несчастные случаи, травмы и отравления – 97,1 случая (12,0 % в структуре). Последующие места занимают болезни мочеполовой системы – 53,6 случаев (в структуре - 6,7 %), кожи и подкожной клетчатки – 44,3 случая (5,5 % в структуре), органов пищеварения – 42,3 случая (5,2% в структуре), инфекционные и паразитарные болезни – 35,7 случаев (4,4 % в структуре). Среди всех возрастных групп на первом месте по частоте регистрации первичной заболеваемости стоят болезни органов дыхания.

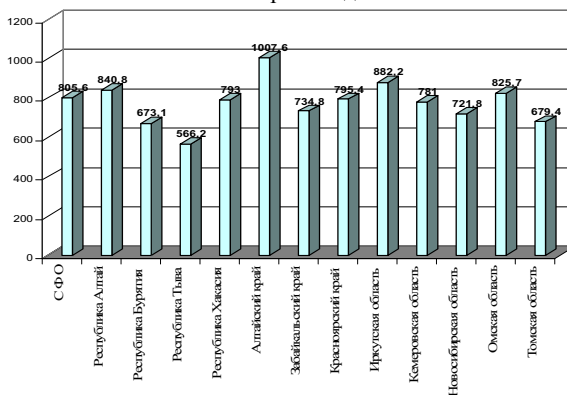


Рис.2. Заболеваемость населения с впервые в жизни установленным диагнозом (в 2010 г. на 1000 населения).

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости за 2000-2010 годы отмечается в Алтайском крае. Минимальные уровни первичной заболеваемости населения в 2010 г. в СФО зафиксированы в Республике Тыва, Республике Бурятия и Томской области.

Первичная заболеваемость у взрослых составила в 2010 году 590,1 случая на 1000 взрослого населения. Зарегистрированный уровень первичной заболеваемости, по сравнению с 2009 годом снизился. Наиболее высокий уровень первичной

заболеваемости у взрослого населения за 2000-2010 годы отмечается в Алтайском крае. Минимальные уровни первичной заболеваемости в СФО отмечаются в Республике Тыва, Забайкальском крае и Томской области. В структуре первичной заболеваемости у взрослого населения лидируют болезни органов дыхания – 136,5 случаев на 1000 населения (23,1 %), несчастные случаи, травмы и отравления – 96,2 случаев (16,3 %). Последующие места занимают болезни мочеполовой системы – 57,6 случаев (9,8 %), кожи и подкожной клетчатки – 36,4 случаев (6,2 %), болезни системы кровообращения – 36,4 (6,2 %), болезни костно-мышечной системы – 37,0 (6,3%), болезни глаза и его придаточного аппарата – 33,4 (5,7 %), инфекционные и паразитарные болезни – 25,8 случаев (4,4 %), болезни органов пищеварения – 33,3 случаев (5,5 %).

Первичная заболеваемость у подростков составила в 2010 году 1163,4 случая, что ниже уровня 2009 года (1299,9 на 1000 подростков). Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости у подростков в 2010 г. отмечается в Алтайском крае. Высокий уровень также наблюдается в Омской, Кемеровской и Иркутской областях. Минимальные уровни первичной заболеваемости у детей в СФО отмечаются в республиках Тыва, Бурятия и Алтай.

В структуре первичной заболеваемости лидируют болезни органов дыхания – 537,7 случаев на 1000 населения (46,2 %), несчастные случаи, травмы и отравления – 128,3 случаев (11,0 %). Последующие места занимают болезни кожи и подкожной клетчатки – 68,1 случаев (5,9 %), болезни органов пищеварения – 68,1 % случаев (5,9 %), болезни костно-мышечной системы – 55,5 случаев (4,8 %), болезни мочеполовой системы – 56,7 случаев (4,9 %), болезни глаза и его придаточного аппарата – 52,5 случаев (4,5 %).

Первичная заболеваемость у детей по СФО составила в 2010 году 1800,2 случая на 1000 населения, что ниже, чем в 2009 году (1831,0 на 1000 населения). Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости у детей в 2010 г. отмечается в томской, Иркутской и Новосибирской областях. Минимальные уровни первичной заболеваемости у детей в СФО отмечаются в республиках Тыва, Алтай и Бурятия.

В структуре первичной заболеваемости у детей на первом месте болезни органов дыхания, – 1105,2 случаев на 1000 населения (61,4 %), несчастные случаи, травмы и отравления – 95,3 случаев (5,3 %). Последующие места занимают болезни органов пищеварения – 86,4 % случаев (4,8 %), инфекционные и паразитарные болезни – 84,4 случаев (4,7 %), болезни кожи и подкожной клетчатки – 78,4 случаев (4,4 %).

Выводы:

1. В 2010 году в целом по СФО произошло снижение уровня заболеваемости населения с впервые в жизни установленным диагнозом по всем возрастным группам (взрослые, подростки, дети).

2. Снижение уровня заболеваемости населения с впервые в жизни установленным диагнозом связано, в том числе, и с проведенным рекомендованным комплексом мероприятий по профилактике заболеваемости населения (вакцинация, профилактические осмотры, диспансеризация и т.д.).

Сараев А. Р.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ГОРОДА САМАРЫ

Аннотация: Экономичные методы управления – необходимое условие для того, чтобы обеспечить доступность и высокий уровень медицинской помощи и успешного функционирования учреждения. Функционирование учреждений в условиях жесткой ограниченности ресурсов и хозяйственной самостоятельности приводит к тому, что основными аспектами деятельности главных врачей становится решение экономических, организационных, управленческих и юридических вопросов. Таким образом, руководители учреждения из числа медицинского персонала должны в обязательном порядке проходить специальную подготовку в области экономики и управления медицинской организацией.

Annotation: Economical methods of management – the necessary condition for providing availability and high medical insurance rate and successful establishment functioning. Establishment functioning in the conditions of hard limitedness of resources and economical management independence leads to the situation, when the main aspects of the head doctor work becomes economical, organizational, administrative and juridical problems solving. Thereby, establishment leaders from among medical staff obligatory should have special training in the field of economics and management of medical establishment.

Экономические методы управления - необходимое условие для обеспечения доступности и высокого качества медицинской помощи и успешного функционирования учреждения. Медицинские учреждения, получив определенную самостоятельность, приобрели возможность автономно выстраивать стратегию своего развития, искать новые пути улучшения и совершенствования медицинских услуг для граждан РФ. Для эффективной работы необходимо обеспечение сохранения преемственности и улучшения взаимодействия между структурными подразделениями, рациональное использование ресурсов учреждения, совершенствование методического руководства и эффективное использование кадрового потенциала, грамотное планирование деятельности, взаимодействие с внешней средой.

Для полного освещения вопросов связанных с экономико-управленческими аспектами работы медицинских предприятий проводилось письменное анкетирование 32 руководителей учреждений здравоохранения и их заместителей г. Самары. Стаж организационной деятельности респондентов колеблется в диапазоне от 4 до 35 лет, многие из них имеют дополнительное образование. Так в качестве дополнительного образования 28% руководителей обозначили наличие специализации по организации здравоохранения и общественному здоровью, 28% - второе высшее образование и 38% - посещение курсов профессионального совершенствования, в основном по менеджменту в медицинских организациях. Из числа респондентов, получивших второе высшее образование (8 участников исследования) 38% руководителей имеют второе высшее экономическое образование (3 человека), 25% - юридическое (2 человека), один из заместителей руководителей учреждений здравоохранения окончил факультет руководящего военно-медицинского состава Военно-медицинского института (13%) и 25% респондентов не указали специализации.

Группе исследуемых было предложено ранжировать основные вопросы, решаемые ими в рамках управления учреждением. 53% руководителей на первое место при осуществлении ими управленческой деятельности ставят решение экономических вопросов, затем равное значение имеют медицинские, организационные и управленческие аспекты (16%), решению юридических вопросов ни один из руководителей не отводит первостепенного значения в своей работе. На второе место

по значимости в реализации функций руководителя учреждения здравоохранения также большинство респондентов относят сферу экономических аспектов деятельности (31%), затем следует решение юридических (28%), организационных (22%), управленческих (16%) и медицинских вопросов (3%). Третье место в данной иерархии выполняемых руководителем учреждения здравоохранения функций выглядит следующим образом: 31% исследуемых отмечают необходимость реализации управленческих аспектов деятельности, 28% относит на третье место решение медицинских вопросов, 19% - юридических, 13% - экономических и 9% - организационных.

Далее респондентам необходимо было обозначить те вопросы, решение которых представляет для руководителей учреждений здравоохранения наибольшие затруднения. Для 84% опрошенных сложной представляется сфера экономических отношений, у 66% руководителей сложности также возникают при решении юридических вопросов работы учреждения. Управленческие аспекты деятельности представляют сложности для 13% респондентов, еще 6% испытывает затруднения, связанные с разрешением организационных вопросов (суммарное значение полученных показателей превышает 100%, поскольку возможно несколько вариантов ответа). Примечательно, что медицинская сторона деятельности учреждений не представляет трудностей ни для одного из руководителей.

На вопрос о том, достаточно ли исследуемым имеющихся знаний, 31% респондентов дали положительный ответ и 69% - отрицательный.

Для восполнения недостающих знаний 84% руководителей прибегают к консультациям экономистов, юристов, коллег, 81% исследуемых посещают курсы совершенствования и 59% респондентов уделяет время на самообразование.

25% руководителей учреждений здравоохранения имеют в своем штате специалиста в области экономики и управления здравоохранением с соответствующим образованием, 75% утверждает, что специалист подобного рода в возглавляемом ими учреждении отсутствует.

О необходимости осуществления специальной подготовки экономико-управленческих кадров для учреждений здравоохранения заявляют 100% опрошенных.

Как видно из результатов проведенного анкетирования, современные условия хозяйствования накладывают отпечаток на работу руководителей учреждений здравоохранения. Функционирование учреждений в условиях жесткой ограниченности ресурсов и хозяйственной самостоятельности приводит к тому, что основными аспектами деятельности главных врачей становится решение экономических, организационных, управленческих и юридических вопросов. В то же время, в силу сложившихся особенностей кадровой политики в нашей стране, большинство руководителей не имеют специальных знаний в данной сфере, что подтверждается результатами исследования – наибольшие затруднения при осуществлении трудовой деятельности у главных врачей вызывают экономические и юридические аспекты.

Таким образом, руководители учреждения из числа медицинского персонала должны в обязательном порядке проходить специальную подготовку в области экономики и управления медицинской организацией.

В ходе реализации профессиональных функций врачи испытывают недостаток в сфере экономических и юридических знаний, что свидетельствует о необходимости пересмотра штатного расписания с целью внедрения в штат специалиста в области экономики и управления здравоохранением, в том числе с целью обеспечения юридической защиты персонала.

Синяговская Н.Г.¹

*Алтайская больница (Филиал №1 ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства»), г. Барнаул*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

In the conditions of modernization of public health services of Russia, controls the medical organization should have possibility of a constant estimation of level and quality of work treatment-and-prophylactic establishment. In 2011 in Branch №1 Federal State Establishment « The Siberian District Medical Center» Federal Medical and Biologic Agency Russia is started the pilot project «Personal card of the patient of a hospital». In which the actions connected with the organization of medical services, directed on satisfaction of requirements of the population in maintenance and recovery of health, ordering of sequence of diagnostic and medical actions, in a combination to an estimation of efficiency of medical aid on the basis of objective criteria are regulated.

Для повышения эффективности управления ЛПУ и более полного удовлетворения потребностей пациентов стационаров в информации о состоянии их здоровья, предстоящем лечении и т.д., необходимы полные и оперативные данные как о лечебно-диагностическом процессе, так и о требованиях, которые должен выполнять больной.

В настоящее время, унифицированные медицинские формы (003/у - лист назначений стационарного больного, 066/у-02 статистическая карта вышедшего из стационара, лист назначения), не дают полного представления о состоянии лечебно-диагностического процесса. Вся информация об указанных медицинских услугах в режиме реального времени не сконцентрирована в одном документе, который был бы полезен для пациента. У него нет полной представления о предстоящих лечебных и диагностических мероприятиях. Полученная в устной форме, от лечащего врача и среднего медицинского персонала, информация о режиме отделения, способах подготовки к сдаче анализов, правилах поведения до и после процедур и манипуляций, расписание и правила приема таблетированных форм лекарственных средств не в полном объеме запоминается пациентом. Данная проблема затрагивает системы организации лечебного процесса, информационного обеспечения и контроля качества медицинской помощи.

По инициативе администрации больницы разработан локальный стандарт медицинской службы стационара, «Личная карта пациента стационара», в которой регламентируются действия, связанные с организацией медицинских услуг, направленные на удовлетворение потребностей пациента в поддержании и восстановлении здоровья, упорядочивание проведения диагностических и лечебных мероприятий, в сочетании с оценкой эффективности медицинской помощи на основе объективных критериев.

В структуру «Личной карты пациента стационара» входят:

1. Данные о пациенте, заведующем отделением, лечащем враче, постовой и процедурной медицинских сестрах, диагноз, антропометрические данные при поступлении и при выписке, режим.(общий, палатный постельный).
2. Памятка для поступивших в стационар (режим дня, противопожарная безопасность, правила хранения продуктов).

¹ Главный врач

3. В форме таблицы: дата назначения, виды исследования (лабораторные, рентгенологические, УЗИ, функциональная диагностика, с указанием времени и номера кабинета). Отдельно подробно прописаны правила забора анализов и подготовки к различным видам исследований.

4. В форме таблицы: дата назначения, виды процедур: физиолечение, лечебный массаж, гирудотерапия, озонотерапия, внутритканевая электростимуляция, тракционная вытяжка на аппарате «Анатомог». Дополнительно прописаны правила соблюдения ограничительного режима до и после лечебных процедур.

5. Расписание врачебных приемов, в том числе узких специалистов, исследований, манипуляций, лечебных мероприятий.

6. Анкетирование пациента. Критерии анкетирования затрагивают вопросы уровня материально-технического обеспечения учреждения, оптимальности организации лечебного процесса, качества диагностики и лечения, профессионализма врачебных кадров, уровень комфортности, результаты лечения, удовлетворенность пациента.

Внедрение в медицинскую практику «Личной карты пациента стационара» способствует, как показали первые результаты, совершенствованию управления качеством медицинской помощи, оптимизации лечебно-диагностического процесса в стационаре, увеличению скорости обработки результатов анализов и исследований. Позволило выявить «проблемные» места в работе учреждения, оптимально использовать ресурсы учреждения и более полно удовлетворить потребность пациента в стационарной помощи.

Слесаревская Л.С.¹, Королева А.Д.²

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова,
г. Санкт-Петербург*

АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ПРИ РАЗРАБОТКЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ В РОССИИ

Standardization of public health system in Russia is of great significance in order to increase the quality of health care. Therewith it is difficult and laborious process. For successful realization of this concept in Russia it is necessary to carry out a careful analysis of standardization problems and the ways of solving this problems in developed countries, where the process of standardization lasts already for several decades.

На сегодняшний день Россия находится на этапе модернизации здравоохранения, одним из направлений которой является стандартизация процесса оказания медицинской помощи. По сей день стандартизация вызывает множество споров и неприятие у врачей. Это связано с тем, что медицина относится к высокоспециализированной сфере деятельности, которая осуществляется квалифицированными специалистами, чья квалификация на протяжении многих лет служила гарантом качества медицинских услуг.

Анализ зарубежного опыта показал, что подобной системы, основанной исключительно на профессиональном мнении врачей, недостаточно в определенных условиях, таких как управление качеством медицинских услуг, интенсификация труда медицинских специалистов, применение новых медицинских технологий, демографические сдвиги и необходимость управления издержками.

¹ Доцент кафедры Общественного здоровья и здравоохранения, к.э.н.

² Ведущий экономист отдела разработки МЭСов

Кроме того, стандарты выступают в роли объективной основы при решении споров в отношении качества медицинских услуг, защите прав пациента и самих медицинских работников, а также профессиональной ответственности врачей.

Следовательно, стандартизация здравоохранения в России имеет большое значение для повышения качества медицинской помощи и развития врачебного дела в целом. Для успешной реализации подобной глобальной задачи в России требуется проанализировать ключевые моменты создания и внедрения стандартов и проблемы на пути стандартизации в экономически развитых странах.

История стандартизации процесса оказания медицинских услуг за рубежом насчитывает порядка 40 лет. Существуют два основных метода стандартизации, первый – так называемый клинико-статистический подход, а второй – это стандарты, основанные на описании медицинской технологии.

Первый метод заключается в выявлении взаимосвязи между особенностями заболевания и их экономической оценкой с помощью методов экономической статистики. Ещё в 1967 году группа ученых из Йельского университета разработала метод, основанный на построении системы диагностически связанных групп (Diagnosis Related Groups или DRGs).

Второй метод – использование стандартизированных последовательностей лечебно-диагностических мероприятий, появился в США в конце 80-х-начале 90-х годов XX века и получил применение как на территории США, так и в других странах. Данный метод стал основой для начала разработки медико-экономических стандартов в России.

Практический опыт по стандартизации оказания медицинской помощи за рубежом выявил множество трудностей и проблем, анализ и решение которых для России крайне необходимы.

Важной проблемой является сложность подготовки медико-экономических стандартов (МЭСов). Стандартизация медицинской помощи требует аккумулирования значительной части трудовых, временных и финансовых ресурсов. Разработка и внедрение стандартов включают формирование специальных групп экспертов, вовлечение в процесс стандартизации медицинского персонала и их обязательное обучение предмету стандартизации, подробный анализ практического опыта и его статистическую обработку, создание методик расчета стандартов с учетом особенностей конкретного медицинского учреждения, подготовку значительного объема документации, процедуру внедрения и поддержки стандартов, их корректировку по необходимости, создание системы возможных отклонений, оценку их обоснованности. При этом обоснованность и допустимость отклонений должны решаться на более высоком уровне, например специальной клинико-экспертной комиссией. Такой подход должен способствовать сохранению необходимой свободы врача при принятии решений.

