



СОМЦ ФМБА РОССИИ

федеральный медицинский центр
основан в 1926 году

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ ФГБУЗ

Сибирский окружной
медицинский центр Федерального
медико-биологического агентства

2

Новосибирск 2013

ФЕДЕРАЛЬНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«СИБИРСКИЙ ОКРУЖНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»

**НАУЧНЫЕ ТРУДЫ
ФГБУЗ «СИБИРСКИЙ ОКРУЖНОЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ФЕДЕРАЛЬНОГО
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»**

Под общей редакцией
О.В. Стрельченко

Том 2

Новосибирск
2013

УДК 614.2:616-082 (063)
ББК 51.1 (2)
Н34

Редакционная коллегия:

к.м.н. О.В. Стрельченко, к.м.н. Е.А. Бабенко, к.м.н. Е.И. Бондарева,
к.м.н. О.А. Зарубенков, к.м.н. И.С. Кунин, Т.А. Лейтан, д.м.н.,
проф. Н.А. Малкова, И.Ф. Мингазов, д.м.н. В.М. Чернышев



Сертификат системы менеджмента качества в соответствии с ГОСТ ISO 9001-2011 (ИСО 9001:2011)

Н34 **Научные труды ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» / Том 2. / Под общей редакцией О.В. Стрельченко – Новосибирск. – ЗАО ИПП «Офсет», 2013. – 234 с.**

ISBN 978-5-85957-097-3

В сборнике опубликованы статьи сотрудников ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Центр), а так же других учреждений здравоохранения, включая Новосибирский государственный медицинский университет и НИИ, с которыми сотрудничает Центр. В сборник включены материалы, посвященные клинике, исследованиям, проведенным на базе структурных подразделений Центра, сестринскому делу, а так же вопросам организации оказания медицинской помощи населению.

Предназначен для широкого круга читателей: клиницистов, исследователей и организаторов здравоохранения.

УДК 614.2:616-082 (063)
ББК 51.1 (2)

Работы опубликованы в авторской редакции

ISBN 978-5-85957-097-3

© ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, 2013

СОДЕРЖАНИЕ	CONTENT
Предисловие	8 Preface
<i>О.В. Стрельченко</i> Реализации программы модернизации здравоохранения в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России	<i>O.V. Strelchenko</i> Modernization program health care in FGBUZ SOMTS FMBA Russia
1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	1. ORGANIZATION OF HEALTH CARE
<i>А.И. Бабенко, Е.А. Бабенко</i> Социально-гигиеническая значимость изучения патологической пораженности населения	<i>A.I. Babenko, E.A. Babenko</i> Social studies hygienically significant lesion is population
<i>Ю.В. Балабанова</i> Оценка экономической эффективности комплексного лечебно-диагностического процесса при патологии желчных протоков в условиях многопрофильного стационара	<i>Y.V. Balabanova</i> Comprehensive evaluation of the economic performance of medical diagnostic pathology in bile ducts multi-hospital
<i>Г.В. Богомолова</i> Правовые аспекты ведения медицинской документации	<i>G.V. Bogomolova</i> Legal aspects medical records
<i>Е.И. Бондарева</i> Практические аспекты внедрения системы менеджмента качества в учреждении здравоохранения федерального уровня подчинения	<i>E.I. Bondareva</i> Practical aspects of implementation of quality management establishment of federal health level of indentation
<i>А.Ф. Гусев, И.Ю. Бедорева, Э.Р. Хафизова</i> Разработка системы оценки результативности научной деятельности в медицинском научно-исследовательском учреждении	<i>A.F. Gusev, I.Yu. Bedoreva, E.R. Khafizova</i> Development of performance evaluation system of scientific activity in a medical research institution
<i>П.Ю. Зверев</i> Опыт применения современного оборудования для дезинфекции помещений и воздуха в стационаре ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России	<i>P.Y. Zverev</i> Experience with modern equipment for indoor and disinfection of air hospital FGBUZ SOMTS FMBA Russia
<i>О.Ю. Лихачева</i> Информированное добровольное согласие (отказ) пациента на медицинское вмешательство: требования действующего законодательства	<i>O. Yu. Lihacheva</i> Voluntary informed consent (disclaimer) patient's medical intervention: requirements applicable law

<i>И.Ф. Мингазов, О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев</i> Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в сибирском федеральном округе, как важнейший критерий оценки качества и уровня жизни населения	47
<i>Л.В. Проскура, Л.А. Хван</i> Особенности работы врачебной комиссии многопрофильного медицинского учреждения с использованием МИС «МЕДИАЛОГ»	53
<i>Н.Г. Синяговская</i> Система накопительных образовательных кредитов как новая форма послевузовского образования руководящего состава в здравоохранении	57
<i>Н.С. Слетникова</i> Роль экономики в управлении здравоохранением	60
<i>О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков, И.Ю. Шоркина</i> Фармакоэкономический abc/ven анализ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России за 2012 год	64
<i>О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев</i> О мерах по повышению эффективности деятельности и конкурентоспособности учреждения здравоохранения	70
<i>Г.Г. Тесейко</i> О месте искусственного прерывания беременности в системе планирования семьи в современных условиях	74
<i>В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко, И.Ф. Мингазов</i> Особенности медико-демографических процессов в Сибирском федеральном округе	87
<i>В.М. Чернышев</i> О мерах по повышению эффективности реформирования здравоохранения России	95
<i>I.F.Mingazov, O.V.Strelchenko, V.M. Chernyshev</i> Life expectancy in Siberian federal district, as an important criterion for the quality and living standards	
<i>L.V. Proskura, L.A. Hwan</i> Features of the medical commission diversified medical institutions using MIS «MEDIALOG»	
<i>N.G. Sinyagovskaya</i> System of the accumulative educational credits as the new form of postgraduate education of the administrative board in health care	
<i>N.S. Sletnikova</i> The role of the economy in the management of health care	
<i>O.V. Strelchenko, O.A. Zarubenkov, I.Y. Shorkina</i> Pharmacoeconomic abc/ven analysis fgbuz somts fmba russia for year 2012	
<i>O.V. Strelchenko, V. Chernyshev</i> On measures to improve efficiency and competitiveness of a health care institution	
<i>G.G. Teseyko</i> About the place abortions in the family planning in the current conditions	
<i>V.M. Chernyshev, O.V. Strelchenko, I.F. Mingazov</i> Features of medical and demographic processes in siberian federal district	
<i>V.M. Chernyshev</i> On measures to improve the efficiency of the reform Russian health care	

*Л.С. Шалыгина, М.А. Садовой,
Т.А. Мильникова*
О роли федеральной целевой программы «Вертебрология» в организации оказания высокотехнологичной помощи по профилю «Травматология и ортопедия».

103

2. ДИАГНОСТИКА

И.Р. Бухановская
Эффективность использования метода анкетирования при проведении массовых медицинских осмотров с целью выявления патологии молочной железы

112

Н.П. Гурьянова
Роль суточного мониторинга артериального давления в оценке эффективности гипотензивной терапии

114

*Е.С. Козорезова,
И.Ю. Ментюкова-Суздальцева*
Случай фолликулярного рака щитовидной железы с метастазированием в лимфоузлы, подтвержденный цитологическим

117

С.А. Королёва
Исследование коллективного иммунитета к кори среди сотрудников ФГБУЗ СМЦ ФМБА России

122

Н.А. Полянская, Н.П. Гурьянова
Анализ впервые выявленной патологии при профилактических осмотрах в ФГБУЗ СМЦ ФМБА России

123

*О.В. Стрельченко, А.А. Еркович,
Л.В. Осадчук, Т.А. Лейтан,
Н.А. Ворошилова, А.В. Попова,
И.Н. Печурин*
Организация проведения скринингового исследования репродуктивной функции у студентов и сотрудников Новосибирской государственной академии водного транспорта

126

*L.S. Shalygina, M.A. Sadovoi,
T.A. Mylnikova*
On the role of the federal target program «Vertebrologa» in the provision of high-profile for assistance «Traumatology and orthopaedics»

2. DIAGNOSTICS

I.R. Boukhanovskay
Efficiency method survey during mass medical examinations to detect breast pathology

N.P. Guryanova
The role of daily monitoring of arterial pressure evaluation of the effectiveness of antihypertensive therapy

*E.S. Kozorezova,
I. Yu. Mentyurjva-Suzdaltseva*
Case follicular thyroid carcinoma metastasis to the lymph nodes, the confirmation of the cytologic

S.A. Koroleva
Study of immunity to measles among employees FGBUZ SOMTS FMBA Russia

N.A. Polyanskaya, N.P. Guryanova
Analysis for the first time in revealed pathology checkup on

*O.V. Strelchenko, A.A. Jerkovich,
L.V. Osadchuk, T.A. Leitan,
N.A. Voroshilova, A.V. Popova, I.N. Pechurina*
Organization of screening study of reproductive function in students and employees Novosibirsk state academy of water transport

3. КЛИНИКА

- Л.А. Бабенко, Н.А. Малкова*
Регистр женщин с рассеянным склерозом новосибирской области 131
- Т.В. Захарова*
Современные аспекты профилактики, выявления и лечения профессиональной нейросенсорной тугоухости 136
- И.С. Кунин*
Радикальная простатэктомия и неoadъювантная гормонотерапия 148
- Н.Д. Ладунка, О.В. Шухлеева, Н.В. Силантьева*
Опыт применения новых методов физиолечения при дорсопатиях шейно-грудного отдела позвоночника 152
- Н.А. Левченкова*
Применение грязевых препаратов в клинической практике врача-стоматолога 157
- А.П. Мищенко, Н.Б. Капустинская, Н.В. Березюк, А.А. Хегай, О.И. Чепурнов, А.М. Трепольская, В.Н. Ковалев*
Современные методики анестезиологической защиты при оториноларингологических операциях у детей 160
- И.Н. Печурина, А.А. Еркович, Н.И. Голубовская*
Взаимосвязь аномалий архитектоники артериального русла полового члена при эректильной дисфункции по данным фармакодуплерографии. 163
- Е.П. Роголева, И.С. Гаек*
Первый опыт применения фотодинамической терапии в эндоскопическом отделении ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России 165
- О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков, Н.В. Шангурова, К.А. Самойлова, О.А. Ортнер, Ю.В. Шоркин, М.В. Сeryakova*
Ожирение как фактор риска репродуктивных неудач 168

3. CLINIC

- L.A. Babenko, N.A. Malkova*
Register of women with multiple sclerosis Novosibirsk region 131
- T.V. Zakharova*
Contemporary issues prevention, detection and treatment of occupational hearing loss 136
- I.S. Kunin*
Radical prostatectomy and neoadjuvant hormones 148
- N.D. Ladunka, O.V. Shuhleeva, N.V. Silantyeva*
Experience with new methods for physiotherapy dorsopathies cervical-thoracic spine 152
- N.A. Levtchenkova*
Application of mud products in clinical practice doctors-stomatologists 157
- A.P. Mishchenko, N.B. Kapustinskaya, N.V. Berezyuk, A.A. Khegai, O.I. Chepurnov, A.M. Trepolskaya, V.N. Kovalev*
Modern techniques of anesthetic protection in ENT surgery in children 160
- I.N. Pechurina, A.A. Jerkovic, N.I. Golubovskay*
Relationship anomaly architectonics arterial bed sex with a member of erectile dysfunction in this farmakodoplerografii. 163
- E.P. Rogaleva, I.S. Gaek*
First experience of therapy fotodinamichekoj in the endoscopy department FGBUZ SOMTS FMBA Russia 165
- O.V. Strelchenko, O.A. Zarubenkoy, N.V. Shangurova, K.A. Samoilova, O.A. Ortner, Y.V. Shorkin, M.V. Seryakova*
Obesity as a factor of reproductive faills 168

Д.В. Сазонов, Н.А. Малкова
Синдром диссоциаций при рассеянном
склерозе

172

*М.Н. Торгашов, А.И. Пальцев,
В.С. Мякотных*
Патогенетические механизмы развития
стресс-индуцированной патологии у ве-
теранов боевых действий с посттравма-
тическими стрессовыми расстройствами

180

С. А. Чернигина
Случай острого лейкоза у пациента те-
рапевтического отделения

191

В.Е. Шугаев
Акнеформные дерматозы. Клинический
случай

193

4. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

Е.Ю. Орлова, П.Ю. Зверев
Повышение эффективности клининго-
вых работ в медицинских учреждениях
на основе внедрения метода безведер-
ной уборки

197

*М.А. Садовой, Т.В. Климчук,
Л.А. Шпагина, О.Н. Герасименко,
В.А. Дробышев*
Медико-социальная и экономическая
эффективность оптимизированного
сестринского ухода за больными, пере-
несшими мозговую инсульт

199

*О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова,
Л.Н. Наумова, Е.Н. Некрасова,
Е.Л. Жигалова*
Современные подходы к повышению
эффективности стерилизации и сохран-
ности инструментария малоинвазивной
хирургии

209

*О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова,
Г.П. Кашуба, Е.Л. Жигалова*
Алгоритм предстерилизационной обра-
ботки хирургического инструментария
методом «сухой закладки»

212

D.V. Sazonov, N.A. Malkov
Dissociation syndrome in multiple
sclerosis

*M.N. Torgashov, A.I. Paltsev,
V.S. Myakotnykh*
Pathogenetic mechanisms of
development stress-induced
pathologies at veterans of wars
with posttraumatic stress disorder

S.A. Chernigina
A case of acute leukemia patient
therapy branch

V.E. Shugaev
Akneformnye dermatoses. Clinical
case

4. NURSING

E.J. Orlova, P.Yu. Zverev
Improving the efficiency of cleaning
jobs in medical institutions based
on the implementation of the
method of cleaning bezvedernoy

*M.A. Sadovoi , T.V. Klimchuk,
L.A. Shpagina, O.N. Gerasimenko,
V.A. Drobyshev*
Medical social and economic
performance optimized nursing care
of patients after stroke

*O.V. Strelchenko, E.Y. Orlova,
L.N. Naumova, E.N. Nekrasova,
E.L. Zhigalova*
Modern approach to improve
efficiency and conservation tools
sterilization minimally invasive
surgery

*O.V. Strelchenko, E.Y. Orlova,
G.P. Kashuba, E.L. Zhigalova*
Algorithm predsterilizatsionnoy
processing method surgical
instruments «dry bookmarks»

Предисловие

Одним из основных направлений в деятельности современного здравоохранения России является обеспечение качества медицинской помощи населению, которое достигается в т.ч. внедрением инновационных медицинских и управленческих технологий, творческим и ответственным отношением сотрудников к выполнению своих профессиональных обязанностей, чему не в малой степени способствует активная исследовательская деятельность.

В нашем центре давно сложилась и поддерживается атмосфера поиска и внедрения современных медицинских технологий, что позволяет учреждению успешно функционировать и быть конкурентоспособным, что весьма актуально для сегодняшнего времени.

Инициатива, поиск нового, передового, более эффективного, вот что характерно для хороших специалистов. Именно такие люди, несмотря на достаточно напряженную работу, находят время на проведение исследований, как самостоятельно, так и совместно с сотрудниками кафедр НГМУ (хирургии, урологии и др.), НИИ СО РАМН (клинической лимфологии, терапии, клинической иммунологии), а так же НИИ цитологии и генетики СО РАН и др.