Не менее важной проблемой является информационное обеспечение процесса стандартизации. Отсутствие специализированного программного обеспечения при подготовке МЭСов затрудняет их компьютерную обработку, что усложняет и удлиняет процесс внедрения стандартов. Мониторинг МЭСов должно осуществляться путем сравнения клинической части стандарта с фактической историей болезни по данному стандарту, а это на данном этапе информационного развития в России не представляется возможным из-за отсутствия электронной базы историй болезни и зачастую данные, содержащиеся в историях болезни, противоречивы и недостоверны.

Ещё одной проблемой, которую следует учесть при разработке и внедрении стандартов – это чувствительность к изменению внешних условий. В связи с

появлением новых медицинских технологий и приемов, а также постоянным изменением цен на материальные ресурсы следует установить порядок пересмотра стандартов. Например, до сих пор не установлен порядок проведения актуализации Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, который должен включать уточнение формулировок обозначения отдельных позиций и величин условных единиц трудозатрат (УЕТ).

Отсутствие единой установленной методики расчета стандартов приводит к значительной вариации результатов расчетов стоимости стандартов. Существующие методики несовершенны и в большинстве своём не учитывают изменение многих факторов, например, изменение структуры пациентов. Это может негативно сказаться на финансовом обеспечении медицинского учреждения. Применение различных методик расчета затрудняет сопоставимость данных при анализе стоимости стандарта среди различных медицинских учреждений.

Практический опыт создания стандартов в России и за рубежом показал, что важной проблемой является достижение консенсуса врачебного персонала при написании клинической части стандартов. Эта проблема существенно затягивает сроки создания и внедрения стандартов.

Очень важно отметить, что на данном этапе стандартизации требуется совершенствование законодательства, регулирующего вопросы трансплантации органов и тканей, донорства крови и её компонентов. Также требуется разработка правовой базы, регулирующей вопросы качества оказания медицинской помощи и защиты прав врача и пациента, профессиональной ответственности медицинского работника.

Реализация концепции модернизации и стандартизации системы здравоохранения в России коренным образом должна улучшить качество оказания медицинской помощи.

**Смирнова Е.Г.¹, Рябиченко Т.И.², Скосырева Г.А.³, Кузьминова О.И.⁴,
Гантимурова О.Г.⁵**

*Институт клинической иммунологии, Научный центр клинической и экспериментальной
медицины,
г. Новосибирск*

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Аннотация: Полиорганный характер диспластических изменений с вовлечением сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, опорно-двигательного аппарата, вегетативной нервной системы, органов зрения и др. широко представлен в литературе. Генерализованный характер поражения соединительной ткани предопределяет также нарушения репродуктивной системы.

Цель работы – изучение особенностей репродуктивного здоровья девочек-подростков 15-16 лет с фенотипическими проявлениями НДСТ.

¹ Врач ИКИ

² Д.м.н., профессор

³ Д.м.н.

⁴ Научный сотрудник ИКИ

⁵ Доцент НГМУ, к.м.н.

Материалы и методы: обследовано 125 девочек-подростков 15-16 лет. С информированного согласия девочек и их родителей комплекс клинического обследования включал: осмотр педиатра, гинеколога, по показаниям других специалистов, анкетирование родителей. Степень дефицита массы тела оценивали по индексу Варги. Радиоиммунным методом в сыворотке крови определяли содержание гонадотропных гормонов (ЛГ, ФСГ, пролактин). Проводилось ультразвуковое исследование внутренних органов и органов малого таза. Для статистической обработки использовал пакет статистических программ Statistica 6,0 („Stat Soft” США).

Результаты исследования

Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте синдрома НДСТ у подростков. Синдром НДСТ выявлен у 72,8% девочек-подростков 15-16 лет (основная группа).

Девочки с синдромом НДСТ отличаются от группы сравнения преимущественно астеническим типом конституции, наличием более, чем у 1/3 дефицита массы тела.

У девочек с признаками НДСТ выявлен полиорганный характер диспластических изменений (опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, центральной и вегетативной системы и др.). В группе сравнения эти нарушения зарегистрированы достоверно реже.

У девочек-подростков основной группы в 1/5 раза чаще отмечено запаздывание полового развития, поздний возраст менархе, нарушения овариально-менструального цикла (ювенильные маточные кровотечения, дисменорея, нерегулярные, длительные и обильные менструации).

Ультразвуковое исследование органов малого таза показало, что у девочек-подростков с признаками НДСТ размеры матки достоверно меньше, чем в группе сравнения. У 17,6% выявлена гипоплазия матки. Следует отметить, что гипоплазия матки наблюдалась у девочек с дефицитом массы тела. Кроме того у этой группы девочек достоверно чаще выявлялись ретродевиация матки, седловидная матка, двурогая матка, мультифолликулярные изменения яичников.

У девочек обеих групп отмечены высокие и монотонные показатели пролактина. Содержание ЛГ, ФСГ в сравниваемых группах как в первую, так и во вторую фазу менструального цикла не имело существенного различия. Коэффициент ЛГ/ФСГ у девочек с НДСТ достоверно выше, чем в группе сравнения. Особенно это ярко проявилось у девочек с дефицитом массы тела.

Выводы:

1. Полученные данные свидетельствуют о незрелости центральных механизмов регуляции овариально-менструального цикла.
2. Повышенный выброс гонадотропных гормонов, особенно ЛГ, может привести к неадекватной стимуляции яичников, нарушению фолликулярного аппарата.
3. Девочки подростки с НДСТ являются группой риска по дальнейшему осуществлению репродуктивной функции и нуждаются в комплексе реабилитационных мероприятий.

Смирнова Ю.В.¹, Некипелова Н.В.²

*Клиника НИИ физиологии СО РАМН, педиатрическое психосоматическое отделение
«Ласка», г. Новосибирск*

СОВРЕМЕННЫЕ АППАРАТНЫЕ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Аннотация: В статье рассматривается междисциплинарный подход к ведению детей и подростков с психосоматической патологией в условиях педиатрического отделения клиники института физиологии СО РАМН. Рассмотрены эффективные аппаратные методики, применяемые в терапии психосоматических заболеваний у детей и подростков.

Annotation: The article discusses an interdisciplinary approach to the treatment of children and adolescents with psychosomatic disorders in the Pediatric Unit of the Medical Clinic at the Institute of Physiology of the SB RAMS with a special focus on effective use of apparatus techniques, including transcranial micropolarization and electric stimulation, antistress audio-visual vibrotactile musical system, and normobaric hypoxic therapy.

Психосоматическая патология включает разнообразные функциональные вегетосоматические расстройства, а также нервно-психические нарушения, имитирующие соматические заболевания.

При комплексном, междисциплинарном подходе к соматическому расстройству ребенка с учетом психогенных факторов, при раннем выявлении «препсихосоматического радикала» можно рассчитывать на эффективный терапевтический результат и профилактику развития хронического процесса. Условия психосоматического отделения для детей и подростков являются идеальными как для диагностики, так и для комплексного лечения психосоматических расстройств. Совместная работа интернистов, психолога, психотерапевтов, может приводить к быстрому лечебному эффекту, что невозможно при рутинной системе педиатрического обследования и лечения. Педиатрическое психосоматическое отделение клиники НИИ Физиологии СО РАМН является структурным подразделением крупного научного института, что позволяет применять новейшие методы лечения.

Транскраниальная микрополяризация. В основе метода лежит лечебное воздействие постоянного электрического тока небольшой силы на ткани головного мозга. В основе лечебной микрополяризации лежат физиологические механизмы, обеспечивающие изменение уровня поляризации клеточной и синаптической мембраны под воздействием постоянного тока малой интенсивности, что создает новый уровень активности нейронов непосредственно в подэлектродном пространстве и в дистантно расположенных образованиях мозга.

Этот метод позволяет активизировать функциональные резервы мозга, уменьшить проявления функциональной незрелости, улучшить показатели памяти и внимания, снизить гиперактивность и импульсивность. Метод эффективен при психоэмоциональных, невротических, психосоматических расстройствах, нарушениях зрительных и слуховых функций, нарушении развития речи. У отстающих в развитии детей отмечается улучшение познавательного интереса, активного внимания, занятия с педагогами становятся более эффективными. Эффективность данного метода составляет 70-75%.

¹ Заведующая педиатрическим психосоматическим отделением «Ласка» клиники НИИ физиологии СО РАМН

² Врач-психотерапевт, м.н.с. лаборатории функциональных резервов организма НИИ физиологии СО РАМН

Клинический эффект может отмечаться на фоне проводимых процедур, или становится заметным через 2-3 месяца. Положительные изменения на электроэнцефалограмме отмечаются раньше клинических и указывают на повышение функциональной зрелости биоэлектрических процессов головного мозга.

Транскраниальная электростимуляция позволяет в условиях любого лечебно-профилактического учреждения оказывать комплексное психопротективное воздействие. Особенностью электрического воздействия, проводимого с помощью аппаратов «ТРАНСАИР», является стимуляция электрическими прямоугольными импульсами тока фиксированной частоты и длительности. Доказано, что ток от аппарата проникает через кожу и мягкие ткани головы, череп и действует в конечном итоге на антиноцицептивные структуры головного мозга. Показано, что уже через 10-15 минут после начала стимуляции происходит усиление выделения опиоидных пептидов (В-эндорфина) и повышение их концентрации в мозге, спинномозговой жидкости и крови. В развитии эффектов ТЭС-терапии, участвуют также серотонинергический и холинергический нейротрансмиттерные механизмы. Доказано нормализующее воздействие на гипоталамо-надпочечниковую систему, развитие антистрессового эффекта, стимуляция репаративных процессов.

Антистрессовый центр «Sensorium» – аудио-визуальная вибротактильная музыкальная система на базе кресла «нулевой гравитации» и гелевой кровати.

Традиционная аудиовизуальная индустрия основывается на синхронизации слабых сенсорных световых и звуковых воздействий в различных диапазонах биоэлектрической активности коры головного мозга человека, что приводит к возникновению состояний психоэмоциональной релаксации. Слабые ритмические световые, звуковые и вибротактильные воздействия фактически представляют собой мощное средство переключения внимания от внешних источников информации на внутренние. Включение в программы стимуляции каналов вибротактильных воздействий усиливает соматическую компоненту воздействия. Вибрации создают физиоакустический эффект, который улучшает периферическое кровообращение и разрушает старые миокинетические модели, что приводит к снятию соматического напряжения. Создаются предпосылки для оптимального взаимодействия между психической и соматической сферами. Происходит синхронизация гомеостатических систем, нормализация баланса между отделами вегетативной нервной системы, снятие психического и соматического напряжения. Эффекты релаксации сопровождаются генерацией ярких зрительных образов и ощущением переживания возникающих положительных эмоций всем телом.

Существуют различные программы воздействия, в том числе снижение уровня хронического психоэмоционального стресса и повышение общей устойчивости к нему, снижение тревоги и депрессии, нормализация цикла сон-бодрствование, улучшение внимания и эффективности переработки информации, повышение эффективности обучения.

Применение **нормобарической гипоксической терапии** оказывает положительное действие на кинетику кислородного метаболизма, повышает противовоспалительный потенциал, активизирует деятельность жизненно важных систем организма, в том числе иммунокомпетентных органов, центральной нервной системы, снижения общего эмоционального напряжения, тревожности и депрессии.

Метод хорошо сочетается с базисной терапией, позволяет уменьшить объем и длительность применения лекарственных препаратов; при условии правильно подобранного режима безвреден; психологически хорошо переносится детьми.

Таким образом, комплексный подход к лечению психосоматических состояний у детей позволяет достигать быстрого и устойчивого эффекта в реабилитации данной категории пациентов.

Султанова Н.С., Нуртазаева Г.Б., Умурова Д.О., Муродуллаева Н.О.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

ИЗУЧЕНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ПРИНЦИПОВ УХОДА В РАЗВИТИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ

Feeding of the child by exclusively chest milk in the first months of life positively influences its mental faculties.

В настоящее время внимание многих психологов во всем мире привлечено к проблемам раннего детства. Этот интерес далеко не случаен, так как обнаруживается, что первые годы жизни являются периодом наиболее интенсивного и нравственного развития, когда закладывается фундамент физического, психического и нравственного здоровья. В исследованиях (Betty R.Vohr et al. 2006) было установлено, что отсутствие грудного вскармливания влияет на умственное развитие и познавательные способности. По данным мета-анализа 20 рандомизированных исследований проведенных на 10 000 детей от 6 месяцев до 16 лет, посвященных сравнению различий в развитии познавательных способностей между детьми, которые были на грудном вскармливании и детьми, которых кормили детскими питательными смесями, было выявлено, значительно более высокие уровни познавательного развития наблюдались при грудном вскармливании и эти различия были стабильными в течении последующего времени. Познавательные способности возростали с продолжительностью грудного вскармливания до 2 лет и более. Вскармливание ребенка исключительно грудным молоком в первые месяцы жизни положительно влияет на его умственные способности, к такому заключению пришли канадские ученые из Университета МакГилл, наблюдавшие за развитием почти 14000 детей, родившихся в Белоруссии. Примерно половина учреждений проводила программу поощрения длительного исключительно грудного вскармливания, остальные - продолжали свою прежнюю практику без изменений. Оценка интеллектуальных способностей детей проводилась в шестилетнем возрасте. Выяснилось, что дети, находившиеся исключительно на грудном вскармливании как минимум в первые три месяца жизни, имели лучшие результаты тестов на когнитивные способности. В тестах на вербальный интеллект они показали в среднем на 7,5 балла больше (по 100-балльной шкале), в тесте на невербальный интеллект - на 2,9 балла больше, а в тестах на общий интеллект - на 5,9 балла больше. Одним из наиболее используемых тестов оценки познавательных способностей и готовности к школьному обучению является тест Керна-Йирасека. Основные параметры теста: минимизация длительности обследования, полнота исследования необходимых компонентов развития ребенка, «технологическая» доступность для специалистов, не имеющих большого опыта.

Цель исследования. Изучение необходимости исключительно грудного вскармливания и принципов ухода в развитии познавательных способностей детей.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе городского перинатального центра №1. Предметом данной работы явилось наблюдение 445 детей с периода новорожденности до 7 лет, получивших различные виды вскармливания и

принципы ухода. Проводимое исследование было направлено на проверку гипотезы: обеспечение ребенку исключительного грудного вскармливания до 6 месяцев при продолжительности грудного вскармливания до 2 лет и психологической поддержки со стороны взрослого, в первую очередь матери, приводит к более гармоничному психическому и физическому развитию ребенка. Оценка интеллектуальных способностей детей проводилась в шестилетнем возрасте по методу Керна-Йирасека. В ходе исследования были сформированы следующие группы:

1 группа - дети на исключительно грудном вскармливании (ИГВ). ИГВ считается кормление только грудью без включения каких-либо жидкостей и имитаторов груди, в эту группу вошло 351 детей.

2 группа - дети на преимущественном грудном вскармливании (ПГВ). ПГВ считается кормление грудным молоком с включением каких-либо жидкостей и имитаторов груди, в эту группу вошло 27 детей.

3 группа - дети на смешанном грудном вскармливании (СГВ). СГВ считается кормление грудным молоком с добавлением в рацион искусственных смесей, в эту группу вошло 43 детей.

4 группа - дети на искусственном вскармливании (ИВ). ИВ считается питание, при котором полностью исключено грудное молоко, в эту группу вошло 24 детей.

Результаты исследования. Оценка интеллектуальных способностей проводилась в 6-летнем возрасте. В 1 группе 6-летнего возраста достигли 66 детей, во 2 группе - 12 детей, в 3 группе - 36 детей и в 4 группе - 18 детей. По методу Керна-Йирасека каждому ребенку дали сложенный пополам лист А4 и простой карандаш. Задание №1: нарисовать мужчину, как умеет, без излишних комментариев и вмешательств со стороны. Задание №2: копирование написанного текста прописью «*U osh yedi*» на языке неизвестном ребенку. Задание №3: срисовать группу точек. Оценка результатов проводилась по 5 балльной шкале. Задание №4 «Вербальное мышление» включал 10 вопросов, каждый правильный ответ оценивался в 1 балл, неправильный в 0 баллов.

Таблица 1

Средняя оценка в баллах по проведенным тестам в группах исследования

Группы	n	Рисование мужчины	Письмо	10 точек	Вербальный тест	Общий балл
1	66	4±0,86	3,98±0,83	4,09±0,72	4,05±1,17	15,71
2	12	3,75±0,75	3,42±0,51	3,33±1,23	3,66±0,78	11,75
3	36	2,97±1,4	3,61±0,87	3,77±0,86	1,63±0,49	10,67
4	18	3,5±0,98	3,61±0,78	3,89±0,83	2,44±0,98	9,86

Как видно из таблицы №1, дети в 1 группе имели лучшие результаты по тестам, чем все остальные. Худший результат отмечался в группе детей в 3 группе, однако механизм сложившегося результата в данной группе требует проведения дальнейших исследований. В ходе проведения статистического анализа выявлено нарушение письма при наличии неустойчивой походки ($t=2,017$ при $p<0,05$), нарушении сна ($t=2,9$ при $p<0,005$), нарушении контакта с окружающими ($t=2,36$ при $p<0,05$), дефиците внимания ребенка ($t=3,1$ при $p<0,005$). Нарушение в воспроизведении 10 точек выявлено при нарушении сна ($t=2,93$ при $p<0,005$), дефиците внимания ребенка ($t=2,14$ при $p<0,05$). Затруднения при проведении вербального теста отмечалось у детей с нарушением сна ($t=3,22$ при $p<0,005$), затруднении контакта ребенка с окружающими ($t=2,21$ при $p<0,05$), при дефиците внимания ($t=2,9$ при $p<0,005$). При минимальной мозговой дисфункции в анамнезе наблюдались отклонения во всех заданиях (соответственно ($t=4,25; 4,77; 4,25; 5,34; 5,38; 5,36$ при $p<0,005$).