Во втором томе увеличилось количество публикаций (41) по сравнению с предыдущим годом (31). Появился дополнительный раздел «Сестринское дело», что свидетельствует о том, что для специалистов со средним медицинским образованием тоже не безразлично что и как они делают. Поиск нового передового характерен и для этой, самой многочисленной категории медицинских работников.

Публикации в настоящем сборнике, это приобретение бесценного опыта анализировать свою работу, хорошая возможность для совершенствования навыков систематизировать полученные результаты и логически их излагать.

Выход второго тома, это весомая заявка на то, что издание станет традиционным, а желающих опубликоваться в нем будет увеличиваться из года в год. Наверное правильно будет пригласить для участия в нем наших коллег из других учреждений, входящих в Федеральное медико-биологическое агентство России, что мы и сделаем в следующем году.

О. Стрельченко,
директор ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России,
кандидат медицинских наук

РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

О.В. Стрельченко

Модернизация системы здравоохранения страны проводится в целях повышения эффективности ее функционирования и направлена на обеспечение качества и доступности лечебно-профилактической помощи населению, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья каждого человека, семьи и общества в целом, поддержанию активной долголетней жизни всех членов общества. Она осуществляется по трем основным направлениям:

- модернизация материально-технической базы лечебных учреждений;
- внедрение в здравоохранение современных информационных систем;
- внедрение стандартов медицинской помощи для повышения её качества.

Рассчитана она была на два года (2011-2012 гг.), но принято решение о ее продлении на 2013 и возможно последующие годы. Вместе с тем все-таки необходимо подвести итог сделанному, чтобы отчетливее представить, что нужно предпринять в ближайшее время для успешного решения стоящих перед ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (далее Центр) задач.

В 2012 году Центр принимал участие в реализации программы в части укрепления материально-технической базы и развития медицинской информационной системы.

Укрепление материально-технической базы Центра позволило продолжить совершенствование оказания медицинской помощи населению, *повысить экономическую эффективность функционирования учреждения, заложить основы для разработки и внедрения ряда оптимизационных мероприятий в рамках «Дорожной карты» начиная с текущего года.*

Капитальные ремонты проведены на семи объектах, общей площадью 6 236 м², к сожалению, отремонтировать весь комплекс не позволили ограничения и нормативы стоимости одного квадратного метра, установленные приказом Минрегионразвития России, которые гораздо ниже цен, реально сложившихся на рынке строительных услуг. В связи с чем, выполненный объем ремонтных работ заметно ниже запланированного.

В Центре проведена реконструкция системы снабжения лечебными газами в стационаре, заменены внутренние сети тепло-водо-электроснабжения с установкой сопряженного оборудования, произведенная практически без остановки лечебного процесса, что позволило выполнить утвержденное государственное задание на оказание медицинской помощи прикрепленному контингенту.

В рекордно короткие сроки построен модуль, стоимостью более 10 млн. рублей. Он появился по решению коллектива и на средства коллектива. Введение его в эксплуатацию позволило высвободить помещения в главном корпусе стационара для улучшения условий пребывания пациентов и персонала, а так же размещения клиничко-диагностического центра.

В течение прошедшего года значительно улучшилось оснащение стационара современным медицинским оборудованием, что способствовало совершенствованию лечебно-диагностического процесса. Изменения коснулись отделений эндоскопии, ультразвуковой диагностики, анестезиологии и реанимации, оториноларингологии, урологии и гинекологии. В Центре и филиалах введены в эксплуатацию 67 единиц медицинского оборудования. Это способствовало тому, что, например, в ЛОР отделении сократилась продолжительность операций почти в 2 раза, что в свою очередь позволяет увеличить их количество и даёт возможность оказывать в т.ч. высокотехнологичную медицинскую помощь в большем объёме. Внедрены оперативные вмешательства на гортани, основании головного мозга, расширен перечень операций на среднем и внутреннем ухе. В ближайшее время планируется освоение кохлеарной имплантации.

Микроскопы позволяют не только оперировать, но и вести фото/видео документирование в процессе операции за счёт встроенной камеры высокого разрешения с целью дальнейшего архивирования, а также использования в научно-исследовательской деятельности.

Микроскопы для оснащения смотрового и перевязочного кабинета также обладают высококлассной оптикой, которая значительно улучшает качество осмотра пациентов, делая его более информативным.

В центре активно внедряется и совершенствуется онкологическая помощь. Этому способствует приобретение новейшего оборудования. Так система для радиочастотной абляции опухолей RITA 1500X, RITA Medical Systems, Inc. (США), которая представляет собой новую модификацию генератора и зондов с уникальными возможностями, позволяет проводить термотерапию (РЧА) опухолей, обеспечивающую высокую эффективность при лечении многих из них.

В настоящее время трудно представить прогресс в медицине без лазерных технологий, которые открыли новые возможности в разрешении многочисленных медицинских проблем. Приобретенный хирургический лазер для хирургии и фотодинамической терапии «ЛАХТА-МИЛОН», позволяет оказывать медицинскую помощь на новом самом современном уровне. Уникальные свойства лазерного луча делают возможным выполнение сложных операций новыми эффективными и минимально инвазивными методами.

В рамках реализации мероприятий Программы по информатизации Центр оснащен компьютерной техникой (приобретены и введены в действие сервера, компьютеры, принтеры, сканеры), а также программным обеспечением (ПО) к ним.

С целью решения комплексного подхода по информатизации Центра нами были привлечены значительные денежные средства от ПДД в сумме более 10 млн.руб. (на них выполнена прокладка оптоволокну, объединяющего структурные подразделения Центра, с пропускной способностью 100 мГбит, заменено все компьютерное оборудование на всех рабочих местах, выполнены мероприятия по обеспечению информационной безопасности, приобретены криптошлюзы и лицензионное ПО).

Достижением такого комплексного подхода является формирование в электронном виде медицинской документации, расписания приема врачей, учета назначений и расходования лекарственных средств, учет и движение коечного фонда. Настроенные статистические отчеты позволяют оперативно видеть результаты лечебного процесса как на уровне пациента, структурного подразделения и всего учреждения в целом. Проведено обучение персонала, пересмотрены бизнес-процессы оказания медицинской помощи.

Весь комплекс мероприятий позволил достичь 100 % исполнения индикатора Программы по оформлению медицинской документации в электронном виде уже в конце ноября 2012 года. Вместе с тем в организации и проведении этой работы выявились и недостатки.

Одним из главных является недостаточный уровень федерального финансирования информатизации здравоохранения, в связи с чем, недостаточно приобретено всей необходимой компьютерной техники, программного обеспечения и других необходимых вспомогательных средств. Не были учтены особенности отдельных медицинских учреждений, в т.ч. значительная удаленность друг от друга их структурных подразделений. В связи с этим, при необходимости информационного обмена между ними потребовалось приобретение и развертывание специализированного криптографического оборудования для защиты информации, содержащей персональные данные пациентов, при их пересылке между удаленными подразделениями по внешним каналам связи.

Вопросы обеспечения информационной безопасности были учтены слабо, в т.ч. на этапе внедрения системы, когда IT-специалисты работают с персональными данными пациентов и сведениями, относящимися к врачебной тайне.

Не было выделено средств и для укрепления штата IT-подразделения, необходимого в связи с серьезностью и сложностью поставленной задачи, а так же для оценки готовности информационной инфраструктуры учрежде-

ний к внедрению новых технологий, т.е. оценке качества и количества компьютерной техники, серверов, качества сетей связи, наличия необходимого вспомогательного программного обеспечения.

Существенные трудности были вызваны тем, что поставленная задача решалась в условиях ограниченного времени (менее 1 года), при необходимости обеспечивать непрерывность рабочего процесса без снижения интенсивности труда. Ограниченность времени значительно увеличила нагрузку на медицинский персонал, команду внедрения и административный аппарат.

Коренные изменения в работе медицинского персонала, отход от годами выработанного и отлаженного рабочего процесса изначально не были встречены оптимистично и создали определенные трудности. Конечно, это временное явление, в значительной степени оставшееся уже в прошлом.

Внедряемая система хотя и обладает довольно высокой адаптивностью, однако имеются трудности и в этих вопросах. Весьма непростой является задача интеграции ее с федеральными сервисами записи к врачу. На сегодняшний день эта задача не решена. Недостаточный функционал базовой версии программного продукта, необходимость длительной адаптации системы к особенностям и потребностям учреждения, а также интеграции с имеющимися медицинскими и статистическими программными продуктами (среди них «Медис Плюс», «Инфомед», «Управление иммунизацией», программа для заполнения листов нетрудоспособности и другие небольшие, но необходимые программные средства) и медицинским оборудованием для достижения полноты автоматизации обещают еще довольно длительное продолжение процесса внедрения системы.

Несмотря на перечисленные трудности участие Центра в реализации программы модернизации отрасли в течение одного 2012 года позволили нашему учреждению:

1. Приобрести современное медицинское оборудование более чем на 97 млн. рублей.
2. Выполнить капитальные ремонты на сумму свыше 37 млн. рублей.
3. Внедрить МИС «Медиалог», затраты на которую составили более 8 млн. рублей.
4. Повысить фондовооруженность учреждения за один 2012 год на 43 %!

В течение последних двух лет в Центре проделана большая работа по внедрению Стандартов и Порядков оказания медицинской помощи, но несмотря на это структурные подразделения Центра в Новосибирске не были включены региональным МЗ в перечень ЛПУ участвующих в реализации третьего направления программы, т.е. в части внедрения стандартов оказания медпомощи.

Как показал опыт филиалов (на территории Иркутской области и Алтайского края), в которых осуществлялись выплаты за работу по стандартам, в них не только повысилось КМП, но заработная плата медицинских работников в 2012 г. увеличилась на 25-30 % по сравнению с 2011 г.

Пример с нашим учреждением свидетельствует о том, что Минздрав России и субъекты федерации недостаточно используют потенциал федеральных лечебных учреждений для реализации различных программ, что способствовало бы повышению качества медицинской помощи в регионах, более полному удовлетворению потребности населения в ней, в т.ч. в высокотехнологичных ее видах. В связи с чем, можно было бы отказаться от строительства дорогостоящих высокоспециализированных медицинских центров стоимостью около 40 млрд. руб., т.к. возможности практического здравоохранения, в т.ч. федеральных учреждений и клиник РАМН по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи используются лишь на 50-60 %.

Наряду с реализацией программы модернизации здравоохранения в центре проводится большая работа по повышению квалификации персонала и совершенствованию лечебно-диагностического процесса. Все врачи имеют сертификаты специалистов, почти 70 % – квалификационную категорию. Среди специалистов со средним медицинским образованием 99,5 % имеют сертификат специалиста и около 75 % квалификационную категорию. Такой высокий уровень профессиональной подготовки не случаен. В Центре не ослабевает внимание к науке, многие сотрудники, наряду с основной работой, занимаются исследовательской и, как показала практика, учреждение от этого только выигрывает. Такой творческий подход способствует совершенствованию лечебно-диагностического процесса, более активному внедрению современных, высокоэффективных медицинских и управленческих технологий, а в конечном счете и повышению КМП. Итоги такой работы обобщаются в сборнике «Научные труды ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», первый том которых издан впервые в истории Центра в 2012 году. Еще одним подтверждением целесообразности проведения исследовательской работы и поддержания творческой атмосферы в коллективе является результат участия в конкурсе «Золотая медаль ITE Сибирская ярмарка». Пять представленных на ней работ были удостоены «Больших золотых медалей». Одномоментно столько не получали даже такие крупные учреждения Новосибирской области как 1 городская и областная клинические больницы.

Конечно же, принимаемые в Центре меры, в т.ч и реализация федеральной программы модернизации здравоохранения, позволили повысить качество медицинской помощи населению, о чем свидетельствуют показатели

работы и результаты анкетирования пациентов. Заметно увеличилось число удовлетворенных оказанной им помощью в Центре с 73 % в 2011 г. до 87 % в истекшем году. Эффективнее используется коечный фонд, сроки пребывания в стационаре сократились с 11,8 (2010 г.) до 11,2 (РФ – 12,4), снизилась больничная летальность и т.д.

Вместе с тем очевидно, что эту работу нужно продолжать и приложить значительные усилия, чтобы Центр стал еще более привлекательным и востребованным, а, следовательно, и более конкурентоспособным.

Заключение. Участие Центра в реализации федеральной программы модернизации здравоохранения, а так же другие меры, принимаемые в учреждении, способствовали улучшению оснащения оборудованием структурных подразделений, росту профессионализма персонала, что позволило повысить качество оказываемой медицинской помощи населения, расширить перечень медицинских услуг, в т.ч. высокотехнологичных, а так же повысить конкурентоспособность учреждения.

Литература

1. Белостоцкий А.В. Основные направления обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью / А.В. Белостоцкий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 25
2. Комплексный подход в модернизации муниципального здравоохранения/ С.Е. Квасов, В.Н. Лазарев, А.Н. Эделева, О.В. Захарова // ГлавВрач. – 2011. – № 5. – С. 41.
3. Основные изменения, происходящие в российской системе здравоохранения, глазами медицинских работников / Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, И.М. Шейман, С.В. Шишкин // Здравоохранение. – 2011. – № 2. – С. 27.
4. Оценка эффективности деятельности органов государственной власти в сфере здравоохранения / Р.А. Хальфин, Е.П. Какорина, М.В. Игнатьева, В.В. Мадьянова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2013. – 256 с.
5. Перхов В.И. Некоторые теоретико-методологические аспекты формирования государственных (муниципальных) заданий в здравоохранении / В.И. Перхов // Здравоохранение. – 2011. – № 3. – 155 с.
6. Семилетов Г.А. Проблемы реализации программы модернизации здравоохранения Российской Федерации на уровне районного комплекса здравоохранения/ Г.А. Семилетов // ГлавВрач. – 2012. – № 3. – 13 с.
7. Улумбекова Г.Э. Вызовы системе здравоохранения РФ: пути решения / Г.Э. Улумбекова // ГлавВрач. – 2012. – № 5. – 13 с.

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

А.И. Бабенко¹, Е.А. Бабенко²

¹ФГБУ НИИ комплексных проблем гигиены
и профессиональных заболеваний СО РАМН (Новокузнецк)

²ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Одной из задач социально-гигиенической науки является разработка системы индикаторных критериев, позволяющих заблаговременно предвидеть развитие проблемных ситуаций в формировании здоровья населения.

Повсеместно применяемые показатели общественного здоровья (смертность, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие) не в полной мере обеспечивают определение перспектив реализации медицинских технологий. Болезни людей и интенсивность заболеваемости населения, как выделял М.С. Бедный [1], обусловлены тремя факторами: наследственностью (генетика), возрастными изменениями, происходящими в организме и факторами среды. При этом важно учитывать различные модели развития патологического процесса, которые, по мнению В.М. Дильмана [2], должны быть в основе определения перспектив использования профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных технологий для снижения заболеваемости.

Особенностью патологических состояний является их многокомпонентность, что приобретает особую важность в настоящее время, когда здравоохранение переходит на экономические принципы реализации медицинских технологий, и, по мнению В.И. Дмитриева с соавторами [3], является важным и неизбежным элементом расчетов основных финансовых параметров при оказании медицинской помощи по поводу не только основного, но и сопутствующих заболеваний.

Данные о морфологических и функциональных отклонениях в организме людей, получаемые при использовании различных диагностических методов, позволяют, с одной стороны, определить востребованность в пер-

спективе не только диагностических, лечебных и реабилитационных технологий, но и профилактических, а также может устанавливать ориентиры для научных и научно-прикладных исследований. С другой стороны, адекватное использование показателей патологической пораженности населения на социально-гигиеническом уровне дает возможность формировать прогнозы распространенности патологии, заболеваний среди населения, основываясь не только на общей официальной статистике учета болезней за прошедший период, но и на информации о начальных стадиях развития патологии среди населения.

В предыдущие годы применение показателя патологической пораженности повсеместно в организации здравоохранения и социально-гигиенических исследованиях было затруднено ввиду отсутствия медицинского учреждения, где был бы налажен учет этих поражений, а также недостатка информационных технологий по учету и анализу патологической пораженности. В настоящее время развита широкая сеть региональных диагностических центров, оснащенных медицинской техникой и методами диагностики, имеющих возможность массово выявлять и фиксировать патологические поражения органов и тканей, а также бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомические отделения многопрофильных больниц, где проводится большое количество исследований органов и тканей умерших. Созданы соответствующие информационные технологии для обработки данных.

Нами на основе изучения результатов диагностики патологии населения в Новосибирском областном клинико-диагностическом центре, Новосибирской областной клинической больнице, Новосибирском областном бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) была сформирована модель и основные технологические этапы социально-гигиенической оценки патологической пораженности населения. Данная модель включает два основных информационных потока: результаты массовой диагностики патологии населения (диагностические центры, многопрофильный стационар) и результаты вскрытия умерших (БСМЭ и патологоанатомические отделения крупных ЛПУ).

В информационном потоке массовой диагностики выделяют два вида информации: объективная и субъективная. Объективную информацию получают с использованием инструментальных методов исследования, выделяя при этом 3 информационных блока в соответствии со спецификой методов диагностики: макродиагностика, функциональная диагностика и микродиагностика.

В первую группу входят исследования поражений органов, тканей и систем организма на основе методов рентгенодиагностики, эндоскопических, рентгеноконтрастной томографии, ультразвуковых исследований с установле-

нием диагноза заболевания в основном по нозологическому принципу. Функциональная диагностика определяет состояние кардиореспираторной, нейрофизиологической и ангиологической систем, основываясь на синдромальном подходе к фиксации распространенности патологических поражений. Микродиагностика дает более глубокое познание патологических процессов на основе клинико-диагностических, медико-генетических, радиоиммунологических, патоморфологических, ДНК-диагностики и т.д. методов. При этом устанавливается наличие той или иной патологии по нозологическому принципу, отклонения от нормы и нарушения систем, органов и тканей.

По каждому методу исследования формируются свои потоки пациентов, группы заболеваний, патологические поражения. Последовательное рассмотрение каждой группы диагностических методов позволяет определять распространенность патологических поражений у обследованных континентов населения.

Субъективная оценка имеет два информационных блока. Первый – результаты консультирования пациентов врачами-специалистами (дифференциация по профилю) с установлением наиболее верифицированного диагноза. Второй – результаты самооценки (анкетирование) пациентами, населением состояния здоровья, характера беспокойства и необходимости специальных диагностических исследований. Это позволяет прогнозировать объемы и структуру обращения населения за медицинской помощью и, в частности, востребованность диагностических технологий.

При формировании информационного потока по материалам вскрытия умерших анализируются данные протоколов вскрытия, и оценивается по специальному классификатору распространенность патологических процессов и патологических поражений отдельных органов в половозрастном аспекте.

Сформированные информационные потоки, отражающие распространенность патологических поражений, могут стать дополнительным звеном социально-гигиенического мониторинга.

Литература

1. Бедный М.С. Демографические процессы и прогнозы здоровья население / М.С. Бедный. – М.: Статистика, 1972. – 304 с.
2. Дильман В.М. Четыре модели медицины / В.М. Дильман. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
3. Дмитриев В.И. Изучение множественных причин смерти – важный шаг к пониманию современного состояния смертности населения / В.И. Дмитриев, А.Д. Соломонов, М.М. Балыгин // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2006. – № 2. – С. 17-21.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Ю.В. Балабанова

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

На сегодняшний момент проблема билиарной гипертензии остаётся одной из распространенных в хирургии, требующей оперативной коррекции, отличающейся многообразием причин и достаточной схожестью их клинической картины. При этом оперативные пособия на желчных протоках по частоте занимают одно из лидирующих мест среди всех операций в абдоминальной хирургии. Главной задачей врачей рентгенологов и хирургов является более точная диагностика, позволяющая применить наиболее оптимальную тактику лечения с учетом клинической и экономической эффективности. В данной статье приводится анализ комплекса диагностических мероприятий с оценкой финансовых затрат. (Yu. Balabanova)

Наиболее частыми причинами синдрома механической желтухи являются холедохолитиаз, воспалительный стеноз (стриктуры различной протяженности), ампулярные опухоли, холангиокарциномы, метастатическое поражение. «Золотым» стандартом в верификации диагноза в настоящее время являются рентгенологические методы с прямым контрастированием желчных путей, такие как эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и чрезкожная чрезпеченочная холангиография (ЧЧХГ), общая точность которых достигает 90-97 %.

Инвазивные методики сопряжены с высоким риском развития осложнений, общее число которых при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии по данным ряда авторов достигает 10,6 %, из них 7,3 % – тяжелых, летальность составляет 0,1-1 %.

Выявление билиарной обструкции, ее причин и протяженности служит основным показанием для применения магнитно-резонансной холецистопанкреатографии (МРХПГ). Общая точность методики в диагностике билиарной обструкции составляет от 91 до 100 %, при этом ее уровень точно определяется в 85-100 %. При изучении причин билиарной гипертензии особенно важна дифференциальная диагностика ее опухолевого и доброкачественного характера. Сочетание традиционной МРТ и МРХПГ позволяет выявлять опухолевую обструкцию желчных путей с чувствительностью 86 % и специфичностью 98 %, общая точность в определении причин ме-

ханической желтухи также высока и достигает 96,4 %, что может заменить применение КТ и ЭРХПГ для этих целей. Диагностическая точность МРХПГ при холедохолитиазе очень высока и составляет от 89 до 97 % (чувствительность 81-100 %, специфичность 85-100 %).

Отмечается исключительную значимость МРХПГ в изучении анатомических вариантов строения желчного пузыря и пузырного протока, внутри- и внепеченочных желчных протоков, а также их слияния с панкреатическими протоками.

При магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРПХГ) желчные и панкреатические протоки визуализируются в их физиологическом состоянии, без использования контрастного препарата и без какого-либо побочного эффекта. Возможности МРПХГ, сравнимы с инвазивными методами прямого контрастирования в отношении наиболее распространенных заболеваний желчных протоков, таких как холедохолитиаз, злокачественная обструкция желчных путей, врожденные аномалии.

Высокая контрастность получаемых изображений достаточна для выявления камней размером около 1,5-2 мм.

Наибольшим преимуществом МРХПГ в изучении билиарных стриктур, по сравнению с другими методиками визуализации, является возможность оценки желчных протоков как ниже, так и выше уровня сужения с получением целостного изображения билиарного тракта. Это позволяет визуализировать дополнительные камни, расположенные проксимально, в том числе при вклинении конкремента в большой дуоденальный сосочек.

Также МРХПГ может быть методом диагностического выбора при неудачном канюлировании протоков (10-20 % от общего числа ЭРХПГ) и при изучении состояния билиодигестивных анастомозов. Чувствительность МРХПГ в выявлении стриктуры последнего достигает 100 %, при выявлении камней проксимальнее анастомоза – 90 %.

Существует ряд диагностических трудностей и ошибок в интерпретации данных МРХПГ достаточно хорошо освещенные рядом авторов. Большинство из них связаны с наличием воздуха в просвете желчных протоков, пульсацией сосудов, пересекающих проток, пропуск камней за счет слишком интенсивного сигнала от желчи в желчном пузыре, эффект удвоения или нарушения целостности протоков при дыхательных артефактах, ложное заключение о сужении или обструкции протоков за счет наличия клипс, газа в просвете кишки. Эти проблемы можно устранить изменением некоторых параметров и техник сканирования, оценкой «сырых» данных.

МРХПГ может использоваться в качестве скринингового метода за счет высокой скорости выполнения и безопасности для больного, при сравнимой с инвазивными методиками специфичности и чувствительности, что помо-

гает сузить показания к ЭРХПГ и ограничить использование ЭРХПГ только в лечебных целях, это позволяет:

- снизить лучевую нагрузку на пациента и врача,
- снизить процент осложнений, возникающих после применения инвазивных методик,
- является экономически выгодным, т.к. не требует дополнительных расходных материалов и медикаментов.
- позволяет снизить продолжительность пребывания пациента в стационаре.

С января 2009 г. по январь 2012 г. выполнено 1648 МР-томографических исследований органов брюшной полости и забрюшинного пространства пациентам, направленным с различными предварительными диагнозами, находившимся на лечении в многопрофильном стационаре. МРТ пациентам выполнялось на томографе «Signa» производства фирмы General Electric, оснащённом сверхпроводящим магнитом с напряжённостью магнитного поля 1,5Тесла. Использовалась специальная поверхностная катушка, пациенты помещались в тоннель магнита в положении на спине ногами вперед. Всем пациентам, независимо от диагноза при направлении, выполнялось МРХПГ, позиционирование которого осуществлялось по аксиальным и коронарным T2-ВИ. Минимальный пакет программного обеспечения МРХПГ, в основном, представлен протоколами с двумя методиками – толстого блока (по типу TSE) и тонких срезов (по типу FR-FSE).

МР-холангиография (МРХПГ) включала получение как минимум двух толстых срезов (30-40мм) с задержкой дыхания в сагиттальной и косой коронарной плоскостях с градусом наклона примерно – 30-45°, чтобы обеспечить соответствующее направление проекции для оптимальной визуализации биллиарного тракта и поджелудочной железы, а также в аксиальной плоскости для оптимальной визуализации пузырного протока.

Из 1648 обследованных пациентов 400 (24,3 %) было направлено с предварительным диагнозом «механическая желтуха». Не обтурационный характер желтухи и расширение биллиарного дерева выявлены в 77 (19,3 %) и по результатам заключительных диагнозов представлены в большинстве случаев ПХЭС с дискинезией желчевыводящих путей, воспалительными изменениями головки поджелудочной железы, единичными случаями гепатита и цирроза печени как вирусной, так и токсической этиологии. По данным МР-томографии пациенты с синдромом механической желтухи разделены на две группы – со злокачественным в 98 (29 %), и доброкачественным генезом 212 (64 %). Злокачественный характер был представлен раком головки поджелудочной железы 74 (13 %), средний возраст 59 л., соотношение мужчин и женщин – 4/1, холангиокарциномой – 11, средний возраст 67 лет,

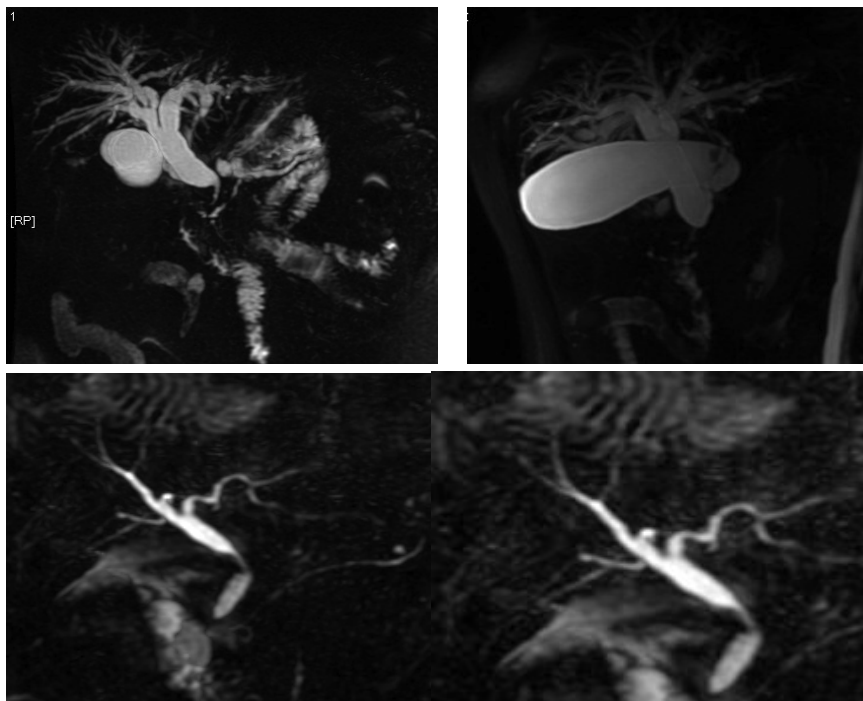


Рис. 1. Доброкачественная стриктура ОЖП у двух разных пациентов в терминальном и проксимальном отделах общего желчного протока.

соотношение мужчин и женщин – 5/1, раком большого дуоденального сосочка 7, средний возраст 62,5 г., все женщины, а также единичными случаями метастатического поражения печени, лимфоузлов в воротах печени и объемными образованиями печени с развитием обструкции билиарного тракта извне. Большая часть доброкачественного генеза была представлена холелитиазом в 164 (41 %), средний возраст 60,4 года, соотношение мужчин и женщин – 1/1,7, стриктурой, в том числе и ятрогенное поражение холедоха – 46, средний возраст 53,6 лет, соотношение мужчин и женщин – 1/1, эхинококкоз 2 случая, сдавление извне и с формированием цистобилиарного свища.

Диагностическими находками в 19 случаях стала деформация желчного пузыря, в 5 случаях – обнаружение полипов. Достоверная визуализация уровня и причинны обструкции, оценка состояния прилежащих органов напрямую повлияла на тактику хирургического вмешательства, увеличив количество малоинвазивных хирургических пособий, и позволила избе-

жать необоснованных операций. На основании полученной при МРТ информации большинству пациентов с холелитиазом была выполнена эндоскопическая папилосфинктеротомия и экстракция конкрементов, без проведения диагностической ЭРХПГ, что позволило избежать связанных с ней осложнений. При выявлении распространенных патологических процессов 23 пациентам выполнена чрезкожная чрезпеченочная холецистохолангиостомия, из них в 8 случаях как этап подготовки к оперативному вмешательству. Видеохолецистэктомия и холецистэктомия из минидоступа, выполнена в 40 случаях. Таким образом, количество лапаротомий в группе из 323 пациентов с механической желтухой составило всего 185.

Анализ данных проводился в условиях крупного многопрофильного стационара. На протяжении 5 месяцев по техническим причинам в стационаре не было возможности выполнения МРТ методик. Этот период представляет интерес в плане оценки экономической эффективности применения РКТ и РХПГ для диагностики причин и уровня обструкции желчных путей. В тех случаях, когда позволяли показания, были перепрофилированы потоки пациентов. При анализе количественных показателей и сопоставлении расходов клиники на проведение диагностических исследований (ретроградной холангиопанкреатографии) были получены следующие результаты, отраженные в диаграмме.

В диаграмме динамики исследования пациентов с патологией органов брюшной полости четко отражены периоды повышения количества РКТ и ретроградной холецистопанкреатографии (РХПГ) – инвазивных методов диагностики с угрозой осложнений, которые совпадают с простоем МРТ (невозможности выполнить исследования данной категории пациентов).