Выводы. Вскармливание ребенка исключительно грудным молоком в первые месяцы жизни положительно влияет на его умственные способности. Дети, получившие исключительно грудное вскармливание значительно лучше умели читать, считать и писать, чем дети, получившие преимущественное, смешанное и искусственное вскармливание. По данным литературы, в настоящее время, не ясно, с чем связано положительное влияние грудного вскармливания на интеллектуальное и психическое развитие. Этот эффект возможно объясняется влиянием некоторых компонентов грудного молока, а также физическими и социальными факторами, возникающими при контакте матери и младенца в процессе грудного вскармливания. Однако, это не значит, что дети с низкими баллами по тесту Керна-Йирасака обладают низким интеллектом, низкая оценка прежде всего является поводом для повышенного внимания к ребенку, усиления эмоциональной и педагогической поддержки в самом начале обучения, а в некоторых случаях проведения углубленного психологического обследования.

Тептин Г.Е.¹

*Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Санкт-Петербург*

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

В статье приведен сопоставительный анализ показателей работы центральной районной и районной больниц одного из крупных районов Ленинградской области, а также представлены основные направления совершенствования системы сельского здравоохранения.

The paper presents a comparative analysis of the performance of the central district and district hospitals, one of the largest districts of the Leningrad region, as well as the main directions of improving rural health care.

Как и здравоохранение в целом, сельское здравоохранение на современном этапе является в значительной степени дезинтегрированным. В частности, нарушена этапность в оказании медицинской помощи сельским жителям. В этих условиях существенно возрастает роль районных учреждений здравоохранения.

Учитывая это, нами был изучен объем амбулаторной и стационарной помощи, оказанной сельским жителям в условиях центральной районной и районной больницы одного из районов Ленинградской области.

В ходе исследования было установлено следующее. Анализ динамики основных показателей центральной районной и районной больницы свидетельствует об их постоянной перегрузке при тенденции к сокращению средней длительности лечения и сравнительно невысоких показателях летальности. Особенно перегружены койки неврологического профиля (их среднегодовая занятость составляет соответственно 367,6 дн. и 362,5 дн.), гинекологических (362,5 дн. и 375,7 дн.) и травматологических (353,9 дн. и 436,9 дн.).

Показатели обеспеченности населения поликлинической помощью невысоки (5,3 и 4,8 посещений на 1 жителя в год). При этом большинство (73,5%) посещений сделано по поводу заболеваний. В сочетании с перечисленными выше показателями работы стационара и высоким (69,3%) процентом экстренной госпитализации это может

¹ Заочный аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения

свидетельствовать о недостаточном объеме профилактической (в т.ч. диспансерной) работы поликлиники.

Выявлены существенные различия в частоте и структуре общей и первичной заболеваемости жителей райцентра и сельского поселения, в котором расположена районная больница. Так, показатели общей заболеваемости соответственно составляют 1763,7‰ и 572,8‰; первичной – 690,1‰ и 318,8‰. Указанное может являться следствием как разной демографической структуры населения в сравниваемых поселениях, так и различной доступности медицинской помощи (в первую очередь, специализированной).

С учетом полученных данных был разработан ряд предложений, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи сельским жителям.

В частности, важно подчеркнуть, что реформирование сельского здравоохранения даже в пределах одного субъекта РФ должно проводиться с учетом имеющейся инфраструктуры территории, демографических особенностей населения, функционирующей сети ЛПУ. В частности, оправданным (при возможной реперофилизации) является сохранение районных больниц.

С учетом более низкой доступности медицинской помощи для сельских жителей целесообразно в стандарт лечения стационарных больниц включать (или предусматривать дополнительно в тарифах ОМС) лечение сопутствующей патологии.

Учитывая существующую объективно более низкую кратность посещения сельских жителей, необходимо предусмотреть более высокие тарифы (при финансировании по посещениям) по сравнению с таковыми в городских поликлиниках для обеспечения устойчивого финансирования сельских ЛПУ, создания возможностей повышения качества лечения, улучшения условий пребывания больных.

Для амбулаторной сети сельских ЛПУ целесообразно изменить норматив нагрузки на дому врачей-терапевтов (врачей общей практики, семейных врачей), увеличив его до 1 часа.

В рамках целевых (региональных и федеральной) программ необходимо обеспечить учреждения сельского здравоохранения автотранспортом для расширения возможностей оказания медицинской помощи на дому, а также создать условия по закреплению в этих учреждениях кадров врачей и среднего медицинского персонала.

С учетом полученных в исследовании данных целесообразно развивать оказание платных медицинских услуг (особенно на дому). Перспективными направлениями является внедрение системы «тревожных кнопок», заказ, доставка лекарств льготным категориям граждан и ряд других.

Необходимо шире развивать профилактическое направление в сельских ЛПУ, в т.ч. диспансерное наблюдение, оказание реабилитационных услуг (особенно в дневных стационарах поликлиники). К проведению санитарно-гигиенического обучения населения следует (под контролем и при участии депутатского корпуса, органов местного самоуправления) более широко привлекать образовательные учреждения, местные средства массовой информации.

Титов В.В.¹, Кокоулин А.Г.²

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения городская клиническая больница №2, г. Новосибирск; Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский Государственный медицинский университет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ», г. Новосибирск.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНМК

Аннотация: В статье анализируется эффективность применения методов мануальной терапии в восстановлении двигательных функций у больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Применение методов мануальной терапии – постизометрическая и постретрипрокная релаксация, при отсутствии противопоказаний, патогенетически обосновано в коррекции неврологического дефицита у больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и в позднем восстановительном периоде позволяет добиться снижения мышечного тонуса в паретических конечностях, увеличения объема активных и пассивных движений, а также позволяет предотвратить или уменьшить формирование контрактур в суставах паретических конечностей.

Annotation: The article examines the effectiveness of the methods of manual therapy to restore motor function in patients undergoing acute impairment of cerebral circulation. Application of the methods of manual therapy - postisometric and postretsiiproknaia relaxation, in the absence of contraindications, pathogenetically justified in correcting the neurological deficits in patients undergoing acute impairment of cerebral circulation and in the late recovery period allows you to reduce muscle tone in the paretic limbs, increased active and passive movements, as well as to prevent or reduce the formation of contractures of the joints paretic limbs.

Одной из актуальных медико-социальных проблем неврологии в настоящее время являются острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Это обусловлено тем, что доля их в структуре заболеваемости и смертности населения очень высока, а показатели временных трудовых потерь и первичной инвалидности значительны. В нашей стране проживает более 1 млн. человек, перенесших инсульт, при этом третью часть их составляют лица трудоспособного возраста, к трудовой деятельности же возвращается только около 20% из них.

Безусловно решающее значение в снижении инвалидизации вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике. Однако, после уже случившегося инсульта, значительных результатов можно достигнуть за счет правильно организованной системы помощи, включающей мероприятия по восстановлению нарушенных двигательных функций.

В связи с этими особенностями протекания инсульта может формироваться своеобразная, порочная поза Вернике-Манна. Длительная фиксация сустава в порочном положении, благодаря постоянно высокому уровню спастичности, приводит к возникновению вторичных изменений в мышцах, костях, суставах и формированию мышечных контрактур. Кроме высокого мышечного тонуса (спастичности) у больных с гемипарезом имеется и паретический компонент. Нарушение регуляции мышечного тонуса у постинсультных больных приводит к возникновению сложной картины двигательных расстройств, а также к формированию нежелательных синкинезий, препятствующих впоследствии освоению двигательных навыков.

¹ Врач невролог городского центра реабилитации больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения на базе неврологического отделения

² Кандидат медицинских наук, доцент

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности методов мануальной терапии в восстановлении двигательных функций у больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Для этого были проанализированы результаты проведенных реабилитационно-восстановительных мероприятий у лиц в позднем восстановительном периоде ОНМК. В основную группу вошли 11 человек, которым, наряду с медикаментозным лечением, физиопроцедурами и массажем применялись методы мануальной терапии (МТ). В основную группу и группу сравнения вошли больные без деменции (не менее 24 баллов по MMSE) и психических нарушений.

В достигнутом эффекте оценивалось:

1) уменьшение мышечного тонуса по модифицированной шкале спастичности Ашфорт в мышцах верхней конечности (сгибатели, мышцы приводящие плечо, пронаторы) и нижней конечности (наружные ротаторы бедра; разгибатели; флексоры стопы) на стороне пареза.

2) увеличение объёма активных и пассивных движений (разгибание в локтевом и лучезапястном суставах, сгибание в коленном и тазобедренном суставах, отведение плеча) на стороне пареза при помощи гониометра.

При проведении мануальной терапии в основной группе использовалась методики с применением постизометрической (ПИР) и постреципрокной (ППР) релаксации спастически сокращенных мышц паретических конечностей пациентов, что способствовало нормализации проприоцептивной импульсации и коррекции афферентно-эфферентных взаимоотношений мышц антагонистов.

Кроме того, лечебный эффект ППР сочетал ПИР синергиста с активацией ее антагониста, что актуально у больных с парезами, так как наблюдается сочетание пареза агониста и спастики мышц антагонистов пораженных конечностей. Больным было проведено по 8-9 сеансов МТ. Сеансы ПИР и ППР проводились ежедневно. Вначале проводили постизометрическую релаксацию укороченных мышц (аддукторы плеча, сгибатели, пронаторы верхней конечности, а так же наружные ротаторы бедра, флексоры стопы, разгибатели нижней конечности на стороне гемипареза) по 12-18 повторов. Затем пациент отдыхал 30-40 минут. После чего проводили ППР, при этом ПИР агониста сочетался с активацией антогониста. Например, для спастически сокращенной *m. biceps brachii* применяли ПИР, и затем пациент пытался произвести сокращение *m. triceps brachii* пытаясь активно разогнуть руку в локтевом суставе. Сеансы проводились во второй половине дня, чтобы минимизировать нагрузку на пораженные конечности. После каждого сеанса проводилось обучение пациента самостоятельно выполнять упражнения, которые в последующем он должен был выполнять самостоятельно в домашних условиях.

В достигнутом эффекте оценивалось уменьшение мышечного тонуса (по шкале Ашфорт) в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей на стороне пареза, увеличение объёма активных движений (разгибание в локтевом и лучезапястном суставах, сгибание в коленном и тазобедренном суставах) на этой же стороне при помощи гониометра.

При анализе полученных данных было установлено, что в основной группе у 9 больных (81,8%) мышечный тонус в оцениваемых мышцах (аддукторы плеча, сгибатели, пронаторы верхней конечности, наружные ротаторы бедра, флексоры стопы, разгибатели нижней конечности на стороне гемипареза) достоверно уменьшался на 1 балл, в то время как в группе сравнения это произошло лишь у 4 пациентов (44,4% случаев). Объем активных движений в исследуемых суставах у пациентов основной группы увеличился на 4-6 градусов больше чем у лиц из контрольной группы.

Таким образом, проведенные исследования показали, что использование методов мануальной терапии (ПИР, ПРР) при отсутствии противопоказаний патогенетически обосновано в коррекции неврологического дефицита у больных перенесших ОНМК и в позднем восстановительном периоде (от 6 месяцев до 1 года) позволяет добиться снижения мышечного тонуса в паретических конечностях, увеличения объема активных и пассивных движений; кроме того, применение ПИР и ПРР позволяет предотвратить или уменьшить формирование контрактур в суставах паретических конечностей; эти методы мануальной терапии, могут быть использованы для коррекции миотонических нарушений самостоятельно пациентами, а так же родственниками после их соответствующего обучения.

Применение методов мануальной терапии в коррекции неврологического дефицита у пациентов в позднем восстановительном периоде ОНМК может способствовать уменьшению степени инвалидизации и, как следствие, большему проценту возвращения их к трудовой деятельности.

Титова И.А., Дедигурова Т.Н.

*Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №34»,
г. Новосибирск*

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Аннотация: Идея использования терапевтического мата «Detensor» в реабилитации больных с гипертонической болезнью в сочетании с остеохондрозом шейного отдела позвоночника позволила уменьшить болевой синдром без назначения импульсных токов, что могло бы повлечь повышение цифр АД, избежать назначения дополнительных анальгезирующих препаратов в лечении остеохондроза, снизить дозировки гипотензивных препаратов благодаря влиянию на центральную нервную систему

Annotation: An idea of usage of therapeutic mat “Detensor” for the patients with hypertension disease in a combination with osteochondrosis of neck section of spine has allowed to reduce a painful syndrome without a prescription of pulse currents into segmental zone, avoid a prescription of additional analgetics during a cure of osteochondrosis, reduce the doses of hypotensive medications due to an influence onto a central nervous system.

Актуальность. Сочетание гипертонической болезни с остеохондрозом шейного отдела позвоночника усугубляет цереброишемическое звено патогенеза заболевания, осложняет течение артериальной гипертензии сосудистыми кризами (Сорокина Е.И.). Важное место в разработке лечебных комплексов таких больных занимают методики рефлекторного улучшения кровоснабжения головного мозга (электрофорез эуфиллина, низкочастотная магнитотерапия), ортопедические методы коррекции биомеханических нарушений в шейном отделе позвоночника (терапевтический мат «Detensor»), бальнеотерапевтические процедуры (радоновые ванны).

Цель исследования. Изучить влияние терапевтического мата «Detensor» в комплексном лечении больных гипертонической болезнью I-II ст. с сопутствующим остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы. Обследование и лечение проводилось у 102 больных с гипертонической болезнью I-II ст., с уровнем АД 140-180/90-110 мм рт.ст., средний возраст больных $57,2 \pm 1,3$ года, 40% составляли мужчины, 60% - женщины, длительность заболевания $10,2 \pm 1,2$ года. Гипертоническую болезнь II ст. имели

80,5% больных, остальные – I ст. По рентгенографии у 83,2% больных выявлен остеохондроз шейного отдела позвоночника II ст., у остальных – I ст.

Методом рандомизации больные разделены на две группы с учетом общепринятых протопоказаний для проведения тракционного лечения.

1-ая (основная) группа состояла из 52 пациентов, в комплексное лечение которых были включены тракции («Detensor»). 2-ая (контрольная) группа состояла из 50 пациентов, получавших обычное восстановительное лечение по принятому стандарту.

Медикаментозная терапия осуществлялась согласно установленным стандартам от 2007г. (индапамид ООД=2,5мг; бисопролол ОДД=10мг; каптоприл ОДД=125мг; амлодипин ООД=5мг). Для оценки болевого синдрома использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ) и контроль порога болевой чувствительности.

Показатели гемодинамики оценивали методом суточного мониторирования АД и тестом 6-минутной ходьбы. Контроль осуществляли в начале и в конце курса лечения.

У больных исследуемой группы был проведен курс электрофореза 2% эуфиллина (+) на «воротниковую» зону, 10-15 мин., 8-10 процедур. После электрофореза отдых в течение 1 часа. После отдыха проводилось тракционное воздействие терапевтического мата «Detensor», 10-20 мин., 8-10 процедур. После чего больному был рекомендован отдых в течение 1 часа в палате в удобном для него положении (лежа на боку, на спине).

Наружная бальнеотерапия назначалась в виде ванн из скважины 10-213 слабой минерализации (около 0,6 г/л), слаборадоновой (10-15 нКи/л), с нейтральной реакцией (рН 7,0-8,2), по химическому составу гидрокарбонатной магниевно-кальциевой, температурой 37⁰С, 10-15 мин., 5 раз в неделю, 8-10 процедур. В контрольной группе тракционное воздействие не применялось.

Результаты исследования. Изучение динамики клинических проявлений гипертонической болезни выявили более значимую позитивную динамику в 1-ой (основной) группе. Так, систолическое АД в 1-ой группе уменьшилось на 16,9%, во 2-ой – на 8,5%; диастолическое АД в 1-ой группе снизилось на 13,2%, во 2-ой – на 6,7%. Это в свою очередь позволило уменьшить дозировку гипотензивных препаратов.

Физическая работоспособность, оцененная путем измерения пройденной дистанции по тесту 6-минутной ходьбы увеличилась на 15,8% в 1-ой группе и на 9,2% во 2-ой группе. В динамике лечения наблюдали снижение болевого ощущения по ВАШ. До лечения пациенты представляли свое восприятие боли на отрезке шкалы длиной в 4,2 ± 0,13 см и после лечения в 1-ой группе = 1,5 ± 0,11 см, во 2-ой группе = 2,3 ± 0,12 см (p < 0,001).

Статистически значимым в конце лечения оказалось также снижение другого показателя – порога болевой чувствительности. До лечения в 100% случаев отмечалась умеренная болезненность, в конце лечения в 1-ой группе отсутствовала болезненность у 94%, во 2-ой группе – у 68% больных.

Заключение

Дискорадикулярный конфликт вызывает раздражение рецепторов окологривочных тканей и проявляется напряжением паравертебральных мышц. Длительное тоническое напряжение мышцы ведет к развитию ее контрактуры, и мышца становится источником патологической афферентации, адресованной тем же сегментам спинного мозга, которые иннервируют пораженный двигательный сегмент. Возникает порочный круг патологической болевой импульсации.