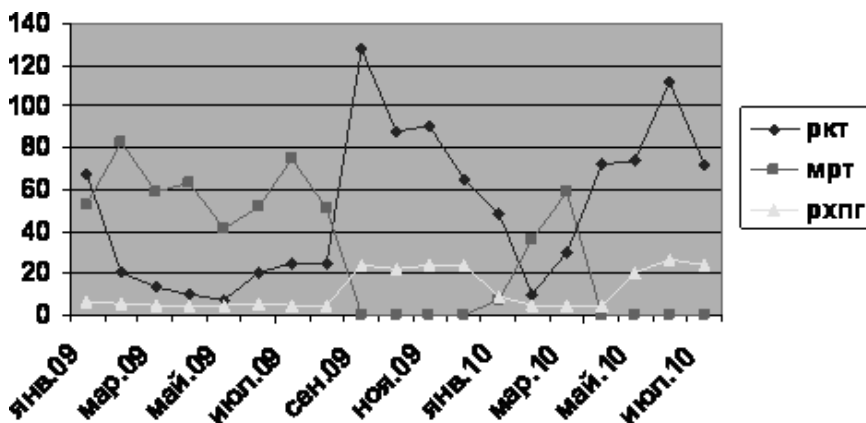


Рис. 2. Количество проведенных МРТ, РКТ, РХПГ за период 2009-2010 гг.

При сопоставлении расходов клиники на проведение РКТ и РХПГ отмечается следующее:

1. При условии применения магнитно-резонансной холангиопанкреатографии для определения уровня блока и протяженности обструкции:

среднемесячное количество РКТ составило 23,5 исследований в месяц, что при себестоимости расходных материалов и медикаментов составило 84 600 рублей (из расчета средней себестоимости 3600 рублей на одно исследование);

среднемесячное количество диагностической РХПГ составило 4 в месяц, что из расчета средней себестоимости 6700 рублей на одно исследование составило 26 800 рублей.

2. При условии отсутствия методик МРТ: среднемесячное количество РКТ составило 78 в месяц, затраты больницы на проведения диагностики 280 800 рублей, что выше в 3,3 раза. Среднемесячное количество РХПГ 20 в месяц, финансовые затраты 134 000 рублей. Общие затраты клиники на диагностику в 4 раза выше.

При сопоставлении средней продолжительности лечения в клинике хирургии пациентов с синдромом механической желтухи в условиях невозможности выполнения диагностической магнитно-резонансной холангиопанкреатографии отмечалось возрастания среднего койко-дня в 2 раза.

Заключение

Успешное внедрение и использование магнитно-резонансной томографии с МРХПГ позволяет за короткие сроки получить исчерпывающую информацию о состоянии билиарного дерева, окружающих мягкотканых структур, провести дифференциальную диагностику патологических состояний приводящих к синдрому «механической желтухи». Благодаря чему возможен выбор соответствующей адекватной хирургической тактики ведения пациентов.

За период работы кабинета МРТ в многопрофильной клинике с января 2009 г. по январь 2012 г. удалось значительно сократить число диагностических ЭРХПГ, так как полученные при МРХПГ данные в большинстве случаев диагностически полноценные. Опираясь на полученные данные, врачи эндоскопического профиля, смогли применить наиболее оптимальную тактику лечения. Это значительно уменьшило количество ЭРХПГ – сопряженных осложнений, в конечном итоге сократив пребывание пациентов в стационаре.

В свою очередь применение МРТ с МРХПГ позволило исключить лучевую нагрузку на пациента, снизить экономические затраты на проведение дополнительных диагностических исследований.

Также знание анатомических вариантов строения билиарного дерева и генеза патологического состояния, установленные после проведения

МРХПГ, позволило более широко использовать малоинвазивные методы лечения, сократив при этом общую продолжительность стационарного лечения.

Литература

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар, 2006. – 559 с.

2. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова М.И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции. // Современная онкология. 2002. – №4. – С.141-145.

3. Зеленцов, М.Е., Манакова Я.Л., Толстых Г.Н. Дергилев А.П. Роль магнитно-резонансной томографии в выборе тактики ведения пациентов с механической желтухой. // Бюллетень сибирской медицины, 2012. №5. – С.124-128.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Г.В. Богомолова

Филиал № 1 – Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, г. Барнаул

Чтобы понять сущность юридического значения первичной медицинской документации, следует, прежде всего, определить, что относится к первичным медицинским документам.

Первичными медицинскими документами являются:

1. Медицинская карта стационарного больного (история болезни – форма № 003/у).

Медицинская карта стационарного больного является основным медицинским документом стационара; она заполняется на каждого поступившего в стационар больного. Этот документ ведется всеми больницами, диспансерами, клиниками вузов и НИИ, а также санаториями.

2. Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у- 87).

3. Медицинская карта стоматологического больного (форма № 043/у).

4. Основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который составляется на каждую поступившую беременную, роженицу или родильницу, является история родов – форма № 96.

Кроме того, первичными медицинскими документами являются: медицинская карта туберкулезного больного (форма № 081/у), медицинская карта больного венерическим заболеванием (форма № 065/у), индивидуальная карта беременной и роженицы, заполненная на гинекологических боль-

ных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности (форма № 111/у), и некоторые другие.

История болезни, являясь основным документом, составленным на больного в стационаре, имеет большое лечебное, научно-практическое и юридическое значение, а именно:

- лечебное – так как по записям в ней выполняются диагностические и лечебные мероприятия;
- научно-практическое – так как служит исходным материалом для изучения причин и особенностей течения тех или иных заболеваний, а следовательно, и для разработки профилактических мероприятий;
- юридическое – так как дает возможность (при правильном ее ведении) оценить качество оказанной медицинской помощи.

Обобщая эти значения можно сказать, что первичная медицинская документация выступает в качестве своеобразного протокола, который должен фиксировать все этапы оказания лечебно-диагностической помощи, все мероприятия по выполнению обязанностей лечебного учреждения в отношении конкретного больного и законных прав последнего. В этом заложены основы ее юридического значения.

Кроме этого, юридическое значение истории болезни проявляется еще и в том, что она служит основой для ряда других медицинских документов, которые составляются на базе ее данных. Указанные документы как оперативными, так и вторичными.

Зачастую распространено расхождение действительно имеющихся фактических данных, приведенных в истории болезни, с выданным впоследствии на руки больному или его родственникам эпикризом (выписка из истории болезни). Расхождения могут касаться существенных моментов: диагноза, результатов клинических и дополнительных методов исследований, рекомендаций и др.

Требования по ведению первичной медицинской документации как правило вытекают из руководящих документов органов различного уровня управления здравоохранением (от Министерства здравоохранения до конкретной медицинской организации), сложившихся в течении многих лет традиций отечественной медицины, ее теории и практики, «понимания» юридического значения медицинской документации, которые, к сожалению, никак не закреплены на законодательном уровне.

То есть, нет общих (единых) правил ведения медицинской документации, утвержденных законом, обязательных для всех ЛПУ.

Все правила носят как бы рекомендательный характер, хотя и с неким «пониманием» юридического значения медицинской документации, т.к. есть утвержденные формы и правила заполнения форм.

Даже правильно заполненные формы очень часто не отражают полной картины заболевания больного и правильности/не правильности действий медицинских работников при ведении больного в стенах лечебного учреждения.

В практическом значении в делах по привлечению врача к юридической ответственности первичная медицинская документация зачастую становится его, так сказать, первым обвинителем.

Поскольку судебные дела о неправомерности действий медицинских работников относятся к категории защиты прав потребителей, постольку в ряде случаев жалобы на врачей и возбуждение против них или медицинских организаций уголовных и гражданских дел бывают необоснованными, так как смертельный исход или другие неблагоприятные последствия далеко не всегда зависят от действий врача, а могут быть обусловлены тяжестью самой болезни, несовершенством медицинской науки или другими объективными обстоятельствами.

Выяснить правильность действий врачей возможно только через проведение судебно-медицинской экспертизы, назначаемой в процессе расследования, анализа представленной первичной медицинской документации и опроса экспертов, что занимает не мало времени и средств.

А именно здесь и имеет огромное значение полнота и правильность заполнения первичной медицинской документации, т.к. формальность заполнения утвержденных форм – это менее, чем на половину помощь в защите медицинского работника. Наиболее всего важна ее содержательная часть, которая призвана обеспечить обоснованность лечебно-диагностических мероприятий, их преемственность, этапность, логику размышлений, сомнений и оправданность действий врачебного персонала, среднего и младшего звена в оказании медицинской помощи, результативность принятых мер, рекомендации по дальнейшему обследованию и наблюдению, о характере активных и пассивных действий больного в отношении его трудовой деятельности, отдыха, питания и т.д.

В настоящее время имеется достаточное количество научно-методических работ по выявлению часто встречаемых при заполнении первичной медицинской документации дефектов.

Они указывают на то, что уровень ведения первичной медицинской документации в целом достаточно низкий, что имеет существенные юридические последствия.

В случае, когда дефекты ведения первичной медицинской документации отсутствуют или носят ограниченный, несущественный характер, не возникает препятствий к объективной оценке качества оказания медицинской помощи. Когда же дефекты существенны, объективная оценка какого-либо из этапов оказания медицинской помощи или оказания ее в целом становится

затруднительной или практически невозможной. В этих случаях первичная медицинская документация утрачивает одну из своих главных составляющих – юридическую.

В случае, когда дефекты ведения первичной медицинской документации грубые – это не позволяет оценить качество оказания самой медицинской услуги ввиду утраты доказательной базы возможного правонарушения, что влечет существенное нарушение прав и законных интересов пациента. В таком случае может и должна наступать уголовная ответственность.

В Российской Федерации уже существует судебная практика осуждения медицинских работников в ряде случаев обоснованно наказанных. Но есть и такие случаи, где можно было избежать наказания ввиду правильности действий медицинского персонала, если бы не грубые ошибки, допущенные при ведении первичной медицинской документации.

Исходя из вышеизложенного, следует, что, не смотря на рекомендательность «правил» ведения первичной медицинской документации и отсутствие законодательного закрепления единых требований по ведению медицинской документации, надлежащее ведение медицинской документации по формальности, полноте заполнения по вопросам обоснованности лечебно-диагностических мероприятий, их преемственности, этапности, логики размышлений, сомнений и оправданности действий врачебного персонала, среднего и младшего звена в оказании медицинской помощи, результативности принятых мер, рекомендаций по дальнейшему обследованию и наблюдению, о характере активных и пассивных действий больного в отношении его трудовой деятельности, отдыха, питания и прочего может явиться достаточной доказательной базой для экспертного заключения об отсутствии дефектов при оказании медицинской помощи и тем самым способствовать защите чести и достоинства медицинского работника при необоснованных претензиях, жалобах и исках.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ ПОДЧИНЕНИЯ

Е.И. Бондарева

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

В течение последнего десятилетия в Российской Федерации произошло значительное перевооружение медицинских организаций современной тех-

ной и технологиями. Однако только одним переоснащением учреждений здравоохранения невозможно поднять уровень качества оказания медицинских услуг в соответствии с установленными критериями и показателями качества. Для того чтобы, медицинской организации завоевать свое место на рынке, в условиях, когда предложение медицинских услуг превышает платежеспособный спрос населения России, недостаточно владеть уникальными и сверхсложными современными медицинскими технологиями. Лечебно-профилактическому учреждению необходимо убедительно доказать потребителю услуг способность организовать весь лечебно-диагностический процесс со стабильным качеством и получением максимально возможного результата лечения.

Сегодня следует признать, что существующая в российском здравоохранении система обеспечения качества медицинской помощи не отвечает современным требованиям потребителей. Ведущее место в ней занимает контроль качества медицинской помощи, направленный на выявление нарушений и дефектов в лечебно-диагностическом процессе и применение административных мер. Вместе с тем контроль качества медицинских услуг является только отдельным звеном из комплекса элементов, необходимых для системы управления качеством медицинской помощи. При этом необходимо подчеркнуть, что как бы ни совершенствовались контрольные функции, они сами по себе не могут принципиально повлиять на повышение качества медицинской помощи. По мнению некоторых специалистов здравоохранения, «административная система управления качеством медицинской помощи исчерпала свои возможности, отрасль работает с высоким напряжением и низким КПД» [2].

Вместе с тем процесс оказания медицинской помощи состоит из взаимодействия внешних систем и внутренних подсистем, что определяется множеством внешних и внутренних взаимосвязанных процессов. Применение системы процессов, наряду с их определением и обеспечением взаимодействия между ними следует рассматривать как процессный подход. Соответственно эффективное управление качеством – это не просто оценка конечного результата, а создание специального технологического процесса, обеспечивающего соблюдение определенных требований и норм, а отклонения от технологических условий зависит не только от исполнителей, но и от системы, в которой они работают.

Одним из оптимальных путей улучшения качества медицинской помощи является внедрение в медицинскую практику международных стандартов ИСО серии 9000, поэтому с 2010 года администрация ФГБУЗ Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России уделяется особое внимание сертификации системы менеджмента качества.

Внедрение системы менеджмента качества в практическую деятельность ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России и ее сертификация дают возможность:

- улучшить внутреннее взаимодействие процессов;
- распределить полномочия и ответственность персонала;
- снизить длительность цикла выполнения работ и внутренних затрат учреждения;
- увеличить объемы медицинской помощи и конкурентоспособность учреждения на рынке медицинских услуг;
- внедрить систему, позволяющую проводить улучшения.

Немаловажную роль в повышении качества медицинской помощи в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России играет автоматизация лечебно-диагностического процесса с использованием медицинской информационной системы «Медиалог» (далее МИС «Медиалог»), являясь, с одной стороны, основным аккумулятором, а с другой – потребителем информации, «рождающей» в других частях МИС. Базы данных (БД) медицинской деятельности аккумулируют большие объемы получаемых результатов диагностических исследований, лабораторных анализов, мониторинга состояния пациентов и т.д., формируя тем самым соответствующие записи в электронные медицинские карты.

Опираясь на опыт информатизации МИС «Медиалог» необходимо выделить ряд свойств, которыми обладает МИС:

- полная единая номенклатура компьютеризированных рабочих мест медицинского персонала и настройка рабочих мест на конкретные задачи и конкретного пользователя;
- интеграция информационных потоков, обеспечивающая актуальность, целостность и непротиворечивость хранящейся информации;
- концентрация информации вокруг пациента;
- единое пространство услуг (реализация единого пространства услуг делает возможным общее рассмотрение и описание всех, протекающих в ЛПУ процессов, оформление всех манипуляций с пациентом в виде композиции элементарных услуг, дает возможность оценки стоимости, произведенного лечения);
- автоматизация оформления документации с применением множественного использования информации без дублирования, различных видов авто заполнения, использования заготовок и шаблонов документов, ввода данных в специализированных формах с последующим автоматическим формированием печатных документов, планирования технологической лечебно-диагностической цепочки;
- автоматическая генерация статистических отчетов, динамические подборки документов за определенный период и на определенную дату;

- представление динамики медицинской информации или мониторинг ЛДП;
- редактируемые справочники для наполнения предметной информацией, позволяющие гибко настраивать и редактировать систему при изменении логики бизнес-процессов. Справочная информация занимает весомую часть всей МИС и содержит в своей структуре глобальные справочники (информация, в них содержащаяся, актуальна для всех ЛПУ) и локальные (наполнение которых зависит от конкретного ЛПУ);
- использование передачи медицинских данных дает возможность взаимодействия со своими подразделениями, а также с другими медицинскими организациями страны и мировыми ведущими центрами;
- безопасность медицинской информации.

В результате эксплуатации МИС «Диалог» в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России получены следующие эффекты:

- отказ от ручного заполнения учетных форм, производных от электронной медицинской карты, бумажные документы используются лишь там, где не существует иного способа передачи информации;
- уменьшение искажений и потери информации;
- улучшения качества медицинской документации;
- автоматизированная система контроля за занятостью койки, числом осложнений, исходом лечения приводит к сокращению сроков обследования и лечения;
- управление рациональным расходом медицинских ресурсов и равномерной загрузкой медицинского персонала;
- упорядочение системы планирования, что позволит в дальнейшем осуществить разработку не только сметы расходов, но и объем, и источники доходов, то есть получать бизнес-план;
- оперативность получения справочной, отчетной, аналитической информации на различных уровнях управления лечебно-диагностическим процессом;

и как ключевой конечный результат – повышение эффективности управления медицинской организацией.

Важным аспектом построения адекватной и эффективной системы менеджмента качества в медицинской организации является совершенствование технологий горизонтального взаимодействия подразделений и сотрудников в работе на конечное качество лечебно-диагностических услуг. В процессе инновационных преобразований взаимозависимость участников друг от друга возрастает в разы. В то же время заведующий отделением в медицинской организации находится на самом ответственном – оперативном уровне управления. Но до сих пор они продолжают позиционироваться как высококвали-

фицированные узкие профессионалы по своей клинической специальности, не осознавая в полной мере степени своей ответственности как руководителя оперативного уровня управления медицинской организации.

Известная «триада качества» четко устанавливает причинно-следственную связь качества медицинской помощи от качества управления на соответствующих уровнях управленческой вертикали. Практикой менеджмента установлено, что первопричина любой неудачи преобразований, как правило, субъективна и заключается в неадекватных действиях или бездействии непосредственных руководителей процессов.

Вследствие этого становится целесообразным расширение требований к квалификации заведующего структурным подразделением, заключающейся в следующих позициях по реализации конкретных функций управленческой деятельности:

1. Осуществление руководства деятельностью структурного подразделения.

2. Совершенствование:

- форм и методов работы;
- планирования и прогнозирования;
- расстановки кадров;
- формирования нормативной и методической базы;
- формирования базы материально-технических средств.

3. Координацию.

4. Обеспечение взаимосвязи в работе.

5. Осуществление контроля:

- за работой персонала;
- за качеством проводимого лечения;
- за соблюдением стандартов;
- за выполнением всех планов.

6. Разработка перспективных и текущих планов работы.

7. Анализ работы и представление отчетов.

8. Систематическое повышение профессиональной квалификации.

Поэтому наряду с профессиональным развитием заведующему структурным подразделением медицинской организации необходимо так же обращать внимание на выстраивание стратегии формирования его управленческого потенциала: специальной подготовки в области системы менеджмента качества учреждения здравоохранения.

Литература

1. Аристов О.В. Управление качеством / О.В. Аристов – М.:ИНФРА-М, – 2003.

2. Вафин А.Ю. В основе стратегии управления отраслью-концентрация ресурсов и более эффективное их использование / А.Ю. Вафин, Р.Ш. Сунгатов, Р.И. Туишев // Healthy Nation / Здоровье нации. – 2010. – № 1.

3. Деминг Э. Выход из кризиса: Новая парадигма управления людьми, системами и процессами / Э. Деминг // Эдвардс Деминг; Пер. с англ. – 3-е изд. – М.: Альпина Паблишерз, 2009.

4. Кикоть Л.В. Роль информационных систем в управлении здравоохранением: практическое решение проблем / Л.В. Кикоть // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1.

5. Садовой М.А. Система менеджмента качества в учреждениях здравоохранения. Новосибирск / М.А. Садовой, И.Ю. Бедорева. – Новосибирск. – 2007.

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

А.Ф. Гусев^{1,2}, И.Ю. Бедорева^{1,2}, Э.Р. Хафизова²

¹ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии
и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна»

Минздрава России

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Одной из первостепенных задач медицинской науки остается повышение качества научных исследований. В научно-исследовательском учреждении здравоохранения наряду с оказанием специализированной и высоко-специализированной медицинской помощи ключевыми процессами также являются научно-исследовательская и образовательная деятельности. Статья посвящена результатам разработки и внедрения системы процессного управления при планировании, проведении научных исследований и оценке их результативности.

В Новосибирском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии более 10 лет проводится работа по созданию и внедрению системы менеджмента качества (СМК) на основе принципов всеобщего управления качеством и требований международных стандартов серии ISO 9000 [1, 2]. В настоящее время СМК внедрена в повседневную деятельность учреждения в области оказания медицинской помощи. Положительные результаты внедрения подтверждены повышением удовлетворенности потребителей и результативности ключевых процессов СМК, снижением количества несо-

ответствий, выявленных в результате экспертизы медицинской документации и проведения внутренних аудитов, улучшением основных показателей деятельности института. В настоящее время проводится поддержание и совершенствование СМК.

Но в современных условиях функционирования отечественного здравоохранения недостаточно соответствовать только минимальным требованиям к СМК, установленным, в частности, стандартом ISO 9001 [6] и нацеленным на повышение результативности деятельности учреждения здравоохранения. В этой связи в настоящее время особую актуальность приобретает проблема создания эффективной модели управления, нацеленной на достижение устойчивого развития учреждения и обеспечивающей повышение эффективности деятельности, удовлетворяющей ожиданиям потребителей и других заинтересованных сторон, а также поддержание такого состояния в долгосрочной перспективе в существующих сложных и постоянно меняющихся условиях среды. При этом под устойчивым развитием следует понимать процесс непрерывных изменений внутри организации с целью укрепления настоящего и будущего потенциала деятельности организации.

В доступной литературе встречаются отдельные сведения о попытках создания эффективных систем управления процессами качества планирования и проведения НИР. Однако условия деятельности научных организаций различного уровня значительно отличаются по структуре и специфике своей деятельности, поэтому представляют интерес лишь отдельные организационные инновации, которые могут быть учтены при создании собственной эффективной системы управления научным процессом [4, 5, 9, 10].

На протяжении последних пяти лет на базе процессной модели, основанной на принципах менеджмента качества и рекомендациях ISO 9004:2009, разработана модель системы менеджмента Новосибирского НИИТО, нацеленная на достижение устойчивого успеха, включающая в себя взаимодействие как внутренних ключевых (процессы оказания медицинской помощи, ведения научно-исследовательской и образовательной деятельности) и обеспечивающих процессов (обеспечение ресурсами), а также процессов управления (управление учреждением, ключевыми процессами, ресурсами), так и процессов, связанных с внешними сторонами (с органами управления здравоохранения, потребителями, поставщиками, другими медицинскими, научными и образовательными организациями) [2, 3, 7, 8].

Разработку системы процессного управления проведением научных исследований в Новосибирском НИИТО начинали с анализа состояния деятельности по планированию и выполнению научно-исследовательских работ (НИР) на основе изучения существующей нормативной и внутренней документации, показателей результативности научно-исследовательской

деятельности, мнений ответственных исполнителей НИР и результатов внутреннего аудита. В результате были определены следующие основные проблемные области:

- отсутствие единой системы планирования, учета и контроля проведения научной деятельности, в том числе порядков проведения НИР и НИОКР (научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ), подготовки различных видов научной продукции и формирования системной отчетности для анализа эффективности проведения научных исследований;
- отсутствие системы подготовки научных кадров (кадрового резерва, в том числе лаборантов, исследователей) и научных школ;
- значительная загрузка научных сотрудников в лечебно-диагностической деятельности, являющейся основой их материального стимулирования;
- отсутствие установленных единых критериев и требований к подготовке научной продукции (низкие показатели цитируемости сотрудников научной организации в специализированных отечественных и зарубежных электронных библиотечных базах данных, ограниченное количество докладов на представительных научных форумах и т.п.), в том числе к ее количеству и качеству;
- отсутствие автоматизированной информационной системы для обеспечения реализации задач научного сектора медицинской научной организации;
- отсутствие единой (стандартизированной) эффективной системы оценки результативности деятельности научных сотрудников и их мотивации к проведению исследований.

На основе результатов проведенного анализа были разработаны направления совершенствования, включающие стандартизацию научно-исследовательских процессов (включая процессы планирования, выполнения НИР и процедур системной отчетности) с четким распределением ответственности за все виды выполняемых работ, разработкой форм необходимых документов и установлением основных параметров оценки процессов.

В ходе разработки системы процессного управления определили и детально описали основные виды деятельности, входящие в состав ключевого процесса проведения НИР, требования к осуществлению процессов которых представили в виде регламентов (документированных процедур) с подробным описанием процессов, вплоть до отдельных операций, взаимодействие между этапами процесса, распределение ответственности и полномочий персонала по всем операциям процесса, требования к входным и выходным

данным, временные параметры процесса. Описание процессов проводили в соответствии с методологией функционального моделирования и начинали с построения уже существующей модели процессов.

Определение проблемных областей (несоответствия в процессах, отсутствие или дублирование отдельных функций, нерациональное распределение ресурсов и др.) при стартовом анализе позволило спланировать необходимые изменения и построить модель процесса для повышения результативности научной и образовательной деятельности. Все это позволило внести необходимые изменения в процессы проведения НИР, регламентировать деятельность по подготовке научной продукции, установить порядок подготовки научных кадров. Регламенты процессов проведения НИР и подготовки научных кадров внедрились в практику учреждения во всех его научных подразделениях.

С целью выявления несоответствий в процессе проведения НИР и определения направлений для его совершенствования была разработана система оценки результативности научной деятельности. В качестве области оценки выбрали процесс исполнения НИР, направленный на выполнение утвержденного плана НИР института. В качестве объекта оценки условно приняли степень готовности различных основных видов научной продукции, запланированной в рамках выполняемых в институте НИР, в следующих процессах: подготовка научной статьи; работа над заявкой на изобретение и получение патента; разработка новой медицинской технологии (методических рекомендаций или учебного пособия); а также работа над докладом, монографией, диссертацией, подготовка отчета о результатах научной деятельности за оцениваемый (предыдущий календарный) период; разработка плана выполнения НИР на следующий календарный период и др. Степень готовности научной продукции оценивается по 10-балльной шкале, где 0 – минимальный оценочный балл, 10 – максимальный. Сбор информации для оценки проводится методом анализа представленных индивидуальных планов НИР и отчетов о выполнении НИР за отчетный период.

Ключевым респондентом определен руководитель научного подразделения. Руководители научных подразделений (как правило, они являются научными руководителями комплексных НИР) проводят оценку регулярно. Для подведения этапных итогов оптимальным периодом оценки был определен квартал. При таком сроке подведения промежуточных итогов есть возможность выявить проблемные области и оперативно скорректировать индивидуальные планы. В проведении оценки могут принимать участие и научные сотрудники (периодическая самооценка), руководство учреждения (в том числе применительно к периодической аттестации сотрудников) и члены экспертной оценочной комиссии (для определения коэффициента

стимулирующих выплат и т. д.), что позволяет максимально снизить риск субъективности оценки.

Организация такой регулярной масштабной всесторонней оценки представляет собой отдельную и достаточно трудоемкую управленческую задачу, для эффективного решения которой требуется не только организационные ресурсы, но и привлечение специалистов в области автоматизации и программирования процессов. Решение данной задачи особенно актуально для крупных научных учреждений с большим количеством научных задач и научными коллективами (ВУЗы).

Процедура оценки предполагает разработку и заполнение формализованной документации: индивидуальный план и отчет НИР, оценочный лист на каждого сотрудника научного подразделения. При подведении итогов составляется сводная оценочная таблица, оформляется протокол заседания оценочной комиссии. По результатам оценки проводится анализ полученных показателей, формулируются выводы относительно результативности исполнения НИР на период проведения оценки, выявляются несоответствия и определяются области корректирующих действий. Область индивидуальных корректирующих действий относительно каждого уровня исполнения отражают в индивидуальных и сводных результатах оценки. Форма корректирующих действий может быть представлена как в формате централизованного решения выявленных проблем относительно результативности исполнения НИР на период проведения оценки, так и в формате индивидуальных решений. Выбор формы корректирующих действий осуществляет руководство.

Периодичность проведения такой оценки позволяет выработать навыки планирования НИР, влияет на формирование культуры управления процессами, направленными на выполнения НИР, дает возможность провести своевременные корректирующие действия для реализации поставленных задач в области научной деятельности института, помогает оперативно формировать всю необходимую отчетную документацию.

Результаты оценки процесса выполнения НИР помогают руководству и исполнителям НИР принимать решения о корректирующих и предупреждающих действиях, направленных на повышение качества научной продукции в рамках реализации политики и целей в области качества.

В рамках разработки и внедрения системы процессного управления с целью повышения заинтересованности персонала в качестве проводимых научных исследований разработана и внедряется система мотивации научных сотрудников института.

В ходе исследования был проведен трехгодичный эксперимент по внедрению системы оценки результативности научной деятельности на базе

Новосибирского НИИТО. При внедрении проводилась постоянная проверка соответствия процессов требованиям разработанных регламентов.

Процессные подходы при разработке и внедрении системы оценки результативности научной деятельности, являющейся частью системы эффективного планирования и проведения научных исследований в научно-исследовательском учреждении, позволили за относительно короткий период времени повысить эффективность научной деятельности: увеличилось в три раза число комплексных НИР, повысилось в два раза количество квалификационных научных работ, наблюдается повышение показателей публикационной активности и т.д.

Кроме того, есть основания считать, что внедрение такой системы позволяет постоянно совершенствовать процессы планирования и выполнения научной деятельности, в ходе которой также:

- 1) отрабатывается система конкретного планирования выполнения НИР;
- 2) формируется культура управления процессом осуществления мероприятий (действий), направленных на исполнение НИР;
- 3) появляется возможность своевременно сфокусировать корректирующие действия с тем, чтобы были выполнены задачи НИР института;
- 4) повышается оперативность формирования квартальных и годовых отчетов;
- 5) в ходе самооценки формируется осознанное отношение к результативности исполнения установленных задач.

Разработка новых форм использования процессно-ориентированных методов управления для проведения научных исследований, включающих использование принципов всеобщего менеджмента качества и международных стандартов на системы менеджмента, – это стратегия, существенно повышающая эффективность системы управления исследованиями в медицинском научно-исследовательском учреждении, позволяющая более эффективно управлять медицинской научной организацией и, следовательно, способствовать ее устойчивости и конкурентоспособности.

Литература

1. ГОСТ iso 9001-2011 Системы менеджмента качества. Требования.
2. ГОСТ Р ИСО 9004-2009 Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации качества. Подход на основе менеджмента качества.
3. Гусев А.Ф. Разработка системы процессного управления проведением научных исследований в медицинском научно-исследовательском учреждении /А.Ф. Гусев, И.Ю. Бедорева, Э.Р. Хафизова //Хирургия позвоночника. – 2010. – № 4. – С. 90-97.

4. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций. Москва: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2013. – 312 с.

5. Кучеренко В.З., Мартынич С.А., Глухова Е.А. Разработка системы менеджмента качества в медицинских научных организациях // Проблемы управления здравоохранением. 2010. – № 2. – С. 29-37.