Происходящие изменения приводят к патологии как на спинально-сегментарном уровне, так и на уровне центральной нервной системы. В результате могут возникнуть различные заболевания как внутренних органов, так и нервной системы (Бувич В.А.).

Разорвать этот порочный круг можно воздействием на мышечные контрактуры путем растяжения с помощью мата «Detensor».

Таким образом, использование нами терапевтического мата «Detensor» позволило:

1. Уменьшить болевой синдром в 94% случаев без назначения импульсных токов на сегментарную зону, что могло бы повлечь повышение цифр АД.

2. Избежать назначения дополнительных анальгезирующих препаратов в лечении остеохондроза шейного отдела позвоночника.

3. Снизить дозировки гипотензивных препаратов благодаря двусторонней связи между структурно-функциональными изменениями в скелетных мышцах и состоянием центральной нервной системы (снижение систолического и диастолического АД на 16,9% и 13,2% соответственно).

**Титяев И.И., Савич В.В., Пархоменко О.М., Скворцов М.В., Шевченко С.Ю.,
Удалов К.В., Осадчий А.В., Андреев С.С., Касьянов Д.С., Мирошник С.С.,
Афонин А.А.**

*Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения г. Новосибирска
Городская клиническая больница №1*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

В статье на примере пациентов урологического отделения Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения г. Новосибирска Городской клинической больницы №1 определяются преимущества лекарственного электрофореза над традиционной М-холинолитической терапией больных с гиперактивным мочевым пузырем.

In the article on the patients' urological department of the Municipal Budget health facility of Novosibirsk City Clinical Hospital № 1 are the benefits of medicine electrophoresis over traditional M-holinolitical therapy in patients with overactive bladder.

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) - это клинический синдром, который, по определению Международного общества по удержанию мочи, объединяет симптомы urgency (императивные позывы на мочеиспускание) с наличием urgency недержания мочи или без него, обычно в сочетании с учащенным мочеиспусканием (число мочеиспусканий более 8 раз в сутки) и никтурией (2 и более ночных пробуждений для мочеиспускания). Данная проблема актуальна в современной урологии в связи с большой социально-гигиенической значимостью и высокой частотой. По данным эпидемиологических исследований в Европе и США, частота встречаемости ГМП у женщин составляет 16,9%. Распространенность ГМП увеличивается с возрастом: 4,8% в возрасте до 25 лет и 30,9% и более у лиц старше 65 лет. Полагают, что императивными позывами на мочеиспускание страдает 16-19% взрослого населения России. В общей популяции ГМП чаще имеет место у женщин, чем у мужчин. (Е.Б. Мазо, 2003 г.; А.Н. Войтенко, А.И. Неймарк, и др. 2010 г.).

ГМП имеет хроническое течение и требует длительной терапии, при этом основными препаратами в лечении ГМП являются М-холинолитики, механизм действия которых заключается в конкурентном ингибировании ацетилхолина на рецепторах постсинаптических мембран гладкой мускулатуры. Но поскольку мускариновые рецепторы представлены кроме мочевого пузыря и в ряде других органов, при назначении препаратов данной группы возникают побочные эффекты, обусловленные генерализованной блокадой мускариновых рецепторов. Лекарственный электрофорез - воздействие на организм постоянным током и

вводимыми при его помощи через кожу частицами лекарственных веществ. В отличие от М-холинолитической терапии, при электрофорезе используются низкие дозы активного вещества, а вследствие замедленного поступления из кожного депо в ток крови, данную методику лечения можно использовать на протяжении длительного периода.

Цель: Определить преимущества лекарственного электрофореза над традиционной М-холинолитической терапией больных с гиперактивным мочевым пузырем.

Материал и методы: В исследование были включены 67 пациентов (59 женщин и 8 мужчин) с симптомами ГМП в возрасте от 28 до 71 года, находившиеся во втором урологическом отделении МБУЗ г. Новосибирска «ГКБ№1». У 48 больных имело место urgentное недержание мочи. Пациентам проводилось урологическое обследование, УЗИ органов мочеполовой системы, комплексное уродинамическое исследование. Оценивались данные дневника мочеиспусканий, шкалы IPSS и индекса оценки качества жизни (QOL).

Больные были разделены на 2 группы: первой группе (31 пациенту) проводился курс физиолечения - электрофорез с папаверином и платифиллином на область мочевого пузыря, больные второй группы (36) получали медикаментозную терапию (М-холинолитики). Исходный индекс оценки качества жизни составлял QOL= 4-6 в обеих группах.

После проведенного курса лечения снижение частоты мочеиспускания, эпизодов императивных позывов и urgentного недержания мочи в первой группе оказалось более выраженным (QOL=3-4), чем во второй (QOL=4-5). Переносимость лечения была лучше в первой группе наблюдаемых больных, без побочных эффектов, в отличие от пациентов второй группы, в которой 63% больных отмечали появление сухости во рту, сонливость, нарушения зрения, запоры.

Таким образом, применение электрофореза с папаверином и платифиллином является эффективным методом лечения больных с ГМП и имеет ряд преимуществ:

- значительно уменьшает частоту императивных позывов на мочеиспускание, результатом чего оказывается увеличение функциональной емкости мочевого пузыря;
- снижает частоту эпизодов urgentного недержания мочи;
- хорошо переносится больными, практически не имеет побочных эффектов и противопоказаний;
- может рассматриваться в ряде случаев как альтернативный метод традиционной медикаментозной терапии, что является целесообразным и экономически оправдано.

Фадеева А.Е., Жилина Н.М.¹, Чеченин Г.И.²

Кустовой медицинский информационно-аналитический центр, г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ И РЕБЕНКА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Аннотация: благополучие и безопасность в стране зависят не только от уровня жизни, мер материального стимулирования родителей к расширению семей, но в равной степени и от здоровья родителей и ребенка. В работе было проанализировано влияние внешних и внутренних факторов на здоровье роженицы, и, в свою очередь, влияние здоровья роженицы на здоровье

¹ Доктор технических наук, доцент по специальности 05.13.10

² Доктор медицинских наук, профессор

ребенка. Выявлены заболевания рожениц, оказывающее наиболее негативное влияние на здоровье ребенка, а также произведена оценка влияния внешних факторов (социально-гигиенических) и внутренних (перенесенные ранее заболевания) на здоровье женщин.

Annotation: well-being and safety in the country depend not only on a standard of living, measures of material stimulation of parents to expansion of families, but equally and from health of parents and the child. In work influence of external and internal factors on health of the lying-in woman, and, in turn, influence of health of the lying-in woman on health of the child have been analysed. Diseases of the lying-in women, making most negative impact on health of the child are revealed, and also the estimation of influence of external factors (socially-hygienic) and internal (transferred before disease) on health of women is made.

Все процессы принятия решения в медицине и здравоохранении должна сопровождать определенная последовательность действий, включающая в себя сбор, обработку, анализ информации, выбор управляющего воздействия и непосредственно управление. Та же самая последовательность действий должна соблюдаться и при организации акушерско-гинекологической помощи. Здоровье матери и ребенка является важнейшим индикатором социально-экономической ситуации в стране и его охрана – приоритетная задача общества и государства.

Помимо информативного использования накопленных данных (сбор сведений о заболеваниях, диспансерном учет конкретной женщины, обратившейся в женскую консультацию) необходимо также их использовать для разработки некоторых правил, рекомендаций, которые позволят заранее, на ранних стадиях беременности предотвратить либо снизить последствия влияния факторов риска на здоровье женщины и ребенка.

На здоровье женщины влияют как внешние факторы, такие как социально-гигиенические факторы, экологические и т.д., так и внутренние: наследственность, перенесенные ранее заболевания, образ жизни. На здоровье ребенка все эти факторы оказывают опосредованное влияние, через здоровье матери.

Для определения влияние здоровья матери на здоровье новорожденного оценивалась зависимость состояния новорожденного на момент рождения и заболеваний, выявленных у матери. Под состоянием новорожденного понимается оценка по шкале Апгар и наличие/отсутствие осложнений.

Анализ проводился в пакете SPSS-17.0 на основе баз данных «Рождаемость», «Диспансеризация», «Заболеваемость». Для анализа были выявлены самые распространенные заболевания, которые за 2004-2010гг., были зарегистрированы у беременных: всего 67 заболеваний, которые составляют более 95% от всех заболеваний, выявленных у беременных.

В результате проведения *кластерного анализа* все заболевания сгруппированы в два кластера по интенсивности влияния на здоровье новорожденного: заболевания матери, оказывающие наиболее негативное влияние на здоровье ребенка, заболевания матери, оказывающие менее негативное влияние на здоровье ребенка.

Таким образом, в первую группу заболеваний вошли нозологии, оказывающие наиболее негативное влияние на здоровье ребенка, к ним, например, *относятся хронический вирусный гепатит, инфекция почек при беременности, истмикочервяковая недостаточность* - всего 20 нозологий. У рожениц, у которых была выявлена хотя бы одна нозология из этой группы, наблюдается высокий процент детей, рожденных в тяжелом состоянии, высокий процент детей в среднетяжелом состоянии, низкий, по сравнению со второй группой, процент детей в удовлетворительном состоянии и высокий процент детей с осложнениями.

В результате данной части работы среди всех медицинских факторов риска (заболеваний) выделены заболевания матери, оказывающие наиболее негативное

влияние на здоровье новорожденного. Полученный перечень заболеваний позволяет заранее, еще при планировании и ведении беременности учесть их максимально негативное влияние на здоровье ребенка и принять необходимые меры (в том числе и профилактические) для того, что бы как можно более снизить негативный эффект.

Во второй части работы оценивается влияние социально-гигиенических факторов (возраст роженицы, паритет родов и район проживания) на здоровье женщины. Поскольку необходимо рассматривать здоровье женщины именно в ключе беременности, способности выносить и родить здорового ребенка, то, основываясь на результатах проведенного ранее кластерного анализа, все роженицы разбиты на 3 подгруппы. Если у женщины не выявлено вообще никаких медицинских факторов риска беременности, то она относится к 1-ой группе (*группа благополучия*), если у женщины выявлено хотя бы одно заболевание из группы заболеваний, оказывающих наиболее негативное влияние на здоровье ребенка, то она относится к 3-ей группе (*группа повышенного риска*), и всех остальных женщин можно отнести ко второй группе, у них есть хотя бы одно заболевание, но оно не относится к самым опасным заболеваниям для здоровья ребенка (это *группа среднего риска*).

В результате проведения *логлайнного анализа*, отдельно для групп среднего и повышенного риска *рассчитаны вероятности отнесения роженицы к одной из групп риска*, при определенном сочетании социально-гигиенических факторов. Полученные результаты можно использовать, чисто в практических целях, анализируя и прогнозируя состояние конкретной женщины. Кроме того, данные представлены в наглядном виде, и полученные графики и таблицы можно применять для принятия каких-либо административных мер, на уровне лечебного учреждения, города, района, так как они позволяют проводить сравнения по представленным факторам (паритет, район, возраст), и выявить «слабые места», нуждающиеся в принятии дополнительных мер и контроле в системе охраны здоровья матери и ребенка. Например, вероятность попасть в группу повышенного риска у рожениц до 20 лет, рожавшей в первый раз, проживающей в Кузнецком районе (один из самых экологически неблагоприятных районов города) в 2,2 раза выше, чем у первородящей до 20 лет, проживающей в Новоильинском районе (самый экологически благоприятный район города).

Помимо рассмотренных факторов (пол, возраст, район проживания), существует еще один фактор, который оказывает сильнейшее влияние на вероятность развития некоторого заболевания у человека – это заболевания, перенесенные пациентом ранее. Другими словами, цепочка болезней, в которой одно заболевание, способствует возникновению другого.

Анализ выполнен на основе информации персонифицированной базы данных «Заболеваемость, форма 025-2/у», база данных имеет достаточно большой объем (4425520 записей), что позволило обеспечить балансировку известных (район проживания, социальное положение) и неизвестных (качество жизни, экологический индекс, наследственные факторы) факторов риска. Поиск причинно-следственных связей выполнялся в 2 этапа: *секвенциальный анализ, методы клинической эпидемиологии*. В результате выделены цепочки заболеваний, в которых выявление одного заболевания у пациента предполагает в скором времени развития второго, были выявлены следующие закономерности: *повышенное содержание глюкозы в крови увеличивает риск возникновения инсулинозависимого сахарного диабета* в среднем в 8,5 раз; *почечная колика неуточненная увеличивает риск возникновения камней почки и мочеточника* в среднем в 14,9 раз; *острый инфаркт миокарда увеличивает риск возникновения хронической ишемической болезни сердца* в среднем в 9,5 раз; *диагноз невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки увеличивают риск возникновения лейомиомы матки* в среднем в 2,3 раза; *чрезмерная рвота беременных*

увеличивает риск возникновения *кровотечения в ранние сроки беременности* в среднем в 4,3 раза.

Полученные закономерности дают возможность врачам и пациенту при обнаружении некоторого заболевания, принять все необходимые меры, чтобы оно не спровоцировало следующее. При этом стоит отметить, что в некоторых случаях одно заболевание может не столько провоцировать другое, сколько являться в некотором роде индикатором, «маяком» другого заболевания, что не уменьшает важность проводимого исследования, поскольку позволяет вовремя принять все необходимые меры для предотвращения развития заболевания-следствия.

Таким образом, в работе произведена оценка влияния некоторых внешних и внутренних факторов на здоровье роженицы, и, в свою очередь, проанализировано влияние здоровья роженицы на здоровье ребенка. Что позволит на ранних этапах беременности и даже во время её планирования заранее спрогнозировать, учесть и по возможности предотвратить неблагоприятное влияние внешних и внутренних факторов на здоровье женщины и новорожденного.

Финченко Е.А.¹¹

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Новосибирск

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Basis of bases of efficient control and use of resources standards in public health services and at all only medical are. Abundantly clear that the scale of problems on standardization doesn't keep within frameworks of current activity of controls and public health services establishments. In this connection the regional target program of standardization is necessary.

Основа основ эффективного управления и использованием ресурсов являются стандарты в здравоохранении и отнюдь не только медицинские.

Нам представляются целесообразными следующие направления стандартизации в здравоохранении:

- Стандарты учреждений здравоохранения, в том числе по мощности и функциям;
- Стандарты номенклатуры медицинских кадров, привязанные к функциональной мощности учреждений здравоохранения;
- Стандарты подготовки медицинских кадров, соответствующие современным достижениям медицины и реальной ситуации;
- Стандарты ресурсного обеспечения медицинских учреждений (стандартизованные / лицензионные требования к помещениям, оборудованию, медицинским кадрам, санитарному транспорту и т.п.);
- Стандарты медицинского оборудования (цифровое /оцифровка) и немедицинского оборудования;
- Стандарты организации медицинской помощи (типовая структура различных медицинских учреждений, регламент работы администрации органов управления и учреждений здравоохранения, номенклатура обязательной организационно-распорядительной документации, требования к документообороту, регламенты работы учреждения и т.п.);
- Информационные стандарты (создание единого информационного пространства / протоколов в рамках многообразия программно-технического обеспечения,

¹¹ Главный научный сотрудник, д.м.н.

стандартов хранения медицинской информации и передачи телемедицинских данных);

- Стандарты профессиональной деятельности (положения, должностные инструкции, техника безопасности, инфекционная безопасность, технологические стандарты: правила забора биоматериала, выполнения процедур и т.п.);
- Медико-экономические стандарты, сформированные по принципу затратности используемых медицинских технологий при оказании медицинской помощи;
- Стандарты качества медицинской помощи (федеральные, региональные – КЭС, медицинских учреждений – протоколы; показания для направления больных в стационар, на отдельные дорогостоящие виды диагностики; формуляр лекарственных препаратов; рациональные диагностические схемы для распространенных видов заболеваний и т.п.).

Совершенно очевидно, что масштаб задач по стандартизации не укладывается в рамки текущей деятельности органов управления и учреждений здравоохранения. В связи с этим необходима региональная целевая программа стандартизации с привлечением не чиновников, а специалистов.

С чего необходимо начать стандартизацию? С тотальной инвентаризации, при этом подход должен быть не «бухгалтерский», а с точки зрения оптимизации, полезности и эффективности.

**Финченко Е.А.¹, Комиссарова Т.В.², Шалыгина Л.С.³
Клевасов А.И.⁴, Цыцорина И.А.⁵, Шарапов И.В.⁶, Ивановский О.И.⁷, Федоров Д.С.⁸**

*Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Новосибирск,
Государственный медицинский университет, г. Новосибирск*

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОСНОВА РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

The basic tendencies in maintenance with the medical equipment of diagnostic researches take place some: equipment purchases lag behind increase in number of researches that leads to the raised deterioration of the equipment; purchases of the medical equipment lag behind increase in number of researches that leads to idle time frequently very expensive medical equipment. Taking into account high medical-diagnostic value анестезиологическое, operational and реанимационное the equipment is the most priority for modernization.

Проблема рационального использования ресурсов в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) постоянно находится в центре внимания научных коллективов и организаторов здравоохранения. В работах ряда авторов приводятся данные о высокой степени морального и физического износа медицинского оборудования, в частности, отмечается необходимость замены более 50% всех рентгеновских аппаратов.

¹ Главный научный сотрудник, д.м.н.

² Заместитель директора, к.м.н.

³ Старший научный сотрудник, к.м.н.

⁴ Соискатель кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья

⁵ Доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья, к.м.н.

⁶ Соискатель кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья, к.м.н.