6. Руководство по применению стандарта ИСО 9001:2000 в области здравоохранения. М., 2002.

7. Садовой М.А. Подходы к созданию системы устойчивого развития в научно-исследовательском учреждении здравоохранения травматолого-ортопедического профиля /М.А. Садовой, И.Ю. Бедорева, Е.А. Головки, Л.С. Шалыгина, Т.В. Комиссарова, А.Ф. Гусев //Хирургия позвоночника. – 2012. – № 1. – С. 89-97.

8. Садовой М.А., Бедорева И.Ю. Система менеджмента качества в учреждении здравоохранения. Новосибирск, 2007. – 320 с.

9. Сачек М.М. Система мониторинга и оценки результативности медицинской науки в Беларуси /М.М. Сачек, В.А. Филонюк, И.В. Малахова, Т.В. Дудина, А.И. Ёлкина, М.В. Печань //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – № 4. – 2012. – С. 71-75.

10. Шарабчиев Ю.Т. Использование наукометрических методов для мониторинга продуктивности научной деятельности /Медицинские новости. – 2013. – № 6. – С. 13-19.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ ПОМЕЩЕНИЙ И ВОЗДУХА В СТАЦИОНАРЕ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

П.Ю. Зверев

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

В целях предупреждения возникновения и распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в лечебных организациях должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные санитарными правилами СанПиН 2.1.3.2630-10 и иными актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

В структурных подразделениях стационара ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия в основном выполняются, о чем свидетельствует отсутствие регистрации вспышек и групповых инфекционных заболеваний в течение последних 10 лет среди пациентов и медицинского персонала.

Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) осуществляться не менее 2 раз в сутки, с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке.

Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональных помещений и кабинетов проводится по графику не реже 1 раза в месяц, с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.

Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в неделю.

Генеральная уборка очень трудоемкий процесс. В зависимости от площади и насыщенности оборудованием может занимать от одного до трех часов. Несмотря на то, что медицинский персонал работает в средствах защиты, токсикологическое воздействие дезинфектантов на организм медицинского персонала происходит в течение всего времени генеральной уборки (в первую очередь через органы дыхания).

Для дезинфекции воздуха и поверхностей в оперблоке был приобретен распылитель «Ультраспрейер» Р-30. Оборудование позволяет распылять аэрозольные частицы размером 1-2 мкм. Эти частицы могут длительное время находиться во взвешенном состоянии, проникая в самые труднодоступные места. Холодное распыление препаратов исключает возможность их термического разложения (так называемый метод «сухого» аэрозольного распыления). Данный аппарат Российского производства и позволяет использовать любые дезинфицирующие средства, у которых в Инструкции по применению предусмотрены режимы аэрозольного распыления.

Опыт работы показал, что дезинфицирующие препараты, обладающие моющими свойствами, быстро забивают форсунки распылителя. Чисткой и ремонтом форсунок осуществляется специализированными организациями. В среднем этот процесс занимает около недели. Поэтому для работы лучше использовать препараты на основе перекиси водорода и комплексных солей серебра.

Расход распыляемого дезинфектанта составляет 3 мл/м³.

Воздействие мелкодисперсного аэрозоля заданной концентрации на весь объем помещения имеет ряд важных преимуществ по сравнению с обычными (влажными) и «полусухими» методами дезинфекции:

Резко снижается расход препарата (доза распыляемого препарата составляет 3 мл/м³, при влажной уборке – 150 на м²). Например, для дезинфекции операционной площадью 50 м² и объемом 150 м³ при обработке распылителем потребуется 450 мл препарата (при этом будет произведена дезинфекция воздуха и поверхностей операционной). Для дезинфекции только

поверхностей операционной обычным методом (протирания) потребуется 28500 мл препарата, т.е. в 63 раза больше чем аэрозольным методом.

1. Увеличивается активная площадь контакта с инфицирующим агентом, что позволяет действующему веществу проникнуть вглубь клеточных конгломератов.

2. При распылении идет одновременное воздействие на все имеющиеся в помещении предметы. Рабочий раствор проникает во все места, недоступные в ходе обычной «влажной» уборки.

3. В результате проведенной аэрозольной обработки обеззараживаются не только поверхности в помещении, но и происходит значительное уменьшение микробной обсемененности воздуха. В помещениях оперблока санитарно-микробиологические показатели воздуха после обработки распылителем составляли 10-60 КОЕ/м³. При обработке кварцевыми установками эти показатели колебались от 120 до 220 КОЕ/м³. Кроме того, из-за неэффективной работы приточно-вытяжной системы в пробах воздуха постоянно высевались плесневые грибы от десятков колоний до сплошного роста на чашках Петри. Ультрафиолетовое облучение было малоэффективным. Аэрозольная обработка позволила снизить количество колоний, при исследовании воздуха, от единичных колоний до полного их отсутствия.

4. При распылении не происходит смачивания поверхностей.

5. Исключается участие человека из процесса обработки и тем самым снижается токсикологическая нагрузка на персонал и трудозатраты при проведении дезобработок. Для генеральной уборки операционной ранее персонал тратил до трех часов времени. При использовании аэрозольного метода время обработки сократилось до 15-30 минут.

Таким образом, технология «сухого» распыления дезинфектантов позволяет:

1. Провести быструю и гарантированную дезинфекцию воздуха и поверхности помещений любого класса чистоты без вреда для окружающей среды и человека за счет распада компонентов дезинфектанта до безопасных продуктов.

2. Дезинфицировать, не повреждая, имеющиеся в помещении медицинское и электронное оборудование, мебель и иные предметы.

3. Добиться существенного снижения количества плесневых грибов в воздухе.

4. Избежать необходимости смывания остатков дезинфицирующих средств с объектов после проведения обработки, а значит провести быстро, легко и качественно все этапы генеральной, текущей и заключительной уборки.

5. Значительно сокращает расход дезинфицирующих средств.

Литература:

1. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
2. «Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» утверждена Главным государственным санитарным врачом РФ 06.11.2011 г.
3. Финченко Е.А. Система профилактики внутрибольничных инфекций в многопрофильном стационаре / Е.А. Финченко, Т.В. Комисарова, В.В. Степанов // Экономика здравоохранения (материалы международной научно-практической конференции). – Новосибирск. – 2012. – С. 151-153.
4. Инструкция по эксплуатации распылителя «Ультраспрейер» моделей Р-30 и Р-60 для дезинфекции воздуха и поверхностей.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ТРЕБОВАНИЯ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

О.Ю. Лихачева

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Основой успешного функционирования системы оказания медицинской помощи является неукоснительное обеспечение, соблюдение и защита прав пациентов, а также всесторонняя гармонизация отношений медицинских работников и пациентов. В отечественном законодательстве разграничены права граждан в области охраны здоровья и права пациентов. Если права граждан являются конституционными и могут быть реализованы гражданином независимо от наличия или отсутствия у него заболевания и обращения за медицинской помощью, то права пациента реализуются при обращении за оказанием медицинской помощи и, непосредственно, в процессе оказания медицинской помощи.

Правовые основы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и реализация прав пациента на отказ от его проведения регулируются статьей 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон). Указанная статья объединила положения трех статей (ст. 32-34), регулирующих подобные правоотношения, «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487-1 от 22.07.1993 г., утративших силу с 01.01.2012 г. Однако и медицинские работ-

ники, и пациенты в процессе оказания медицинской помощи, столкнулись с целым рядом проблем, которые не позволяют считать право пациента на информированное добровольное согласие окончательно решенным и удовлетворяющим современному уровню регламентации взаимоотношений субъектов медицинских правоотношений.

Уже в наименовании статьи 20 Закона «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» очевидна стилистическая неточность, связанная с употреблением предлога «на» перед «отказом от медицинского вмешательства». Исходя из смысла названия статьи вытекает, что отказ от медицинского вмешательства должен оформляться через информированное согласие.

В отличие от ранее действовавших Основ законодательства от 1993 г., Федеральный Закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ содержит в статье 2 понятие медицинского вмешательства – выполняемое медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающее физическое или психическое состояние человека и имеющее профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности. Так законодатель определил те воздействия и манипуляции, которые должны сопровождаться информированным согласием, даже если затрагивается только психическое состояние пациента.

Информированное добровольное согласие является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства (ст. 20 Закона) и оформляется на основании предоставленной медицинским работником в доступной для пациента форме полной информации:

- о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске,
- возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях,
- о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Порядок предоставления информации детально урегулирован ст. 22 Закона и не является новым для законодательства: «Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи».

Таким образом, говорится лишь о приблизительной тематике вопросов, по которым информация должна быть предоставлена пациенту, но не содержится правил об объеме, в котором она должна быть предоставлена. Иными

словами, закон не указывает, какой именно объем информации будет признан «надлежащим» для принятия решения о согласии на лечение. Очевидно, что в настоящий момент этот вопрос лежит не в правовой сфере законодателя, а полностью находится в компетенции медицинского работника. Медицинские работники, принимающие непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента, таким образом, сталкиваются с необходимостью индивидуального подхода к каждому пациенту, необходимостью учета интеллектуального развития, тяжести состояния, состояния психики пациента и иных факторов. При этом, немаловажное значение имеет сложность и опасность предполагаемого лечения (хирургия, стоматология, трансплантология, вспомогательные репродуктивные технологии и др.), что существенно усложняет процесс информационного обмена при оказании медицинской помощи.

В отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (или больных наркоманией до 16 лет), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

Вместе с тем, законодательством установлены некоторые особенности предоставления информации несовершеннолетним лицам, признанным недееспособными. Так, одним из прав несовершеннолетних лиц (до 15-ти лет, больных наркоманией до 16-ти лет) является право на получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме (п. 5 ст. 54 Закона).

Лица, признанные недееспособными, имеют право на получение информации о состоянии здоровья, характере психического расстройства и др. в соответствии со ст. 5, 11 Закона РФ от 02.07.1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В содержание права на информацию о состоянии здоровья включены полномочия пациента (законного представителя) непосредственно знакомиться с медицинской документацией. Пациент либо его законный представитель имеют право на основании письменного заявления получать медицинские документы, копии, выписки (п. 4, 5 ст. 22 Закона). Проект приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении оснований, порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в настоящее время находится на стадии общественного обсуждения.

Информированное добровольное согласие оформляется в письменной форме и подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем и медицинским работником, содержится в медицинской документации пациента. Законом впервые добровольное согласие отнесено к одной из основных форм медицинской документации, в которой регламентируются действия, связанные с оказанием медицинской помощи. Информированное согласие является документом для экспертной оценки

качества медицинской помощи. Так, Постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» при проведении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности проводится, в частности, рассмотрение документов и материалов, характеризующих деятельность проверяемых органов, организаций и индивидуальных предпринимателей по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья граждан. Важным является указание Закона на то, что порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В настоящее время проект соответствующего приказа Минздрава РФ находится на стадии согласования.

Впервые Законом установлено, что для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора оформляется информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п. 6 ст. 20 Закона). Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 г. № 390н. Приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 г. № 1177н (вступившим в силу 16.07.2013 г.) утверждены порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства. Целью подобной регламентации информированного согласия при оказании первичной медико-санитарной помощи является то, что на вмешательства, не представляющие непосредственной опасности для жизни и здоровья пациента, может быть одновременно оформлен стандартный документ при прикреплении к медицинской организации. Однако, подобное толкование по сути противоречит п. 1 ст. 20 Закона, так как дача информированного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство осуществляется на основании предоставленной медицинским работником полной информации, связанной с обращением пациента по конкретному поводу. Сложно предположить, что при

прикреплении пациента лечащий врач или иной медицинский работник может предположить, с чем будет обращаться пациент, и предоставить полную информацию пациенту о диагностике и лечении, которые будут проводиться в будущем, в течение предстоящего года. Для предотвращения конфликтных ситуаций целесообразным является оформление отдельного информированного согласия на медицинское вмешательство с указанием конкретных особенностей проведения конкретной медицинской манипуляции, возможных осложнений и возможных путей профилактики.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель:

- в отношении несовершеннолетних, не достигших 15-летнего возраста (больных наркоманией – 16 лет);
- в отношении несовершеннолетнего реципиента (до достижения 18-летнего возраста) при необходимости трансплантации (пересадки) органов и тканей, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- в отношении несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения.

Право гражданина, одного из родителей или иного законного представителя отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, закреплено в ст. 20 Закона. При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента. При практической реализации указанной нормы закона медицинские работники сталкиваются с рядом проблем. Во-первых, законодательно не определено понятие «возможных последствий» отказа. Очевидно, что этот перечень осложнений и последствий должен быть максимально точным во избежание подтверждения неполноты предоставленной информации. Во-вторых, не регламентированы действия в случае отказа пациента или его законного представителя от подписи под данным документом, каким образом должен быть оформлен отказ в этом случае, чтобы документ считался надлежаще оформленным.

Законом предусмотрена защита прав несовершеннолетних и недееспособных при отказе законных представителей от медицинской помощи:

- в случае медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц;
- законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.
- П.3 ст.56 Семейного кодекса РФ от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ предусмотрено, что должностные лица лечебного учреждения, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка.

В соответствии с п. 9 ст. 20 Закона медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1. Если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители лиц, не достигших 15 лет (больных наркоманией – 16 лет) или недееспособных лиц.

2. В отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержден Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 (в ред. Постановления Правительства РФ от 13.07.2012 г. № 710) и включает, в частности, болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, гепатит В, гепатит С, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем и др.

3. В отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами.

4. В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления).

5. При проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Федеральным законом от 09.01.1996 г. № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения», Федеральным законом от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О

предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» предусмотрены дополнительные основания оказания медицинской помощи без согласия пациента или его законного представителя.

Анализ правоприменительной практики свидетельствует о том, что правовая доктрина информированного согласия, являясь отражением правовой и медицинской культуры, находится на сегодняшний день в стадии становления, а институт добровольного информированного согласия – формирования. Чтобы ему стать эффективным инструментом защиты прав пациентов и медицинских работников, требуется, как минимум, внедрение в национальное законодательство *стандарта* предоставляемой пациенту информации, а также решение *организационных проблем*, связанных с установлением принципа информированного согласия и отказа от медицинского вмешательства в здравоохранительной практике.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДСТОЯЩЕЙ ЖИЗНИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ, КАК ВАЖНЕЙШИЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И УРОВНЯ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

И.Ф. Мингазов², О.В. Стрельченко¹, В.М. Чернышев¹

¹ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

² ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области»

Здоровье населения является важнейшим компонентом экономического, социального и культурного развития любой страны. В современных условиях неблагоприятного социального и экономического положения населения существенно возрастает влияние различных факторов риска на состояние общественного здоровья и качество жизни населения.

Качество жизни – понятие, используемое в социологии, экономике, политике, медицине и некоторых других областях, обозначающее оценку некоторого набора условий и характеристик жизни человека, обычно основанную на его собственной степени удовлетворённости этими условиями и характеристиками. Оно является более широким, чем материальная обеспеченность (уровень жизни), и включает также такие объективные и субъективные факторы, как состояние здоровья, продолжительность жизни, условия окружающей среды, питание, бытовой комфорт, социальное окружение, удовлетворённость культурных и духовных потребностей, психологический комфорт и т. п.

Философия качества жизни в конце XX века выходит на первый план в государственной политике и социальной работе в наиболее развитых странах мира, например, в Канаде, Великобритании и Швеции, поскольку через качество жизни возможно осуществлять интегральную оценку эффективности управления в постэкономическую эпоху.

Государственная работа по определению и реализации заданного качества жизни ведется через законодательное введение стандартов (индексов) качества жизни, которые обычно включают три блока комплексных индикаторов.

Первый блок индикаторов качества жизни характеризует здоровье населения и демографическое благополучие, которые оцениваются по уровням рождаемости, продолжительности жизни, естественного воспроизводства.

Второй и третий блоки отражают удовлетворенность населения индивидуальными условиями жизни (достаток, жилища, питание, работа и др.), социальной удовлетворенностью положением дел в государстве, духовное состояние общества.

Одним из важнейших показателей здоровья и качества жизни населения, безусловно, является средняя ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении, позволяющая дать интегральную оценку указанных показателей.

В последние годы в России ОПЖ постоянно увеличивается, благодаря реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», программы модернизации здравоохранения и концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Несмотря на это, она остается ниже чем в странах ЕС примерно на 10 лет.

Динамика ОПЖ в Сибирском федеральном округе (СФО) в основных чертах повторяет изменения в демографической ситуации в стране, вместе с тем имеет свои особенности, это, прежде всего то, что ОПЖ в округе ниже, чем в среднем по России во всех группах населения (мужчины и женщины, горожане и жители села).

ОПЖ в СФО в 2011 году составила 67,7 года (2005 г. – 62,8), у мужчин – 61,8 года (2005 г. – 56,2), у женщин – 73,8 года (2005 г. – 70,2 года). Это ниже чем соответствующие показатели в РФ: общий – 69,8, у мужчин – 64,0, у женщин – 75,6 года.

Среди регионов СФО с наименьшим уровнем показателя ожидаемой продолжительностью жизни в 2011 года остаются республики Тыва – 61,4 лет и Алтай – 65,4, а так же Забайкальский край – 65,8 года. К территориям с наибольшим уровнем ОПЖ относятся: Новосибирская (69,7) и Томская (69,5) области и Алтайский край – 69,0 лет (рис. 2).

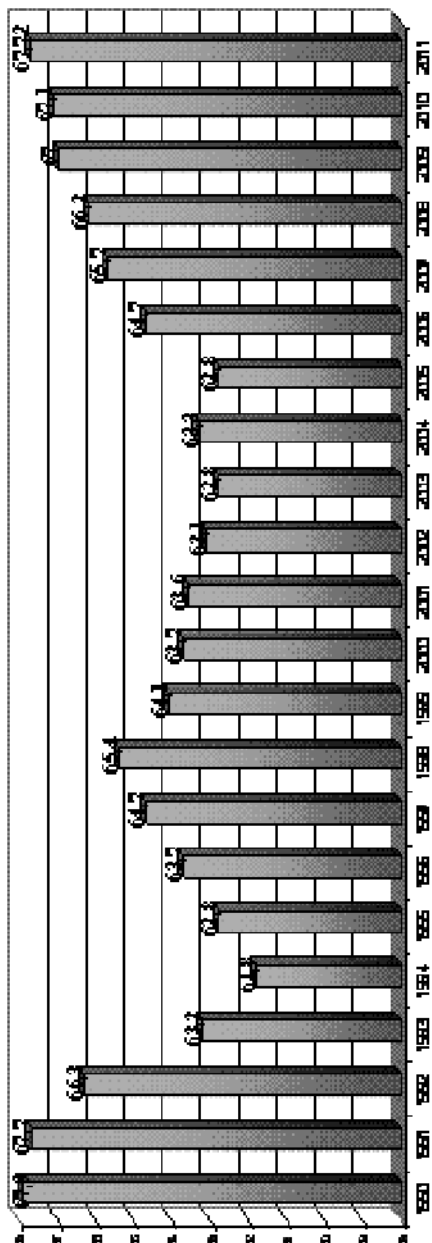


Рис. 1. Динамика показателя ожидаемой продолжительности жизни по Сибирскому Федеральному округу в 1990-2011 годах (всего, лет).

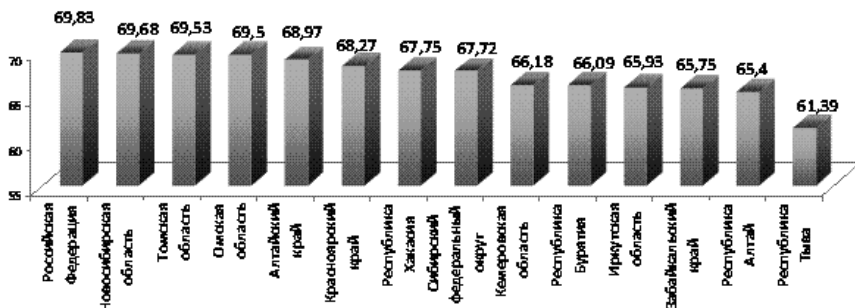


Рис. 2. Распределение регионов СФО по показателю ожидаемой продолжительности жизни в 2011 г. (всего, лет).

У **городского населения** округа показатель ОПЖ увеличился на 3,25 года и составил в 2011 году – 68,6 лет (2005 г. – 63,4), в РФ –. Максимальная ОПЖ у городского населения имела место в Томской (71,2), Омской (70,5), Новосибирской (70,4) областях и Республика Алтай – 70,0 лет.

Наименьший уровень показателя ОПЖ у городского населения зарегистрирован в 2011 году в Республике Тыва – 64,8 года. Показатель ожидаемой продолжительности жизни у городского населения в СФО меньше среднероссийского уровня (рис. 3) почти на 2 года (70,5 лет).

У **сельских жителей** СФО уровень ОПЖ увеличился за 2006-2011 годы на 2,53 года (рис. 4) и составил в 2011 г. – 65,5 года (2005 г. – 61,3) при

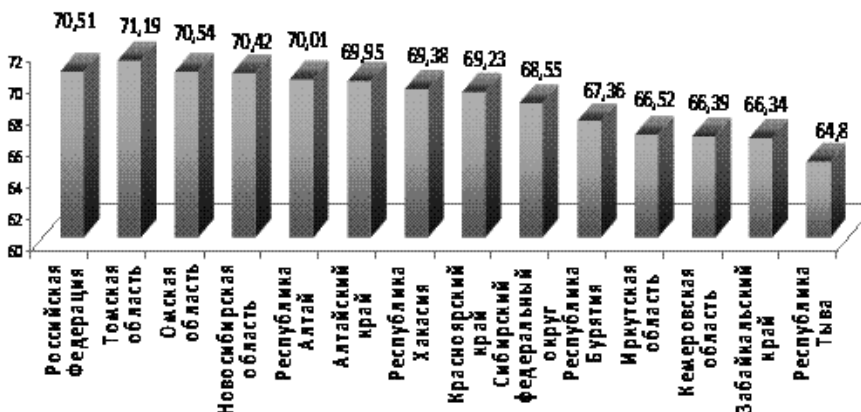


Рис. 3. Распределение регионов СФО по показателю ожидаемой продолжительности жизни у **городских жителей** в 2011 г. (всего, лет).

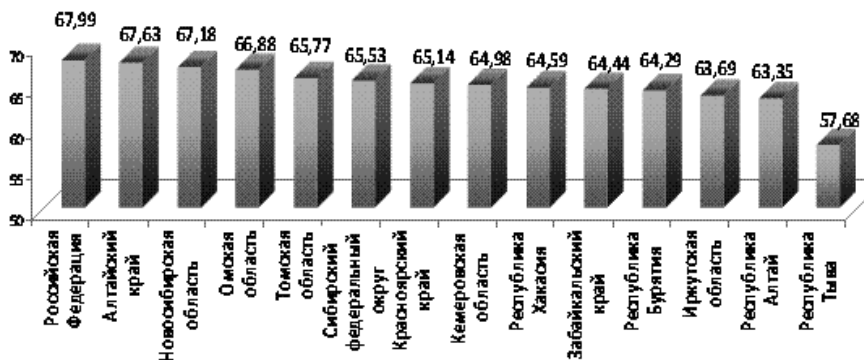


Рис. 4. Распределение регионов СФО по показателю ожидаемой продолжительности жизни у **сельских жителей** в 2011 г. (всего лет).

среднем по России показателе – 70,5. Максимальные уровни ОПЖ у жителей села зафиксированы в Алтайском крае (67,6) года и в Новосибирской области (67,2), а минимальный в Республике Тыва – 57,7 года. Разрыв между минимальным и максимальным уровнем ОПЖ у сельских жителей СФО составил в 2011 году – 10,0 лет (Республика Тыва и Алтайский край).

У **женщин** в 2011 году ОПЖ была равна в СФО – 73,8, а РФ – 75,6 лет, т.е. меньше на 1,8 года. Наибольший показатель наблюдался в Новосибирской (75,5) Томской (75,5) и Омской (75,24) областях (рис. 5).

Минимальный уровень ОПЖ у женщин в Республике Тыва (66,6 лет). Разрыв между минимальным и максимальным уровнем средней ожидаемой

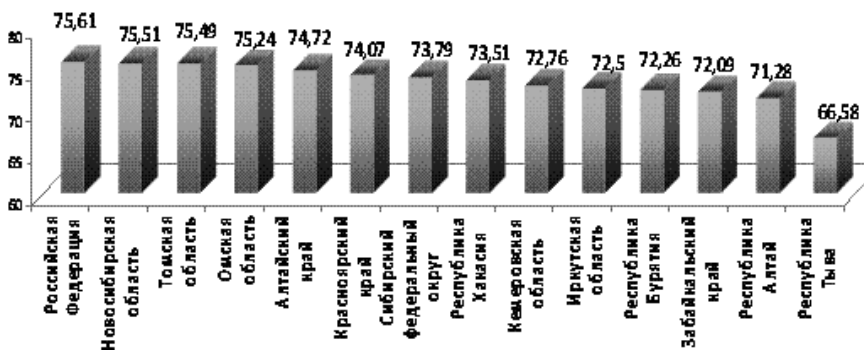


Рис. 5. Распределение регионов СФО по показателю ожидаемой продолжительности жизни у **женщин** в 2011 г. (всего лет).

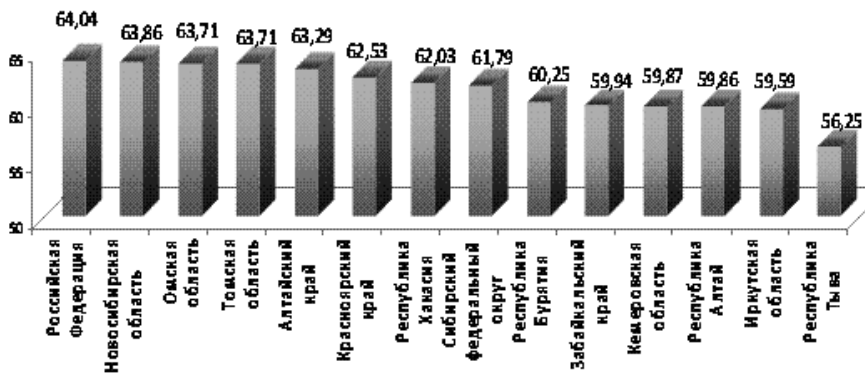


Рис. 6. Распределение регионов СФО по показателю ожидаемой продолжительности жизни у **мужчин** в 2011 г. (всего лет).

продолжительности жизни у женского населения составил в 2011 году – 8,9 лет.

У **мужчин** в 2011 году ОПЖ составил в округе 61,8 лет, что на 2,2 года меньше, чем в РФ (64,0). Наибольший уровень ОПЖ зарегистрирован в Новосибирской (63,9), в Омской и Томской (63,7) областях, а минимальный в Республике Тыва – 56,2 года. Разрыв между минимальным и максимальным уровнем средней ожидаемой продолжительности жизни у мужского населения составил 7,6 лет.

Разрыв показателя ожидаемой продолжительности жизни между женщинами и мужчинами по СФО в 2011 году составил 12 лет. Наибольший разрыв показателя ОПЖ у женщин и мужчин был в Иркутской (12,9), Кемеровской (12,9) областях и Забайкальском крае – 12,2 года (рис. 7).

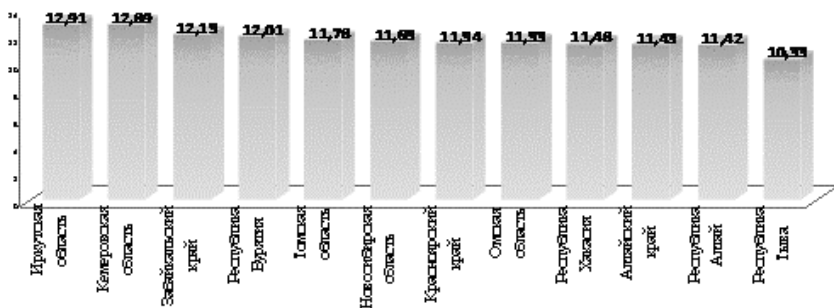


Рис. 7. Распределение регионов СФО по разнице в ОПЖ между мужчинами и женщинами в 2011 г. (всего лет).

Заключение. Медико-демографическая ситуация по СФО, как и в целом по России имеет тенденцию к улучшению, в т.ч. увеличилась и ОПЖ, вместе с тем, динамика показателей в округе имеет свою специфику. Так ОПЖ в СФО почти на 2 года меньше чем в РФ, то же самое имеет во всех проанализированных группах, т.е. у женщин меньше на неполных два года, а у мужчины более двух лет, тоже самое касается городского и сельского населения. Уровень ОПЖ населения находится в тесной зависимости от многих факторов (социально-экономических, санитарно-гигиенического состояния среды, уровня образования населения, качества питания, образа жизни, уровня развития медицины и т.д.). Чем выше качество жизни населения, тем выше уровень ОПЖ, в связи с чем необходимо продолжать в СФО политику, направленную на улучшение социально-экономической ситуации в округе, санитарно-гигиенического состояния среды проживания, повышать уровень санитарной культуры населения и укреплять отечественное здравоохранение.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИС «МЕДИАЛОГ»

Л.В. Проскура, Л.А. Хван

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Функции Врачебной комиссии (ВК) многопрофильного лечебного учреждения, объединяющего поликлинику и стационар, в условиях реформирования здравоохранения претерпели значительные изменения.

В соответствии с Федеральным законом N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ВК создается в медицинской организации в целях совершенствования оказания медицинской помощи, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, а также принятия решения по иным медицинским вопросам.

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологи-

ческого агентства» (ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России) – лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь прикрепленному контингенту по федеральному бюджету, в т.ч. высокотехнологичную. ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России выполняет государственное задание в рамках ОМС, предоставляет платные медицинские услуги, работает со страховыми компаниями по программам ДМС. В составе Сибирского окружного медицинского центра: поликлиника на 300 посещений в смену, круглосуточный стационар на 200 коек, консультативно-диагностический центр.

Врачебная комиссия ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России создана приказом директора центра. На нее возложены следующие функции:

1. Систематический контроль лечебно-диагностического процесса, выполнения порядков и стандартов оказания медицинской помощи, качества ведения медицинской документации, разработка и реализация мероприятий по устранению и предупреждению выявленных дефектов.

2. Решение наиболее сложных и конфликтных вопросов.

3. Экспертиза временной нетрудоспособности, в т.ч. продление листков нетрудоспособности свыше определенных нормативно-правовыми документами сроков, принятие решений о направлении граждан на медико-социальную экспертизу при неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе.