⁷ Доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья, к.м.н.

⁸ Аспирант кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья

Анализ данных официальной медицинской документации ЛПУ Новосибирской области за 2001 – 2009 годы позволил выявить следующее.

Общее число поступивших в стационар больных уменьшилось на 1,8%, однако, значительно увеличилось число госпитализированных больных в отделения хирургического профиля (на 14,0%) и в отделения реаниматологического профиля – почти в два раза (81,3%). Все это не может не сказаться на использовании дорогостоящего медицинского оборудования и расходных материалов.

Число амбулаторных операций выросло на 5,8%, в том числе с использованием эндоскопической аппаратуры – почти в четыре раза (246,9%). Число операций в стационаре увеличилось на 15,7%, в том числе с использованием эндоскопической аппаратуры – почти в три раза (297,9%), лазерной аппаратуры – на 67,5% и криогенной аппаратуры – на 82,8%. Число гемотрансфузий выросло почти в два раза с 181597 до 346733 (90,9%). Значительно выросло число гемодиализов (на 130,8%).

Из лабораторных исследований уменьшилось число микробиологических исследований, все остальные виды исследований значительно выросли в диапазоне от 19,1% до 538,9% (иммунологические исследования).

Количество функциональных исследований в целом выросло на 15,1%, в том числе сердечно-сосудистой системы на 28,4%.

Число эндоскопических исследований выросло в целом на 141,6%, в том числе по видам: эзофагогастродуоденоскопии (16,2%), колоноскопии (94,7%), бронхоскопии (28,4%) и прочие исследования (279,1%).

Из лучевых исследований выросло количество рентгенограмм (26,3%), контрастных исследований (8,2%), компьютерных томографий (35,2%), магнитно-резонансных томографий (88,3%), профилактических исследований грудной клетки (10,8%), профилактических исследований молочных желез (4679,5%), ультразвуковых исследований (68,5%), радиодиагностических исследований (42,2%).

Экспертная оценка (характеристика) использования медицинского оборудования и расходных материалов, позволила получить следующие результаты (в баллах по пятибалльной шкале).

Наименее эффективно используется лабораторное (3,1 балла) и оборудование для ультразвуковой диагностики (3,2), а наиболее эффективно – операционное оборудование (4,7 балла).

Наиболее ресурсозатратным в использовании является лабораторное оборудование (4,2 балла), а наименее – анестезиологическое (1,2).

Наибольшей лечебно-диагностической ценностью обладает операционное (4,7 балла), анестезиологическое (4,6) и лабораторное оборудование (4,4). Приоритетность в модернизации определена как разность между лечебно-диагностической ценностью и средним значением суммы физического и морального износа.

Физический и моральный износ диагностического оборудования в 1,5 раза превышает параметры лечебного оборудования.

Приоритетность в модернизации лечебного оборудования с учетом лечебно-диагностической ценности значительно выше, чем у диагностического оборудования.

Наименее изношено в физически лабораторное оборудование (4,0 балла), оборудование для ультразвуковых исследований (4,0 и функциональной диагностики (4,1). Менее всего морально устарело лабораторное оборудование (4,0 балла). С учетом относительно невысокой лечебно-диагностической ценности (4,1 и 4,4 балла) это оборудование не является приоритетным в программах модернизации (6-8 ранговые места из 8).

Из оборудования наибольший физический и моральный (по 2,0 балла) износ у анестезиологического и реанимационного оборудования. Также крайне высокий

моральный износ у операционного оборудования (2,0 балла). С учетом высокой лечебно-диагностической ценности операционного (4,7) и анестезиологического (4,6) оборудования, эти виды оборудования являются наиболее приоритетными для модернизации (1-3 ранговые места из 8).

Таким образом, анализ использования оборудования показал, что закупки оборудования отстают от увеличения числа исследований, что приводит к повышенному износу оборудования. С учетом высокой лечебно-диагностической ценности анестезиологического, операционного и реанимационного оборудования является наиболее приоритетным для модернизации.

Хильченко О.М.¹

ООО «Мир дезинфекции», г. Москва

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММНОГО ПРОДУКТА ДЛЯ РАСЧЕТА ПОТРЕБНОСТИ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В условиях широкого ассортимента дезинфицирующих средств, специалисты, определяющие перечень препаратов для применения в учреждении, должны обладать не только профессиональными знаниями в отношении эффективности и безопасности средств, но и уметь рационально распределить средства по подразделениям с учетом профиля, эпидемической ситуации, эпидемической опасности проводимых вмешательств; сложности медицинской техники и пр.; оценить экономическую предпочтительность того или иного средства и подготовить техническое задание для организации государственных закупок. Одним из важнейших разделов работы должностного лица, ответственного за организацию указанных мероприятий, является расчет потребности учреждения в дезинфекционных средствах.

Для оптимизации работы должностных лиц, ответственных за организацию дезинфекционных мероприятий в лечебно-профилактических организациях, группа компаний «Полисепт» и «Мир дезинфекции» предложила программный продукт по расчету потребности дезинфицирующих средств в ООМД.

Программа разработана на основе СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»; инструкций по применению дезинфицирующих средств и кожных антисептиков, производства компаний «Полисепт» и «Мир дезинфекции», зарегистрированных в установленном порядке.

Программа функционирует под управлением операционных систем: Microsoft Windows Vista, Microsoft Windows XP., и разработана в стиле multiple document interface (MDI) (много окон внутри главной формы).

В программном продукте предусмотрена паспортизация объекта с группировкой по всем структурным подразделениям в части включения необходимых показателей для расчета площадей поверхности помещений, санитарно-технического оборудования, подлежащих обеззараживанию в режиме текущих и генеральных уборок; объемов емкостей для дезинфекции ИМН, включая эндоскопы, ручным и механизированным способами; медицинских отходов; столовой, лабораторной посуды; белья; количество персонала; манипуляций, операций для определения минимальной потребности в кожных антисептиках и пр. Введенная информация сохраняется в архиве с возможностью корректировки при необходимости.

¹ Генеральный директор

Расчет потребности ЛПО в дезинфицирующих средствах может производиться отдельно по каждому объекту (ЛПО, отделение, подразделение и пр.) на календарный месяц/полугодие/год и осуществляется по заранее введенной в базу данных информации о дезинфицирующих средствах на основе инструкций по их применению и дополнительной справочной информации.

В своих расчетах программа использует таблицы режимов дезинфекции при бактериальных, включая туберкулез, вирусных, грибковых и особо опасных инфекциях по объектам обеззараживания; нормы расхода дезинфицирующих средств при различных способах обработки. Программа информирует пользователя о всех средствах, которых можно применять для выбранных объектов и всех режимах дезинфекции. Позволяет сравнить препараты между собой по основным параметрам применения. При необходимости, по каждому препарату можно открыть и просмотреть инструкцию по применению. Для своевременного информирования о выходе новых препаратов программа предусматривает обновление базы данных дезинфицирующих средств через Интернет.

По окончании расчетов по выбранным объектам, вне зависимости от выбранного количества средств и режимов дезинфекции, все расчеты выводятся в сводные таблицы расчетов. Одна из таблиц включает в себя перечень выбранных дезинфицирующих средств по объектам обеззараживания. Другая включает в себя суммарную потребность в дезинфицирующих средствах, с возможностью расчета их стоимости за выбранный период расчета. Предусмотрена возможность сравнения выбранных дезинфицирующих средств линейки производства компаний «Полисепт» и «Мир дезинфекции» с конкурентами для оценки экономической предпочтительности.

Программный продукт был успешно апробирован в лечебно-профилактических организациях г. Москвы, Московской области, регионах РФ и в настоящее время активно используется для расчета потребности в дезинфицирующих средствах.

Таким образом, Программа расчета потребности дезинфицирующих средств позволяет оптимизировать работу специалиста лечебно-профилактической организации, дает возможность наиболее экономично сформировать перечень препаратов для организации дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, как в плановом порядке, так и при эпидемически - значимых ситуациях и более рационально расходовать дезинфицирующие средства, в зависимости от объекта обработки.

Хильченко О.М.¹

ООО «Мир дезинфекции», г. Москва

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ В ЛПО

В комплексе противоэпидемических мероприятий, проводимых в ЛПО, важную роль играют правильно организованные, эффективно и качественно проведенные дезинфекционные мероприятия, имеющие своей целью уничтожение в окружающей среде патогенных микроорганизмов, а также воздействие на механизмы и пути их передачи. Правильно подобранные по спектру активности и по области применения дезинфицирующие средства – обеспечивают надежную защиту персонала и пациентов.

¹ Генеральный директор

Для предупреждения внутрибольничного инфицирования пациентов и медицинского персонала через предметы обстановки в ЛПО систематически осуществляется профилактическая дезинфекция в режиме текущих и генеральных уборок с целью уменьшения микробной обсемененности объектов внутрибольничной среды и предупреждения возможности размножения микроорганизмов.

Группа компаний ООО «Полисепт» и «Мир дезинфекции» предлагает широкую линейку дезинфицирующих средств для эффективного проведения комплекса дезинфекционных мероприятий.

В наших разработках предпочтение отдается композиционным рецептурам дезинфицирующих средств, используются различные активные действующие вещества (кислородсодержащие, третичные амины, четвертичные аммониевые соединения нового поколения, альдегиды, производные гуанидинов и пр.) и высокоэффективные компоненты, что позволяет эффективно решать проблему в ЛПО выработки устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам, дает возможность последовательно осуществлять ротацию дезсредств; обеспечивает наиболее благоприятные токсикологические и потребительские характеристики.

В соответствии с требованиями СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» наряду с дезинфицирующими средствами для текущей уборки регламентируется использование моющих средств. К такой группе средств относится одна из последних разработок ООО «Мир дезинфекции» средство **МИРОДЕЗ СПЕЦИАЛЬ**. За счет уникального комплекса ЧАС и неионогенных ПАВ средство обладает хорошими обезжиривающими и чистящими свойствами, с антимикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий. Средство предназначено для использования в ЛПО разного профиля, включая детские отделения и отделения неонатологии, для очистки и мытья от комплексных загрязнений различного характера поверхностей оборудования, в т.ч. медицинского, санитарно-технического; приборов, полов, стен из различных материалов: стекла, мрамора, гранита, керамической плитки, линолеума, ПВХ, окрашенных, деревянных, металлических и текстильных. Возможно применение средства для мытья и обезжиривания столовой и чайной посуды, столовых приборов.

Экологически безопасное и эффективное средство на основе перекиси водорода **ЭКОБРИЗ ОКСИ** - средство нового поколения с отличным моющим эффектом и высокой биоразлагаемостью. В условиях повсеместного выявления роста устойчивости патогенных и условно-патогенных микроорганизмов к дезинфицирующим средствам, содержащим четвертичные аммониевые соединения, средство **ЭКОБРИЗ ОКСИ**, как кислородсодержащее средство, является препаратом выбора для ротации дезинфицирующих средств в ЛПУ. В качестве действующих веществ средство содержит перекись водорода – 15% и ПГМГ – 12%, в его состав входят также антикоррозионная система и технологические компоненты. Средство обладает высокой антимикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, в т.ч. в отношении возбудителей туберкулеза. **ЭКОБРИЗ ОКСИ** обладает выраженными моющими, дезодорирующими, антикоррозионными свойствами, при соблюдении режимов обработки не портит обрабатываемые объекты и не обесцвечивает ткани, не обладает фиксирующим действием.

Средство **ЭКОБРИЗ КОНЦЕНТРАТ** - в качестве действующих веществ содержит активную биоцидную субстанцию как третичный амин, комплекс нескольких ЧАС нового поколения, а также вспомогательные компоненты (неионогенный ПАВ, синергисты биоцидов, ингибитор коррозии и др.). В 2010 г. были

организованы и проведены дополнительные научно-экспериментальные исследования дезинфицирующего средства **ЭКОБРИЗ КОНЦЕНТРАТ** в ведущих НИИ по оценке биоцидной активности, расширению сферы применения, на основании которых подготовлена новая инструкция по применению средства и получено свидетельство о его государственной регистрации. Проведенные исследования показали высокую микробицидную активность, при низких концентрациях, средства в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, в т.ч. в отношении возбудителей туберкулеза, вирусов, патогенных грибов, включая плесневые.

Для дезинфекции небольших, труднодоступных поверхностей, а также для экстренной обработки небольших по площади поверхностей способом распыления предлагаются готовые к применению спиртосодержащее средство **ЭКОБРИЗ СПРЕЙ** и бесспиртовое средство **МИРОДЕЗ СПРЕЙ**. В создании указанных препаратов реализован научный подход по подбору оптимальных синергетических смесей биоцидов, когда полученная композиция позволяет обеспечить в короткие сроки как микробицидное действие, так и наиболее благоприятные потребительские характеристики. Средства обладают широким спектром антимикробной активности при экспресс-экспозиции: 30 сек. – при бактериальных инфекциях, 3-5 мин. – при вирусных, грибковых инфекциях и туберкулезе.

Дезинфицирующие салфетки ЭКОБРИЗ представляют собой готовые к использованию салфетки однократного применения из нетканого материала, которые выпускают расфасованными в полимерные банки в виде рулона по 60 штук салфеток с перфорацией для отрыва. Пропиточный раствор салфеток, как и все дезинфицирующие средства компании, имеет композиционный состав, и содержит в качестве активно действующих веществ *n*-пропанол; комплекс ЧАС, полигексаметиленбигуанида гидрохлорида.

Уникальной разработкой компании является ферментативное моющее средство для быстрой и тщательной очистки изделий медицинского назначения и эндоскопов - **ЭНЗИМОСЕПТ**. Действующими веществами средства являются комплекс трех ферментов: амилазы, протеазы, липазы и неиогенные ПАВ. Такой композиционный состав средства обеспечивает эффективную очистку эндоскопов и инструментов путем активного разрушения загрязнений, в том числе засохших и фиксированных. Применение средства **ЭНЗИМОСЕПТ** позволяет решать задачу по удалению биопленки, развивающейся в каналах эндоскопов и значительно облегчает механическую очистку, а в труднодоступных зонах – заменяет ее.

Современное популярное средство, бесспиртовой кожный антисептик - **МИРОДЕЗ МУСС**. В качестве действующих веществ средство содержит комплекс ЧАС, производное гуанидина, синергисты биоцидов, аллантоин, а также другие увлажняющие и ухаживающие за кожей добавки. Средство применяется в виде пены и в жидком виде. Обладает преимущественными потребительскими характеристиками: быстро высыхает на руках, оставляя приятное ощущение мягкости и эластичности кожи. Ни один из известных антисептиков, применяемых для обработки рук хирургов, не подавляет образование так называемого «перчаточного сока», обусловленное потоотделением в замкнутом пространстве перчаток. Благодаря включению определенных компонентов, руки, обработанные кожным антисептиком **МИРОДЕЗ МУСС**, длительно сохраняют в перчатках ощущение сухости. Средство имеет широкий спектр антимикробной активности и пролонгированное остаточное антимикробное действие, которое составляет не менее 5 часов.

Во всех вышеперечисленных препаратах выдерживаются главные принципы групп компаний «Мир дезинфекция» и «Полисепт» качество, безопасность, эффективность, что гарантирует эффективное решение профессиональных проблем.

Цикаленко Е.А.¹, Кокоулин А.Г.²

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области
Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр, г. Новосибирск,
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Новосибирский Государственный медицинский университет федерального агентства по
здравоохранению и социальному развитию РФ», г. Новосибирск.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ И МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Аннотация: В статье анализируется эффективность комплексного применения пеллоидотерапии и методов мануальной терапии при дорсопатиях поясничного отдела позвоночника. Применение комплексных методов лечения, включающих грязелечение и мануальную терапию, у больных с дорсопатиями способствует более значительному регрессу субъективных и объективных клинических проявлений, а высокая терапевтическая и профилактическая эффективность данного комплексного лечения позволяет существенно продлить период достигнутой ремиссии.

Annotation: The article examines the effectiveness of the integrated application pelloidoterapii and techniques of manual therapy in dorsopathies lumbar spine. Application of complex treatment including mud therapy and manual therapy in patients with dorsopathy contributes to a significant regression of subjective and objective clinical symptoms, and high therapeutic and prophylactic efficacy of this combined treatment can significantly prolong the period of remission.

На протяжении последнего десятилетия дорсопатии занимают одно из лидирующих позиций среди социально-значимых заболеваний опорно-двигательного аппарата. В настоящее время остаётся актуальным поиск патогенетически обоснованных методов воздействия на алгические, миофасциальные и рефлекторные проявления дорсопатий поясничного отдела позвоночника (ПОП), к которым можно отнести пеллоидотерапию и мануальную терапию (МТ).

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения пеллоидотерапии и мануальной терапии при дорсопатиях поясничного отдела позвоночника.

В исследование были включены 46 больных с диагнозом дорсопатии поясничного отдела позвоночника: 12 женщин в возрасте 35-55 лет (42,4±4,1 года) и 34 мужчины в возрасте 32-57 лет (44,5±6,1 года). Средняя продолжительность заболевания составляла - 5,48±2,4 года. Все исследованные находились в подостром периоде с алгическими, миофасциальным и рефлекторными проявлениями дорсопатий.

Методы диагностики включали клинико-неврологическое и рентгенологическое обследование, мануальное мышечное и суставное тестирование ПОП. Для характеристики болевого синдрома использовали рекомендованные экспертами ВОЗ визуальную 150-миллиметровую аналоговую шкалу (ВАШ) боли с регистрацией интенсивности боли в функциональных положениях - лежа, сидя, стоя и при активных движениях (интенсивность боли легкой степени в пределах 1-54 мм, средней степени - 55-99 мм, тяжелой - более 99 мм). Базовая терапия включала классический массаж, ЛФК, пеллоидотерапию. Применялась лечебная сульфидная иловая грязь «Рапан» озер Островное и Горькое (Западная Сибирь). Грязь назначалась в виде аппликаций на нижнюю часть спины (от 12 ребра до ягодичной складки). Температура грязи 38-42

¹ Врач клинической лабораторной диагностики

² Кандидат медицинских наук, доцент

градуса, продолжительность процедуры 15-20 минут. Курс лечения составил 10 процедур, которые проводились через день. У больных основной группы грязелечение и сеансы МТ чередовали. По четным дням применяли аппликации теплой грязи на поясничный отдел позвоночника. По нечетным дням проводили сеансы МТ, согласно выявленным нарушениям биомеханики ПОП и таза. Сеансы МТ начинали с мягкой мобилизации ПОП дорзвентральным смещением нижележащего позвонка в заблокированном позвоночно-двигательном сегменте (БПДС). Затем разрешали функциональные блокады в ротации БПДС. После разрешения функциональной блокады в ПОП проводили коррекцию ограничения подвижности крестцово-подвздошного сочленения. Сеанс МТ заканчивали постизометрической релаксацией укороченных мышц разгибателей спины и подвздошно-поясничной мышцы на стороне укорочения.

Пациенты были распределены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и клиническим проявлениям. В группу сравнения включили 23 пациента, получавших базовую терапию. Основную группу составили 23 пациента, которым наряду с базисной терапией подбирались методы мануальной коррекции патобиомеханики ПОП в зависимости от данных рентгенографии, мануального мышечного и суставного тестирования.

Установлено, после проведенных сеансов МТ у пациентов основной группы увеличился объем активных и пассивных движений ПОП, нормализовалась подвижность и взаиморасположение позвонков в БПДС. Субъективно пациенты обследованных групп оценивали снижение уровня выраженности болевого синдрома после проведенной терапии, которое выражалось в уменьшении суммы баллов ВАШ и составило в группе сравнения 5 чел. (22%), а в основной – 11 чел. (48%). Тестирование болевого синдрома в исследуемых группах больных с дорсопатиями в целом до лечения по ВАШ шкале боли показало, что боль определялась во всех физиологических положениях больных, квалифицировалась как умеренная (средняя интенсивность боли $68,1 \pm 22,2$) и наиболее выраженная в положении стоя и при активных движениях. После лечения у всех обследованных больных интенсивность боли статистически значимо уменьшилась до легкой во всех функциональных состояниях. Так в основной группе после проведенного лечения наименьшей регистрировалась боль в положении лежа ($11,4 \pm 20,3$ мм), более выраженной была в положении стоя ($14,7 \pm 25,2$ мм) и при активных движениях ($15,1 \pm 22,5$ мм), еще более значительной в наиболее неблагоприятном для больных с дорсопатиями положении - в положении сидя ($18,6 \pm 22,3$ мм). Средняя интенсивность боли по ВАШ после лечения в данной группе в целом составила $14,9 \pm 17,6$ мм, что в 4,6 раз ниже показателей до лечения. В группе сравнения после проведенной базисной терапии средняя интенсивность боли по ВАШ составила $37,5 \pm 26,8$ мм, превышая аналогичные показатели до лечения в 1,8 раза. Результаты катанестического исследования показали, что рецидивы дорсопатии (в виде стандартных жалоб и характерных клинических признаков) в течение года в основной группе были отмечены у 3 чел. (13%) больных, тогда как в группе сравнения обострения выявлены у 7 чел. (30%).

Таким образом, проведенные исследования подтвердили, что применение комплексных методов лечения, включающих грязелечение и мануальную терапию, у больных с дорсопатиями способствует более значительному регрессу субъективных и объективных клинических проявлений, а высокая терапевтическая и профилактическая эффективность данного комплексного лечения позволяет существенно продлить период достигнутой ремиссии. Следовательно, грязелечение в сочетании с мануальной терапией имеет более значительный лечебный и профилактический потенциал.

Шабанова Н.А.¹, Шубина О.С.², Уколова Л.А.³, Богодерова Л.А.⁴

Государственная Новосибирская областная клиническая больница, г. Новосибирск

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Patients, suffered from rheumatoid arthritis (N 20) were included into integrated treatment program, associated with course of biobehavioral therapy. Short-term follow-up study demonstrated significantly more pronounced clinical improvement than patients who received only medication treatment (N 20). Patients of main group reduced the need for pain medication more significantly than patients in control group (DAS28, HAQ, VAS).

Стандартные методы лекарственной терапии ревматоидного артрита (РА) не всегда способствуют достижению ремиссии и нередко приводят к токсическим осложнениям. Зачастую высокая потребность в применении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) сохраняется у пациентов на протяжении длительного времени как единственная возможность избавиться от изнуряющего болевого синдрома. Одной из причин такой зависимости является недооценка психологического фактора в течение РА и отсутствие его коррекции в стандартном протоколе ведения пациентов. Необходим мультидисциплинарный подход для коррекции хронической боли при РА, объединяющий в себе различные патогенетические подходы. Таким универсальным методом борьбы с болью является биоповеденческая терапия, которая представляет собой синтез когнитивно-поведенческой терапии и биоуправления, организованного по альфа-риту электроэнцефалограммы. Цель настоящего исследования: показать эффективность биоповеденческой программы в комплексной терапии больных РА.

В клиническом исследовании приняли участие 40 больных с верифицированным диагнозом РА в возрастном диапазоне от 38 до 73 лет. Продолжительность заболевания составляла от 0,5 лет до 15 лет. У всех пациентов выявлена минимальная степень клинико-лабораторной активности. Рентгенологическая стадия 1-3. Несмотря на систематическую базисную терапию, у всех пациентов сохранялась ежедневная потребность в НПВП (мелоксикам 15мг/сут) из-за хронического болевого синдрома. Все пациенты были случайным образом разделены на 2 группы: основная (20 пациентов), которой помимо стандартной терапии был проведен курс биоповеденческой терапии (БПТ) и контрольная (20 пациентов), получавшая только стандартное лечение. Оценка активности болезни проводилась по формуле DAS 28. Оценка функциональной недостаточности проводилась также с использованием опросника HAQ (HAQ Disability Index – HAQ DI). Психологическое тестирование проводилось с помощью теста Амирхана для оценки стратегий совладания со стрессом (копинги).

Каждому больному из основной группы было проведено по 10 сеансов альфа-стимулирующего тренинга с использованием аппаратно-программного комплекса БОСЛАБ (НИИ МББ СО РАМН). Когнитивно-поведенческая терапия в курсе БПТ была направлена на выявление и коррекцию ошибочных интерпретаций,

¹ Врач-ревматолог ГНОКБ

² К.м.н. ведущий научный сотрудник НИИ МББ СО РАМН, врач-психотерапевт ГНОКБ

³ К.м.н. доцент кафедры внутренних болезней НГМУ, главный ревматолог Новосибирской области

⁴ Заведующая ревматологического отделения ГНОКБ

дисфункциональных установок и дезадаптивного поведения пациентов. Спустя месяц после проведения последнего сеанса нейробиоуправления все пациенты повторно были обследованы на предмет активности ревматоидного артрита, интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и оценки функциональной недостаточности по опросникам HAQ. В основной группе снижение активности заболевания согласно индексу DAS28 произошло на 0,8 ($p < 0,05$), что, согласно критериям Европейской противоревматической лиги, считается удовлетворительным эффектом от лечения. В группе контроля индекс активности снизился на 0,2. Индекс функциональной недостаточности HAQ в основной группе достоверно снизился на 0,36 в отличие от группы контроля, где снижение составило 0,06. В основной группе достоверно снизились средние значения показателя по шкале ВАШ. Показатели стратегии совладания со стрессовой ситуацией по шкале «разрешение проблем» теста Амирхана в основной группе достоверно выросли. Показатели по шкале социальной поддержки стали достоверно ниже, что свидетельствует о повышении уровня личностной независимости и автономности.

В группе контроля достоверного снижения по шкале ВАШ не произошло. У 7-х пациентов сократилась потребность в мелоксикаме до 15-30 мг в неделю, у 12 пациентов до 7,5 мг в сутки.

Заключение: Биоповеденческая программа в комплексной терапии больных РА показала свою достоверную эффективность, снизилась выраженность болевого синдрома, у половины пациентов уменьшилась потребность в НПВП до минимальной эффективной дозы, треть пациентов отказалась от их приема. Достоверно выросли показатели совладания со стрессовой ситуацией, повысился уровень личностной независимости и автономности.

Швелидзе Е.В.¹, Карева Н.П.², Пасман Н.М.³

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск*

ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают первое место в структуре патологии женской половой сферы. Широкая распространенность этих заболеваний среди женщин детородного возраста сопровождается ростом нарушений репродуктивной функции и снижением качества жизни за счет стойкого болевого синдрома и вторично возникающих вегетативных и психоэмоциональных расстройств.

К методам оптимизации консервативного лечения ВЗОМТ, способным эффективно воздействовать на местный воспалительный процесс и уменьшить хронический болевой синдром, относятся такие немедикаментозные технологии, как КВЧ-терапия и гирудотерапия (ГТ). Известно, что низкоинтенсивное электромагнитное излучение

¹ врач-рефлексотерапевт ООО «Клиника профессора Пасман»

² д.м.н., профессор кафедры восстановительной медицины Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования

«Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (ГОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития России)

³ зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «Новосибирский государственный университет», д.м.н., профессор

крайне высокой частоты (ЭМИ КВЧ), используемое в методе КВЧ-терапии, и биологически активные компоненты секрета медицинской пиявки обладают противовоспалительным, антиагрегантным, антиоксидантным и фибринолитическим действием. Лечебные эффекты ЭМИ КВЧ базируются на его способности повышать защитные силы организма, что особенно актуально при рецидивирующем характере течения заболевания. Активация адаптационно-компенсаторных механизмов возрастает при воздействии ЭМИ КВЧ на точки акупунктуры, являющиеся зонами особого рефлекторного влияния на функциональное состояние органов и систем. К преимуществам КВЧ-пунктуры и ГТ относится узкий круг противопоказаний, в который не входят доброкачественные гормонозависимые опухоли и эндометриоз.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния комбинированного применения КВЧ-пунктуры и гирудотерапии на клинические симптомы воспалительного процесса для решения вопроса о целесообразности включения этих методов в программы комплексного лечения ВЗОМТ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 195 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) в возрасте от 20 до 45 лет (в среднем $30,8 \pm 4,3$ года).

До начала лечения заполнялась специальная карта-опросник, для оценки уровня боли использовалась миллиметровая визуальная аналоговая шкала (ВАШ), проводилось мануальное и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза.

Результаты исследования. Жалобы на тазовые боли предъявляли 48,2% пациенток (94 чел. из 195), которые были рандомизированы на сопоставимые по возрасту и длительности заболевания группы: основную (60 чел.) и сравнения (34 чел.). В группе сравнения пациентки получали базисную терапию, которая включала антибактериальные, противовоспалительные препараты. Пациенткам основной группы проводилась аналогичная базисная терапия в комплексе с КВЧ-пунктурой от аппаратов «СЕМ-ТЕСН», «Стелла-2» и гирудотерапией. Курс лечения состоял из 12-15 процедур. Во время каждой процедуры воздействовали на 2-3 точки акупунктуры (ТА), расположенные в области крестца, передней брюшной стенки, и дистальные ТА общего действия. Медицинские пиявки приставлялись нательно и/или интравагинально, от 1 до 5 на процедуру.

Динамика болевого синдрома по ВАШ анализировалась каждые 5-7 дней на протяжении курса лечения, через 2 месяца после окончания курса лечения повторно выполнялось УЗИ внутренних половых органов и проводился тест ВАШ.

До начала лечения интенсивность болевых ощущений, оцениваемая по ВАШ, составила в среднем $50,2 \pm 1,45$ мм при минимуме 15 мм и максимуме 80 мм. Интенсивность болевого синдрома свыше 50 мм, что соответствует раздражающему, дискомфортному уровню боли зафиксирована исходно у 47,9% (45 чел.). Изучение исходных показателей уровня боли у больных основной группы и группы сравнения не выявило значимых различий. Во обеих группах в ходе лечения получено достоверное снижение интенсивности болевого синдрома ($p < 0,001$). Однако у больных основной группы зарегистрирована более значимая и быстрая динамика снижения интенсивности боли: после 5-7 дней лечения интенсивность болевых ощущений по ВАШ снизилась в среднем на 77,6%, составив $11,5 \pm 1,58$ мм, что клинически соответствует выраженному болеутолению. В группе сравнения интенсивность боли в названные сроки снизилась на 30%, составив в среднем $30,7 \pm 2,88$ мм, что соответствует дискомфортному уровню боли. К окончанию курса лечения в основной группе полное болеутоление было достигнуто в 83,3% случаев (50 чел., интенсивность боли варьировала от 5 до 10 мм, среднее значение уровня боли составило $1,25 \pm 0,13$ мм. В группе наблюдения, напротив, 79,4% больных (27 чел.) продолжали предъявлять

жалобы на боль, средний уровень боли составил $16,9 \pm 2,37$ мм при колебаниях от 5 до 45 мм, полное обезболивание было достигнуто в 19,2% случаев (7 чел.).

Таким образом, сравнительный анализ влияния медикаментозной и немедикаментозной терапии на выраженность тазовых болей у больных хроническими ВЗОМТ показал, что сочетанное применение КВЧ и ГТ оказывает выраженное анальгезирующее действие и существенно повышает эффективность комплексной терапии, обеспечивая купирование болевого синдрома у 83,3% женщин.

Шелякина О.В., Стрельникова Е.В.

*ФГУ «Новосибирский Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Новосибирск*

ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИННО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Аннотация: В течение одного года было обследовано и пролечено тридцать шесть пациентов с последствиями спинно-мозговой травмы. Каждый пациент получил два курса восстановительного лечения, целью которого было восстановления движения. Деление пациентов на группы с разными уровнями компенсации моторного дефицита позволило сосредоточить усилия на получении желаемого результата. Программа поэтапного восстановления моторики была предложена и проверена при лечении пациентов с последствиями спинно-мозговой травмы.

Annotation: Thirty six patients with sequelae of spinal cord injury were followed up during one year. Every patient received two courses of remedial treatment aimed at providing motion rehabilitation. Dividing patients into groups with different levels of motor deficit compensation allowed to focus efforts on getting the desired result. The program of staged motor rehabilitation was offered and tested in the treatment of patients with SCI sequelae.

Актуальность. Реабилитация спинно-мозговой травмы (ПСМТ) является серьезной проблемой. Ведущей проблемой большинства инвалидов является потеря способности к поддержанию вертикальной позы, что ведет к снижению качества жизни пациентов, затрудняет их социальную адаптацию. Учитывая нарушения двигательной функции у больных с травматической болезнью спинного мозга, важным направлением является разработка эффективных программ реабилитации. Появление современных роботизированных комплексов для восстановления двигательных функций позволяют интенсифицировать терапевтические мероприятия, а этапность в реализации разработанных программ способствует преемственности в работе служб и подразделений, включенных в лечебный процесс.

Цель исследования: Разработка программ двигательной реабилитации больных с частичным и полным нарушением проводимости по спинному мозгу, направленных на восстановление навыков ходьбы.

Материал и методы

В условиях стационара ФГУ НИИТО обследовано и пролечено 36 больных с ПСМТ (28 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 23 до 46 лет (средний возраст 36 ± 6 лет), при давности травмы от 6 месяцев до 5 лет. Критериями включения в исследование являлись: сформированный за счет оперативного вмешательства блок в вентральных отделах позвоночника, сохраненная амплитуда движения в суставах нижних конечностей. Критериями исключения служили: наличие грубых контрактур в крупных суставах, наличие пролежней и соматические заболевания препятствующие проведению реабилитации. В числе обследованных больных 36,1% оказались с поражением шейного, 41,7%-грудного и 22,2% -поясничного отделов позвоночника. В зависимости от уровня компенсации моторного дефицита и толерантности к

физическим нагрузкам пациенты разделены на три группы (Потехин Л.Д., Коновалова Н.Г., 2004): 1-я – пациенты не ходят и сидят в кресле с поддержкой (8 человек); 2-я – пациенты не ходят, но сидят в кресле без поддержки спины и верхних конечностей (16 человек); 3-я – пациенты ходят при помощи внешней поддержки (12 человек).

В течение года было проведено два курса реабилитации длительностью по пять недель. Каждый курс подразделялся на два этапа - подготовительный и основной. Первый этап был направлен на повышение толерантности пациента к физическим нагрузкам, целенаправленное укрепление мышц туловища, верхних и нижних конечностей, уменьшение спастичности и включал в себя несколько блоков:

Для подготовки организма к тренировочным нагрузкам использовались: электростимуляция мышц спины, занятия на программируемом велотренажере, специализированные комплексы упражнений, направленных на увеличение силы аксиллярной мускулатуры, ручной массаж спины и конечностей;

С целью формирования навыков поддержания равновесия применялись: вибротерапия и комплекс упражнений для формирования мышечного корсета и повышения физической выносливости;

Вертикализация пациентов осуществлялась при помощи стендер-вертикализатора «Balans trainer». Такие тренировки направлены на укрепление мышц туловища и плечевого пояса, что способствует формированию постурального баланса туловища.

Для снижения проявлений спастичности мышц конечностей применялись электростимуляция, курс иглорефлексотерапии и упражнения на постизометрическую релаксацию мышц.

Основной этап был направлен на поддержание равновесия в положении стоя и восстановление навыков ходьбы и сочетал в себе комплекс общепринятой немедикаментозной терапии (многоканальную электростимуляцию мышц, электрофорез йода, импульсную баротерапию, массаж позвоночника и конечностей, лечебную физкультуру) и специализированную терапию, включающую в себя: тренировки на роботизированном комплексе «ЛОКОМАТ»; расширенные самостоятельные и совместно с инструктором тренировки на тренажере «Balans trainer», программируемом велотренажере «Thera vital».

Перед основной тренировкой с целью активации проприоцептивной активности проводились занятия на виброплатформе «Fitvibe medical», а для пациентов способных удерживать вертикальное положение с дополнительной опорой применялась стабилметрическая платформа «Lucern-2». В конце тренировочных занятий назначалась импульсная баротерапия для коррекции гемодинамических изменений в нижних конечностях и органах малого таза.

Для пациентов 1-й и 2-й групп подготовительный этап являлся обязательным элементом реабилитационной программы, так как позволял повысить толерантность к физическим нагрузкам, необходимую для дальнейшего лечения. Больные из 3-й группы сразу переходили к основному этапу терапии, критериями для чего служили: 4 балла по шкале Sandin, удержание корпуса за счет мышц спины в положении сидя без опоры на спинку кресла; удержание равновесия тела без поддержки рук при вертикализации с помощью стендер-вертикализатора «Balans trainer».

Критериями эффективности лечения служили: восстановление двигательной и чувствительной функции согласно стандарта Американской Ассоциацией спинальной травмы (AACT) по ASIA (1992); оценка баланса в положении стоя (Bohannon R.W. (1989) и сидя (Sandin K.J., 1990).; оценка нарушения ходьбы (Bradsteter M., 1983).

Результаты и их обсуждение

Динамическое годичное наблюдение больных свидетельствовало о достаточной эффективности двух курсов реабилитации. Все пациенты отметили появление

уверенности в вертикальном положении, способность лучше удерживать равновесие тела. Это проявилось тем, что после проведенного второго курса пациенты 1-й группы восстановились до уровня второй группы (по шкале оценки положения сидя Sandin 4 балла). У пациентов с неврологической симптоматикой с шейного уровня при неврологической оценке по ASIA мы отметили увеличение силы в руках с 3х до 4 баллов.

Пациенты 2-й группы были вертикализированы и обучены ходьбе при помощи вспомогательных средств (ортезы, костыли). По шкале оценки баланса по Bohannon с 0 баллов до 1 балла. При тренировках в «Баланс-тренер» к концу лечения, у этих же пациентов, были убраны упоры бедер, и в такой позе они могли удерживать равновесие тела. Так же пациентам этой группы снимались коленные упоры, с целью тренировки первого шага и других функциональных упражнений. Наряду с укреплением мышц спины мы добились увеличением силы в мышцах ног. Вертикальная устойчивость обеспечивалась наличием дополнительных компонентов (ортезы, костыли). В конце курса восстановительного лечения при неврологической оценке у 4 пациентов (11%) отмечено появление тыльной флексии стоп, пациенты стали отмечать чувствительность в аногенитальной зоне и ощущение наполнения мочевого пузыря. Это свидетельствует о начавшемся восстановлении синдрома полного нарушения проводимости по спинному мозгу.

Пациенты 3-й группы после проведенного второго курса лечения ходили более уверенно – это связано с увеличением силы мышц спины и ног. Это подтверждается количественными данными от «ЛЮКОМАТа». У 5 человек (13,8%) (которые могли стоять без внешней поддержки) после тренировок на стабиллоплатформе улучшилась статическая и динамическая устойчивость, что так же подтверждается диагностическими тестами полученными от аппарата «Lucern-2».

Выводы:

1. Восстановление вертикальной позы занимает ключевое место в двигательной реабилитации, поскольку создаются биомеханические условия для включения в двигательную активность сегментов, расположенных ниже уровня поражения.
2. Распределение пациентов на группы в зависимости от уровня компенсации двигательной функции позволило воздействовать на ключевые моменты двигательной реабилитации на каждом этапе реабилитационного процесса.
3. Применяя современные реабилитационные технологии, мы имеем возможность добиться хороших результатов восстановительного лечения пациентов с ПСМТ, а так же количественно оценивать результаты этого лечения. В основе современного высокотехнологичного оборудования заложен принцип биологической обратной связи, который способствует запуску саморегулирующей системы организма в целом, и влияет на результативности лечения.

Шпагина Л.А.¹, Кармановская С.А.², Дробышев В.А.³, Абибулаева Э.Ш.⁴

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №2», Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ СТРЕССЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

In this article is analyzing the possibility of estimation the risk factors in developing stressrelated disorders on the basis of the resurchers of psychosomatic statements and the adaptive reserves of the organism.

В статье анализируется возможность оценки факторов риска развития стрессзависимых заболеваний на основании исследования психосоматического состояния и адаптивных резервов организма

Охрана здоровья и профилактическая помощь населению являются составляющими сферы здравоохранения. Провозглашение профилактики в качестве стратегического направления развития содержится во всех государственных законодательных актах последнего десятилетия, касающихся охраны здоровья населения.

Высокая стрессогенность социально-экономических факторов, экологических условий и стиля жизни в современном обществе обуславливает прогрессивное снижение в последние годы уровня психофизического состояния и психосоциального здоровья населения. В связи с этим особую актуальность приобретают поиск наиболее адекватных путей и методов укрепления психофизического состояния населения и разработка оздоровительных технологий, способных обеспечить формирование устойчивых личностных установок на здоровый стиль жизни (П.В.Бундзен, О.М.Евдокимова,2007).

Одним из перспективных подходов к прогнозированию характера течения патологического процесса и развития осложнений, является разработка оздоровительных программ на основе проспективного изучения факторов риска заболевания (Филимонов С.Н., 2002). Динамическое слежение за составлением здоровья населения, основанное на оценке функциональных резервов организма и направленно на снижение преждевременной инвалидизации и смертности населения, представляет цель работы Центров Здоровья.

Цель исследования: определить степень риска развития стрессзависимых заболеваний. Материалы и методы исследования: оценка психосоматического состояния и адаптивных резервов организма производилась на аппаратно - программном компьютерном комплексе для психофизиологического тестирования (НС-Психотест), с помощью психофизиологических методик: простая зрительно-моторная реакция, критическая частота световых мельканий, теппинг-тест. Производилась оценка степени психологической и физической нагрузки на субъекта с последующим прогнозом риска возникновения психосоматических заболеваний, связанных с нервным и физическим истощением. С помощью оценки физиологических реакций и регуляторных процессов выявлялась индивидуальная степень стрессоустойчивости, что также позволило оценить риск возникновения заболеваний.

Результаты исследования: За 2010 год обследовано 6490 человек, мужчин и женщин в возрасте от 35-60 лет. Были выявлены изменения психофизиологического здоровья у 35,4% граждан, из них женщины- 25,3%, мужчин - 10,1%, в основном это признаки

¹ Доктор медицинских наук, профессор

² Кандидат медицинских наук

³ Доктор медицинских наук, профессор

⁴ Заведующая Центром здоровья

стрессового воздействия, переутомления организма. При анализе группы с выявленными психофизиологическими изменениями, у 7,3% граждан обнаружены различные заболевания эндокринной системы (гипотиреоз, гипертиреоз и сахарный диабет), у 12,8% - функциональные нарушения сердечно - сосудистой системы, у 8,9% - патология желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования психосоматического состояния, свидетельствуют, что ситуационно-личностные факторы занимают достаточно большое место в патогенезе эндокринных и желудочно-кишечных заболеваний. Исходя из этого, возникает необходимость раннего выявления факторов риска, каковыми в ряде других являются неблагоприятные психосоциальные явления и их коррекция, что может служить как одним из методов лечения, так и профилактической мерой.

Шумкин А.А.

Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение «Станция скорой медицинской помощи», г. Новокузнецк

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО РАБОЧЕГО МЕСТА «ДИСПЕТЧЕР- ЭВАКУАТОР» СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. НОВОКУЗНЕЦКА

Аннотация. От качества деятельности диспетчера, работающего на автоматизированном рабочем месте (АРМ) «диспетчер-эвакуатор» во многом зависит эффективность работы всей системы станции скорой медицинской помощи (СМП). Поскольку, именно «диспетчер-эвакуатор» распределяет вызовы по подстанциям и бригадам разных профилей в зависимости от существующей ситуации. Разработанные мероприятия по внедрению сотовой связи в работу АРМ «диспетчер-эвакуатор» и усовершенствованный алгоритм действий «диспетчера-эвакуатора» позволяют с максимальной эффективностью использовать потенциал бригад СМП.

The summary. « The dispatcher on distribution » essentially depends on quality of activity of the dispatcher working on the automated workplace an overall performance of all system of station of the first help. As, « the dispatcher on distribution » transfers calls on substations and brigades of different structures depending on an existing situation. The developed actions on introduction of cellular communication in work of the automated workplace « the dispatcher on distribution » and the advanced algorithm of actions « the dispatcher on distribution » will allow to use potential of brigades of the first help with peak efficiency.

Цель и задачи исследования: изучить существующую систему работы АРМ «диспетчер-эвакуатор»; обосновать необходимость совершенствования информационного обеспечения управления автоматизированного рабочего места (АРМ) «диспетчер-эвакуатор» и разработать предложения по его совершенствованию.

Материалы и методы исследования: материалом послужила система АРМ «диспетчер-эвакуатор», используемая на станции СМП г. Новокузнецка и персонифицированная база данных за период с 2003 по 2009 годы в объеме 1 485 234 вызова. Для оценки эффективности работы «диспетчера-эвакуатора» были отобраны случаи вызовов с результатом обслуживания – «бригада отозвана по рации, вызов обслужен другой бригадой». Объем выборки за 7 лет составил 17708 случаев. В исследовании использовался аналитический и ретроспективный методы, позволившие изучить систему АРМ «диспетчер-эвакуатор» и выявить ее недостатки.

Полученные результаты. Весь поток вызовов к «диспетчеру-эвакуатору» со всей их профильностью условно можно разделить на пять групп:

1. Вызовы по реанимационным поводам с высоким приоритетом для обслуживания («взрыв», «дорожно-транспортная травма», «техногенная катастрофа», «катастрофа» и др.);
2. Вызовы по «обычным» реанимационным поводам («без сознания», «отравление», «шок», «травма, опасная для жизни» и др.);
3. Вызовы по кардиологическим поводам («боль в сердце», «аритмия», «задыхается, при кардиологическом анамнезе» и др.);
4. Вызовы по линейным поводам с высоким приоритетом для обслуживания («травмы в общественном месте», «передозировка опиатов или наркотическое опьянение», «ребенок задыхается» и др.);
5. Вызовы по «обычным» линейным поводам («болит живот», «болит голова», «температура», «плохо» и др.).

Бригады направляются на вызов согласно профилю поступившего вызова. Соответственно шести районам города на станции СМП г. Новокузнецка имеется шесть подстанций и подстанция специализированных бригад, расположенная в центральном районе города.

Алгоритм «диспетчера-эвакуатора» в первой группе поводов вызовов выглядит следующим образом:

Центральная н/ст. (Подстанция №1): «Р₇»→«В₁»→«Л₁»→«Е₁»→«отзови любую»;
Куйбышевская н/ст. (№2): параллельно «Л₂» и «Р₇»→«В₁»→«Л₁»→«Е₁»→«отзови любую»;

Орджоникидзевская н/ст (№3): «Р₃»→параллельно «Л₃» (или «Е₃») и «Р₇»→«Л₄»→«Е₁»→«Л₁» →«В₁»→«отзови любую»;

Кузнецкая н/ст. (№4): параллельно «Л₄» и «Р₇» (или «Р₃»)→«В₁»→«Л₁»→«Е₁»→«отзови любую»;

Заводская н/ст. (№5): «Р₅»→параллельно «Л₅» и «Р₆» (или «Р₇»)→«Л₆»→«В₁»→«Л₁»→«Е₁»→ «отзови любую»;

Ильинская н/ст (№6): «Р₆»→параллельно «Л₆» и «Р₅» (или «Р₇»)→«Л₅»→«В₁»→«Л₁»→«Е₁»→ «отзови любую»;

Где «Р» – анестезиолого-реанимационные бригады СМП; «В» – врачебные; «Л» – линейные; «Е» – педиатрические; «индекс» означает номер подстанции районов города.

Во второй и третьей группах поводов вызовов алгоритм «диспетчера-эвакуатора» аналогичен алгоритму в первой группе. Исключением является отсутствие параллельных действий у бригад и ситуации, когда на вызов направляется анестезиолого-реанимационная бригада в другой район, а в районе освобождается линейная бригада своей подстанции, в этом случае специализированная бригада отзывается с вызова, а вызов передается линейной бригаде.

В четвертой группе поводов вызовов анестезиолого-реанимационные бригады направляются на вызов только при отсутствии «свободных» линейных бригад, в остальном алгоритм соответствует второй и третьей группам.

В пятой группе поводов на вызовы направляются только линейные бригады.

Недостатками алгоритма «диспетчера-эвакуатора» в группах поводов вызовов с первой по четвертую является то, что в случае отсутствия бригад подстанций обслуживаемого района, на вызовы сразу направляются бригады из других районов, без использования современных технологий. Время доезда бригады до адреса при этом составляет минимум 15-20 минут. Как правило, за это время освобождается бригада данного района (зачастую, линейная) и, направленная с другого района города бригада (чаще, специализированная), отзывается с вызова. В результате, получившая

вызов линейная бригада доезжает до адреса, и через несколько минут вызывает «на себя» специализированную бригаду (как правило, по кардиологическому поводу).

Подобных случаев, когда «бригада отозвана по рации и вызов обслужен другой бригадой» за период с 2003 по 2009 годы выявлено 17708 вызовов, практически 7 вызовов в сутки. При этом в 72,1% случаев (12773 вызова) это поводы вызовов составляющих группы с первой по четвертую, то есть для анестезиолого-реанимационных бригад СМП или для линейных бригад, но с высоким приоритетом для обслуживания, и лишь 27,9% случаев (4935 вызовов), составляют поводы вызовов четвертой группы (для линейных бригад). Отмечается рост подобных случаев с каждым годом, с 1563 случаев в 2003 году, до 3372 в 2009 году, более чем в два раза и в среднем за год 2530 ± 694,6 случаев. Из всех 17708 вызовов анестезиолого-реанимационными бригадами обслужено – 40,0% (7079 вызовов), бригадами других профилей – 60,0% (10629 вызовов).

На основании полученных результатов, для оптимизации работы АРМ «диспетчер-эвакуатор» определена необходимость внедрения программы использования сотовой связи. На каждой из подстанций обязать «диспетчера-эвакуатора» использовать служебный телефон для выяснения примерного времени освобождения бригады с вызова, в особенности, бригад анестезиолого-реанимационного профиля, в случае поступления вызова с поводом из групп с первой по четвертую. Не отзываться направленную из другого района специализированную бригаду с вызова по кардиологическому поводу в случае освобождения линейной бригады в «своем» районе. При параллельных действиях своевременно отзываться вторую бригаду при отсутствии в ее необходимости, сообщая эту информацию «диспетчеру-эвакуатору».

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Выявленные в процессе исследования недостатки обосновывают необходимость совершенствования информационного обеспечения управления АРМ «диспетчер-эвакуатор».
2. Разработанные мероприятия по внедрению сотовой связи в работу АРМ «диспетчер-эвакуатор» и усовершенствованный алгоритм действий «диспетчера-эвакуатора» позволят с максимальной эффективностью использовать потенциал анестезиолого-реанимационных и бригад других профилей станции СМП г. Новокузнецка путем сокращения случаев «отзыва бригад с вызова». Разработанные мероприятия будут представлены для внедрения на станцию СМП г. Новокузнецка в мае 2011 года.

Эпельман Б.В.¹, Калиниченко О.В.²

*Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова,
Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия, г. Санкт-Петербург*

О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ, ЛИШИВШИХСЯ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

В условиях социально-экономического кризиса увеличивается число детей, лишившихся попечения родителей, поэтому необходимо развитие системы учреждений, оказывающих медико-социальную помощь данному контингенту лиц. В статье приведены данные изучения уровня здоровья детей, лишившихся попечения родителей, на базе специализированного социально-реабилитационного центра Санкт-Петербурга.

¹ Соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения, к.м.н.

² Аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПКиПП

In terms of socio-economic crisis, an increasing number of children deprived of parental care, so you need to develop a system of institutions providing medical and social assistance for this category of persons. The paper presents data of studying health status of children deprived of parental care on the basis of a specialized social rehabilitation center in St. Petersburg.

Среди лиц, нуждающихся в особых мерах медико-социальной помощи, особую роль занимают дети, лишившиеся попечения родителей, число которых имеет тенденцию к росту. В системе учреждений, оказывающих комплексную помощь данному контингенту лиц, важную роль играют создаваемые в последнее время в крупных городах специализированные социально- реабилитационные центры. На базе одного из таких центров в Санкт-Петербурге был изучен контингент наблюдавшихся воспитанников и объем оказываемой ими помощи. В частности, было изучено состояние психического и соматического здоровья воспитанников Центра. Проведенное исследование показало следующее. По заключению психолога у 18,6 % из них был снижен интеллект. Доля лиц со сниженным интеллектом среди мужчин была вдвое выше, чем среди женщин (23,1 % и 10,8 % соответственно).

Почти треть (32,4 %) воспитанников отличалась эмоциональной нестабильностью. Среди мужчин доля нестабильно эмоциональных пациентов была выше (35,4 %), чем среди женщин (27,0 %). Почти в таком же проценте случаев (31,4 %) имело место снижение уровня контактности с другими людьми: у 35,4 % мужчин и 24,3 % женщин. В каждом четвертом случае (26,5 %) имела место дисгармоничность психического развития, вспыльчивость.

Умственное развитие было признано нормальным в 75,0 % случаев, задержка психического развития отмечалась в 24,0 %, и в 1,0 % имела место склонность к употреблению психоактивных веществ, алкоголя. Нормальным было признано умственное развитие 69,8 % мужчин и 83,8 % женщин. Нормальным было взаимодействие в коллективе в 70,3 % случаев; у остальных имелись трудности в общении (у 37,5 % мужчин и 16,2 % женщин).

По результатам медицинского осмотра здоровыми были признаны 64,7 % воспитанников; у 21,6 % имелось одно отклонение; у 4,9 % - два; у 8,8 % - три и более.. Заболевания ЛОР-органов имелись у 11,3 % воспитанников; костно-мышечной системы - у 12,8 %; психические - у 9,8 %; органов пищеварения - у 3,9 %; глаза и его придаточного аппарата - у 6,9 %; прочие - у 12,8 %.

Среди женщин доля признанных здоровыми была выше (75,7 %), чем среди мужчин (58,5 %). Среди достоверных ($p < 0,05$) различий частоты выявления той или иной патологии среди мужчин и женщин можно отметить следующее. Среди женщин выше, чем среди мужчин, был процент имевших ЛОР-патологию (10,8 % ,1 % соответственно) и ниже - имевших психические заболевания (5,4 % и 3 %), болезни органов пищеварения (2,7 % и 4,6 %), патологию глаз (2,7 % и 9,2%). Инвалидность имела место у 13,9 % воспитанников (только у мужчин - у 6,2 % из них).

Распределение воспитанников по группам здоровья было следующим: к I группе были отнесены 10,1 % из них; ко II-ой - 59,6 %, к III-ей - 30,3 %. Последний показатель среди мужчин был достоверно ($p < 0,05$) выше (33,9 %), чем среди женщин (23,5 %). Хуже был уровень здоровья среди детей-сирот. Третья группа здоровья оказалась у 45,8 % детей, чьи родители были лишены родительских прав, и у 24,1 % детей, чьи родители умерли.

Таким образом, среди детей, которые по различным причинам были лишены попечения родителей, имеются существенные нарушения здоровья, а также отклонения в психическом развитии. Указанное требует постоянного динамического медико-психологического сопровождения данного контингента детей. Однако при существующей разобщенности медицинских и социальных учреждений реализация

данного направления не всегда возможна. Поэтому по результатам проведенного исследования нами был предложен ряд рекомендаций, направленных на улучшение уровня здоровья анализируемой категории лиц.

Юрьев В.К.¹, Заславский Д.В.², Харбедия Ш.Д.³, Хведелидзе М.Г.⁴

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия,
г. Санкт-Петербург*

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ И ВРАЧАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЛАСТНОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Annotation: An anonymous inquiry of 540 patients with syphilis and 49 doctors dermatovenerologists was conducted. It was found that in-patients in a regional health center stay in multi-bed wards that does not satisfy them. They also evaluate hospital sanitary conditions, the state of bed linen, quality and variety of food as satisfactory or poor. Only 54.5% of patients are completely satisfied with hospital treatment. The work of the clinic in whole patients evaluate by only 3.75 points. Physicians estimate the work of dermatovenerological service in the region extremely low – by 3.4 points, the work of the health center was estimated a little higher - by 4.2 points.

С целью субъективной оценки пациентами и врачами деятельности областной дерматовенерологической службы по специально разработанным статистическим формам было проведено анонимное анкетирование 540 больных сифилисом, проходивших стационарное лечение в Ленинградском областном кожно-венерологическом диспансере (ЛОКВД) и 49 врачей-дерматовенерологов, работающих в областной системе здравоохранения.

Проведенное анкетирование пациентов стационара показало, что почти половина больных предпочитало бы лечиться в 4-местных палатах (46,7%), каждый пятый (21,7%) – в 2-местной палате. Лишь 13,5% респондентов хотели бы проходить лечение в 1-местной, а 18,1% – в 3-местной палате. Однако расположение диспансера в старинном здании, отсутствие необходимых средств не позволяют провести реконструкцию отделений и выполнить пожелания пациентов. Поэтому реальное положение пациентов не соответствует желаемому: большинство больных (51,9%) проходит лечение в многоместных палатах. Санитарное состояние отделения большинство пациентов (59,1%) оценило как удовлетворительное, более четверти (28,3%) – как плохое и очень плохое и лишь 12,6% – как хорошее. Особенно низкие оценки получило санитарное состояние санузла: 44,8% респондентов оценили его как плохое и очень плохое, 23,4% респондентов указали, что уборка в палате делалась нерегулярно. Работу младшего медицинского персонала больные оценили крайне низко – на 3,7 балла, при этом почти каждый пятый поставил ему неудовлетворительную оценку.

Нестабильное финансовое положение здравоохранения отражается на многих сторонах деятельности организаций здравоохранения. Недостаток средств не позволяет своевременно обновлять белье в стационаре, организовать хорошее питание больных. В связи с этим, лишь 17,9% больных признали качество постельного белья хорошим, в то время как 26,3% посчитали его плохим и очень плохим, а 55,8% – удовлетворительным. Проведенная оценка объема предлагаемой пищи, качества и разнообразия питания показала, что большая часть больных считает объем

¹ Д.м.н., проф., зав кафедрой ОЗЗ

² Д.м.н., профессор каф. дерматовенерологии

³ Аспирант каф. ОЗЗ

⁴ Аспирант каф. ОЗЗ

выдаваемой пищи достаточным или даже излишним (69,9%), только 17,9% полагает, что выдаваемый объем недостаточен, а 12,2% – крайне недостаточен. Однако вкусовые качества питания респонденты оценили значительно ниже: лишь 4,4% пациентов сочли вкусовые качества питания хорошими, а 44,4% – нормальными. В то же время, 35,7% полагают, что вкусовые качества питания не очень хорошие, а 15,8% – что плохие. Лишь 18,0% оценили питание как разнообразное, 39,9% считают, что питание не всегда разнообразное, а 42,1% – что однообразное.

Медицинские работники диспансера недостаточно требовательны к соблюдению пациентами режима – большинство больных (73,3%) в период лечения курили, 2,7% употребляли алкоголь, 5,2%, несмотря на заболевание, имели половые контакты. Печти половина (45,7%) пациентов не были ознакомлены с перечнем бесплатных медицинских услуг, которые они имеют право получить в стационаре, и даже не знали о его существовании. В то же время, в диспансере редко практикуется взимание платы с больных: лишь 15,3% респондентов указали, что некоторые, а 2,2% – что все лекарства им пришлось приобретать самостоятельно, и только 8,9% сталкивались с необходимостью оплаты каких-либо медицинских услуг, рекомендованных врачом. Подавляющая часть больных (79,6%) считает, что лечение больных ИППП должно быть полностью бесплатным, лишь 19,9% полагают, что лечение частично, а 0,5% – полностью могли бы оплачивать сами пациенты. В то же время, часть больных готовы оплачивать дополнительные сервисные услуги: 37,8% – палату повышенной комфортности, 30,1% – индивидуальное питание, 15,8% – пользование телевизором, 14,8% – пользование телефоном и холодильником.

Лишь 54,5% пациентов диспансера остались полностью удовлетворены качеством лечения, 41,6% были удовлетворены не в полной мере, а 3,9% – полностью не удовлетворены. Среди причин неудовлетворенности преобладают жалобы, связанные с несоблюдением персоналом принципов этики и деонтологии, низкой комфортностью пребывания в стационаре, а также его санитарно-гигиеническим состоянием. В целом, деятельность диспансера пациенты оценили на 3,75 балла. Лишь 20,1% больных оценили качество работы на «отлично» и 45,3% – на «хорошо», в то время как 6,9% поставили неудовлетворительную, а 27,7% – удовлетворительную оценку.

Как показало проведенное анкетирование врачей-дерматовенерологов, лишь 32,3% считают, что помощь больным ИППП должна быть полностью бесплатной, в то время как более половины (54,8%) полагают, что лечение частично, а 12,9% – полностью должно осуществляться за счет пациента. Если больные готовы оплачивать в основном дополнительные сервисные услуги, то большинство врачей склонно считать, что больным следует оплачивать само лечение и обследование. Так, из тех, кто указал, что помощь должна частично оплачиваться самими больными, 38,9% полагают, что больным следует оплачивать лабораторную диагностику, анализы, 32,3% – покупку препаратов, которые отсутствуют в учреждении, 29,7% – лечение сверх протокола ведения больного, 21,3% – дополнительные услуги по желанию пациента, 18,7% – питание.

Врачи-дерматовенерологи крайне низко оценивают деятельность здравоохранения области в целом и деятельность областной дерматовенерологической службы в частности – в среднем на 3,4 балла. Работу ЛОКВД они оценили значительно выше – на 4,2 балла. Мнения больных и врачей о перечне мероприятий, которые следует провести для улучшения работы диспансера, во многом совпадают. Большая часть предложений врачей касается материально-технического обеспечения диспансера: 37,5% считают необходимым улучшить материальную базу, снабжение диспансера, 29,2% – повысить заработную плату медперсоналу, 20,8% – улучшить финансирование, 16,7% – провести ремонт помещений. Свои предложения по улучшению качества

помощи больным ИППП на уровне области высказали 72,7% респондентов. Почти треть давших ответы (31,2%) полагают, что следует улучшить финансирование службы, 23,8% – обеспечение лекарствами, 22,4% – лабораторную базу, снабжение лекарственными препаратами районов области, 18,9% – приобрести современную аппаратуру.

Юрьев В.К.¹, Кучумова Н.Г.², Витенко Н.В.³, Исенов С.К.⁴, Горонджадзе А.Г.⁵

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академи,
г. Санкт-Петербург*

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Annotation: An anonymous inquiry of 491 students in a medical college was conducted. It was found that the most students had chosen their profession due to the content motivation and motives of social significance, the important role played family tradition. More than one third of students live in a difficult financial situation. The most of students mark the presence of health risk in their life, but show very low level of medical activity. The most common form of addictive behavior among students is smoking. Only 50.6% of graduates want to work in state medical facilities. The most demanded by students future specialties are surgery and cosmetology. 83.9% of students are planning to enter university, but 27.3% prefer non-medical professions.

С целью изучения процесса формирования кадров среднего медицинского персонала было проведено анонимное анкетирование 491 учащихся Медицинского колледжа № 1 Санкт-Петербурга. Было установлено, что наиболее значимым фактором выбора медицины, как профессии и выбора именно данной специальности в медицине для большинства являлась содержательная мотивация (интерес к специальности, призвание, возможность самореализоваться). Доля таких ответов составила при выборе профессии – 39,9%, при выборе специальности – 92,0%. Мотивы социальной значимости (желание приносить пользу людям, любовь к людям, жалость к больным, нужность профессии для людей) занимали второе место (29,8% и 34,0% соответственно). Статусные мотивы (возможность заработать, возможность быстро сделать карьеру) не имеют достаточного веса при выборе специальности среднего медицинского работника. В тоже время отмечается весьма высокий удельный вес лиц случайно попавших в медицину, к которым можно отнести тех, кто прямо ответил, что сделал выбор случайно (4,1% и 16,9%), тех, кто не смог сформулировать мотив (37,6%), а также тех, кто обосновал свой выбор тем, что не поступил в ВУЗ (14,7%) или близостью колледжа к дому (9,0%). В выборе медицины, как профессии, семейные традиции до сих пор играют важную роль – у 42,7% студентов среди близких родственников есть медицинские работники. В 23,7% случаев родители сами хотели, чтобы их дети стали медиками, 63,7% родителей отнеслись положительно к выбору подростков.

В настоящее время стипендия учащихся медицинских колледжей составляет 400 руб. Естественно, что такой размер стипендии не удовлетворяет 88,8% студентов и вынуждает искать дополнительные источники дохода. Основным дополнительным источником доходов для большинства является помощь родителей или родственников,

¹ Д.м.н., проф., зав кафедрой ОЗЗ

² Аспирант каф. ОЗЗ

³ Аспирант каф. ОЗЗ

⁴ Аспирант каф. ОЗЗ

⁵ Аспирант каф. ОЗЗ

которую получают 64,5% учащихся. Почти четверть (24,4%) студентов совмещают учебу с работой. По мнению 41,5% работающих, необходимость работать мешает их учебе. Несмотря на наличие дополнительных доходов, 33,9% учащихся могут быть отнесены к категории бедных и малообеспеченных (5,6% - бедных, 28,3% - малообеспеченных) и только 13,2% к категории хорошо обеспеченных.

Наиболее частой формой аддиктивного поведения в среде учащихся колледжа является табакокурение - 22,3% студентов регулярно курят, кроме того 14,6% являются группой риска по присоединению к числу регулярно курящих, так как иногда курят в кругу друзей. 42,3% студентов употребляют слабоалкогольные напитки (пиво, джин-тоник и т.п.), 48,5% - вино, 25,3% крепкие алкогольные напитки, в том числе раз в неделю и чаще соответственно - 5,0%, 2,5% и 4,0%. Среди будущих средних медицинских работников 11,0% пробовали наркотики, 3,8% в настоящее время иногда их употребляют, а 1,5% употребляют их регулярно.

Студенты колледжа относительно редко болеют острыми заболеваниями. Почти сорок процентов учащихся (39,5%) в течение учебного года практически не болеют, 41,9% болеют 1-2 раза в год и только 18,6% болеют три раза и более, в том числе 5,8% более 5 раз за год. На наличие хронических заболеваний указывают 39,8% студентов. Большая часть учащихся (66,2%) практически не пропускают занятия из-за болезни или пропускают менее недели за учебных год, у 17,8% студентов пропуски составляют 1-2 недели, 10,1% болеют 3-4 недели, а 5,9% месяц и более. Однако далеко не все учащиеся во время болезни пропускают занятия - только 16,6% во время болезни всегда на занятия не ходят, в то время как 55,6% когда не сильно болеют все же занятия посещают, а 27,8%, несмотря на болезнь, почти всегда ходят на занятия.

Свою физическую подготовку как хорошую и среднюю оценивают 65,3% учащихся, как слабую или слабоватую - 32,4%. Только 13,9% учащихся регулярно занимаются физической культурой или спортом вне учебной программы, 40,8% занимаются, но нерегулярно, а почти половина (45,3%) вообще не занимаются. Те, кто не занимается физической культурой или спортом, в свое оправдание выдвигают в основном субъективные причины - 38,3% ссылается на то, что у них на это нет времени, 18,6% полагают, что у них нет такой необходимости, 17,7% признаются, что им лень этим заниматься. Однако 10,1% хотели бы заниматься, но сегодня эти занятия стоят дорого и у них на это нет денег, 3,7% считают, что для этого нет условий. Причем, практически все признают пользу занятий физической культурой и спортом - только 1,8% ответили, что считают это бесполезным занятием.

Свое здоровье, как хорошее или очень хорошее, оценивают менее трети студентов - 30,3% , а большинство - 45,8% оценивают свое здоровье, как удовлетворительное. Однако 14,5% учащихся считают, что имеют плохое или даже очень плохое здоровье. 9,4% затруднились сами оценить состояние своего здоровья. Несмотря на то, что большинство учащихся считают свое здоровье как минимум удовлетворительным, беспокоятся о его состоянии 86,1% респондентов, в том числе 13,0% постоянно, 19,7% - часто, 53,4% - иногда. Несмотря на то, что большинство студентов беспокоятся о состоянии своего здоровья, только 24,4% регулярно предпринимают меры для его сохранения и укрепления. В тоже время большинство прекрасно осознают, что имеют факторы риска здоровью. Чаще всего среди факторов риска, которые имеют место в их жизни, будущие средние медицинские работники называют несоблюдение режима сна и отдыха (58,9%), нерегулярное и несбалансированное питание (46,2%), высокую психо-эмоциональную нагрузку (33,2%), низкую физическую активность (19,6%), недоедание (17,5%).

После окончания колледжа большая часть учащихся планирует остаться в Санкт-Петербурге - 78,8%, 6,0% намерены уехать в другой город, 8,4% - за границу. И

только 2,6% будущих средних медицинских работников планируют в будущем работать в сельской местности. Интересы учащихся в отношении будущего учреждения, в котором они хотели бы работать, весьма разнообразны. Более четверти (26,5%) хотели бы работать в стационаре муниципального (федерального) учреждения, 25,8% - в коммерческом медицинском учреждении, 17,1% - на скорой помощи, 7,0% - заниматься частной практикой, 7,0% - работать в поликлинике, а 4,9% - работать вообще вне медицины. К моменту выпуска удельный вес желающих уйти из медицины возрастает до 11,1%.

Большая часть учащихся в будущем хотели бы работать либо в хирургии (23,9%), либо в косметологии (22,7%), 19,1% хотели бы работать в педиатрии и только 11,6% - в терапии. После окончания учебы в колледже 69,2% студентов планируют поступать в ВУЗ, в том числе 55,2% в медицинский и 14,0% в ВУЗ немедицинского профиля.

I МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ СИБИРИ:
СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИЙ
(18–20 мая 2011 г.)

Подписано в печать 12.05.2010 Формат 60x84/16
Уч.-изд. л. 15,23 Усл. печ. л. 11,62 Тираж 300 экз. Заказ № 05/05-2011

Отпечатано в типографии Издательства «Сибпринт»
630099, Новосибирск, ул. Горького, 39, ком.206
тел. (383) 218-00-36, 299-30-23