4. Экспертиза профессиональной пригодности в целях определения ответственности состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ.

5. Выдача заключений о наличии у гражданина показаний для получения медицинской помощи за счет средств федерального бюджета, в т.ч. в счет квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

6. Выдача заключений о наличии/отсутствии заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую (муниципальную) службу или ее прохождению.

7. Выдача медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждений здоровья вследствие несчастных случаев на производстве.

8. Освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.

9. Осуществление медицинского отбора больных, направляемых на санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.

Такое многообразие функций, возлагаемых в настоящее время на ВК медицинского учреждения, не может не осложнять ее работу. За последние годы все больше места в работе ВК занимают экспертиза качества оказания медицинской помощи и экспертиза профессиональной пригодности. Наи-

более полно отвечает изменившимся требованиям времени структура ВК, в составе которой выделены подкомиссии, выполняющие свои обособленные задачи. Структурирование ВК и позволяет повысить эффективность ее работы, оперативно решать поставленные перед ней задачи.

Для эффективного функционирования ВК в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России созданы следующие ее подкомиссии:

- подкомиссия по экспертизе временной нетрудоспособности (ПЭВН);
- комиссия по контролю качества медицинской помощи (ККМП);
- комиссия по отбору на санаторно-курортное лечение (СОК);
- лечебно-контрольная комиссия (ЛКК);
- комиссия по исследованию летальных исходов (КИЛИ);
- комиссия по определению профессиональной пригодности по итогам предварительных и периодических медосмотров (КОПП).

Все подкомиссии ВК функционируют в соответствии с утвержденным порядком своей работы, в их составе опытные врачи-специалисты, председатели подкомиссий имеют соответствующую подготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Опыт работы Врачебной комиссии ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России показывает, что структурирование состава комиссии с выделением подкомиссий различного направления деятельности позволяет оптимизировать и повысить эффективность ее работы. Однако увеличение объема работы и соответственно документооборота не может не сказываться на качестве и оперативности деятельности ВК. В этих условиях огромное значение имеет освоение новых информационных технологий.

С октября 2012 г. в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в рамках Программы модернизации здравоохранения внедрена медицинская информационная система «Медиалог». Система позволяет перейти на ведение истории болезни и амбулаторной карты в электронном виде, формировать учетные и отчетные статистические формы, оперативно анализировать информацию и принимать управленческие решения, упростить документооборот.

В полной мере достоинства и преимущества работы с использованием МИС «Медиалог» проявились в деятельности ВК.

МИС «Медиалог» позволила перейти на ведение документации ВК (протоколы ВК, журналы учета работы ВК, заключения ВК, справки ВК) в электронном виде, что повышает оперативность создания и качество ведения документации, дает возможность тиражировать информацию. Существенное достоинство «Медиалога» – возможность автоматизированного учета информации с формированием отчета по заданным критериям. Система позволяет составить отчет о работе ВК за необходимый период от ежедневного до годового.

В МИС «Медиалог» реализована и осуществляется в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России функция учета временной нетрудоспособности. «Медиалог» обеспечивает:

- регистрацию случаев временной нетрудоспособности, продление и закрытие случая согласно действующим нормативно-правовым и распорядительным документам;
- учет выданных листков временной нетрудоспособности;
- учет заключений врачебных комиссий по случаю временной нетрудоспособности;
- учет направлений в бюро медико-социальной экспертизы.

Важная функция ВК – контроль качества оказания медицинской помощи. В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России утвержден порядок проведения контроля качества оказания медицинской помощи с трехуровневой системой его экспертизы, начиная с самоконтроля лечащим врачом, заканчивая экспертизой главными внештатными специалистами и заместителями директора.

Все акты медицинской экспертизы качества оформляются в электронном виде в МИС «Медиалог». В случае выявления дефектов в автоматическом режиме просчитывается процентное соотношение и сумма штрафных санкций.

Большой объем работы ВК – определение профпригодности по результатам предварительных и периодических медицинских осмотров. С помощью МИС «Медиалог» формируются заключение о допуске к работам, заключительный акт по итогам проведения периодического медосмотра, формируются отчеты по результатам проведенных медицинских осмотров.

В ближайших планах работы ВК – использование возможностей МИС «Медиалог» для расширения возможностей проведения экспертизы качества медицинской помощи в части контроля исполнения стандартов оказания медицинской помощи. Система должна позволять отследить расхождения фактически выполненных лечебных мероприятий и назначений со стандартами оказания медицинской помощи по данному заболеванию (группе заболеваний), утвержденными приказами МЗ РФ. При необоснованном невыполнении стандарта оказания медицинской помощи автоматически указывается количество штрафных санкций в процентах.

В заключении следует еще раз отметить важность применения медицинской информационной системы для повышения эффективности деятельности ВК многопрофильного лечебно-профилактического учреждения. Внедрение МИС «Медиалог» в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России позволило:

- оптимизировать организацию работы ВК и ее подкомиссий и повысить ее результативность;
- усилить контроль за качеством оказания медицинской помощи и оформления медицинской документации;

- исключить рутинную ручную обработку информации на бумаге;
- существенно упростить процесс и многократно повысить скорость информационного обмена сведениями между поликлиникой и стационаром, подкомиссиями ВК, отдельными специалистами;
- усилить действенность и повысить эффективность принимаемых управленческих решений.

Литература

1. Николаева Е.В. Функциональные обязанности руководителя медицинской организации в разделе экспертизы временной нетрудоспособности / Е.В. Николаева // ГлавВрач, 2011. – № 12.
2. Маркова С.В. Организация службы качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении / С.В. Маркова // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи, 2012. – № 1.
3. Соколов А.П. Организация деятельности врачебной комиссии / А.П. Соколов // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения», 2011. – № 8.
4. Старовойтова И.М. Организационные особенности работы врачебной комиссии ЛПУ/ И.М. Старовойтова // Заместитель главного врача. – 2011. – № 3. – С. 12-16.
5. Борейко А. МИС МЕДИАЛОГ – залог успешной автоматизации медицинского учреждения / А. Борейко // Ремедиум-Приволжье, 2008 июль/август.
6. Романов Д. Необходимые условия успешного внедрения медицинской информационной системы / Д. Романов, А. Борейко // Лечащий врач», 2009. – № 6.

СИСТЕМА НАКОПИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ КРЕДИТОВ КАК НОВАЯ ФОРМА ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РУКОВОДЯЩЕГО СОСТАВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Н.Г. Синяговская

Филиал № 1 – Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, г. Барнаул

Вопрос о введении системы образовательных кредитов в оценку работы и для подтверждения квалификации управленческого аппарата назрел уже давно. По зарубежному опыту можно сказать, что для сертификации, аттестации и лицензирования специалист должен за определенный период времени (у нас 5 лет) собрать определенную сумму образовательных кредитов. Кредиты отражают время, затраченное на получение дополнительного образования и его результативность в соответствии с полученными знаниями,

умениями и навыками. Это не может быть сделано одномоментно, а в течение всего периода времени. Предполагается набор 864 кредитов при первичной переподготовке, при подтверждении квалификации 144. Преимущества такого подхода очевидны, создается мотивация к постоянному обновлению знаний, с возможностью выбора источников, методов и форм обучения.

Общеизвестно, что при первичной профессиональной переподготовке и усовершенствовании управленческих кадров здравоохранения основная форма это лекция. Достоверно, что такая форма обучения, для руководящего состава, малоэффективна. Связано это с большим числом слушателей в группе, отсутствием индивидуального подхода, разным уровнем практического опыта в здравоохранении, возрастом слушателей, сочетанием у преподавателя хороших теоретических знаний и отсутствием практического опыта руководства учреждением.

Теоретически предполагается следующее распределение: при очной форме обучения: тематическое усовершенствование 1 кредит за 1 академический час, одну лекцию. Региональные конференции, участие с докладом 5 кредитов, без 2, федеральные конференции соответственно 10 и 4,

При заочной форме обучения: 4 кредита за изучение одной методической рекомендации, написание дипломной или курсовой работы 25 кредитов, тематическая публикация в региональных СМИ 5, в федеральных 15 кредитов. Публикация в научно-практическом журнале – 30 кредитов, издание монографии 100 кредитов. Разработка управленческого стандарта 75. Написание тематического обзора литературы 25 кредитов.

Доклады и печатные работы дают высокое количество кредитов. Но далеко не каждый руководитель обладает научным складом ума, владеет методологией. Многие медицинские учреждения не имеют достаточного уровня оборудования и высококлассных специалистов для проведения научных исследований и наработки данных, с оформлением их в печатную работу разного уровня. Это в том случае, если руководитель выступает соавтором научной статьи. Нарушение закона о конкуренции, как сейчас говорят, все должны быть в одинаковых условиях. В данном случае более правильно, уменьшить число кредитов за одну работу. Также, в заочных формах обучения есть «написание дипломной/курсовой работы», всего 25 кредитов. Не указывается объем работы, поэтому, с моей точки зрения, надо выделять количество страниц и увеличивать число кредитов. Разница в количестве времени, потраченного для подготовки курсовой работы и работы дипломной очень большая. В написании обзора литературы не очень корректно выставлено количество кредитов, их много (25), авторство таких работ можно ставить под вопрос. Многие библиотеки совершенно официально, на платной основе, подготовят в течение недели такой список.

При дистанционной (телекоммуникационной) форме обучения также зарабатываются кредиты (1 лекция 1 кредит за час, участие с выступлением 2 кредита). В виду того, что система телемедицины из-за ее стоимости доступна не всем учреждениям, реально сейчас проводить подготовку специалистов посредством системы Skype или Агент Mail.ru для участия в режиме on-line в семинарах, конференциях. Необходимо обязательно добавить в систему кредитов работу с источниками информации в Интернете, где заложено огромное количество электронных ресурсов, как по медицине, так и по управленческим направлениям и технологиям. Профессиональное общение относится к одному из наиболее развивающих видов профессиональной деятельности. Проведение мониторинга собственных публикаций на лицензированных медицинских сайтах, подписка на профессиональные журналы, виртуальное обучение, написание комментариев на интересующую тему с формированием собственной базы данных публикаций (адрес сайта или ресурса, тема и дата, с сохранением этих данных в формате PrintScreen) актуально и должно быть обязательно учтено при начислении кредитов, это реальная форма обучения.

В системе оценки не уделено внимание наличию у руководителя звания Заслуженный врач РФ, почетных грамот и Благодарностей от Минздравсоцразвития, ФМБА России. Это ли не реальная оценка деятельности конкретного руководителя?

В современном обществе, учитывая серьезную стрессовую нагрузку, которую испытывают руководители, часто отмечается переход от демократического на авторитарный стиль управления организацией, иногда снижается критичное отношение к своим действиям и поступкам. Как вариант, предлагается внести в кредитную систему занятия в группах личностного роста. Обучение навыкам «мозгового штурма», действиям в стрессовой ситуации. Такие методики эффективны для административно-управленческого аппарата, получение практической помощи, наработка поведенческих навыков в неординарных ситуациях, доведение до автоматизма навыков работы в кризисной ситуации, работа в команде, умение формировать команду единомышленников, исправление недостатков в своей работе, возможность раскрыться человеку как личности и получение кредитов.

Таким образом, предлагаемая система накопительных образовательных кредитов, является инновационным форматом оценки подготовки специалистов системы управления здравоохранением, позволяющая непрерывно, систематически и целенаправленно получать знания и умения, необходимые в практической деятельности руководителя медицинского учреждения. Использование системы кредитов позволит получать последипломное образование с экономией финансовых затрат и без длительного отрыва от производственного процесса.

РОЛЬ ЭКОНОМИКИ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Н.С. Слетникова

Филиал № 1 – Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, г. Барнаул

Здравоохранение – это важнейшая социальная сфера общества. Наука «экономика здравоохранения» и практика экономического анализа в российском здравоохранении насчитывает 20-25 лет. Управление здравоохранением строилось преимущественно на административных методах. Финансирование производилось на основании показателей ресурсного обеспечения (коечный фонд, число работников и прочее). Однако нельзя сказать, что роль экономики в управлении здравоохранением вообще исключалась. Организаторы здравоохранения всегда оценивали объём средств на содержание медицинских учреждений и потребность системы здравоохранения в финансовых, трудовых и материальных ресурсах. Но не было главного: полноценных экономических методов управления в отрасли. Появление медицинских учреждений различных форм собственности, развитие в здравоохранении рыночных отношений, внедрение медицинского страхования потребовали структурной реорганизации отрасли, изучения принципов экономического управления, формирования рынка медицинских услуг, новой системы контроля качества и эффективности медицинской помощи менеджмента, маркетинга.

Административная и социальная реформы, осуществляемые в Российской Федерации, реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» меняют организационные, финансовые, нормативно-правовые отношения между субъектами здравоохранения и требуют разработки новых управленческих технологий и конкретных мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения

Государственная система здравоохранения разделилась на федеральную, региональные и муниципальные системы здравоохранения. А система финансирования здравоохранения в результате введения системы ОМС стала бюджетно-страховой.

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения до 2020 г. и Перечнем поручений Президента РФ по вопросам развития российского здравоохранения и образования в субъектах РФ, стратегической целью реформы здравоохранения является переход на одноканальное финансирование и внедрение подушевого принципа оплаты медицинской помощи.

В настоящее время в России функционирует бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения. Эта модель основана на привлечении средств бюджетной системы РФ (всех уровней) и

средств обязательного медицинского страхования. Многоканальное финансирование здравоохранения снижает управляемость отрасли и создает трудности в осуществлении контроля над рациональным и целевым расходованием средств и качеством оказания медицинской помощи.

Система финансирования здравоохранения выполняет четыре основные функции: формирование финансовых средств; объединение финансовых средств; покупка медицинских услуг; обеспечение предоставления медицинской помощи. Система бюджетного финансирования и система обязательного медицинского страхования являются альтернативными способами организации государственного финансирования здравоохранения. Система частного финансирования отражает идеальную модель рынка медицинских услуг и услуг добровольного медицинского страхования.

Таким образом, в основе функционирования ЛПУ лежат финансовые отношения, которые составляют базу рынка медицинских услуг. Этот рынок представляет собой совокупность медицинских технологий, медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, врачебной практики и профилактики. Роль каждого медицинских учреждений в реформе здравоохранения очень важна.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», на основании приказа от 30.08.2013 № 230 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Постановления Администрации Алтайского края «Об утверждении мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Алтайском крае» от 27.02.2013 № 96, в целях рационального использования средств федерального бюджета, совершенствования системы оплаты труда, включая мероприятия по повышению оплаты труда медицинских работников, оптимизационные меры на 2013-2018 годы, Филиалом № 1 Алтайской больницы ФГБУЗ СОМЦ ФМБА утверждены целевые показатели основных мероприятий по повышению эффективности деятельности и план мероприятий («Дорожные карты») по повышению эффективности деятельности Филиала в части оказания государственных услуг (выполнение работ) согласно целевых показателей «Дорожной карты» на 2013-2018 годы.

Филиал № 1 – Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России является обособленным подразделением Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России). Филиал не является юридическим лицом, действует на основании, утвержденного директором Центра, Положения. Центр наделяет Филиал основными и оборотными средствами и другим имуществом

для осуществления хозяйственной, финансовой и иных предусмотренных Положением видов деятельности, которое учитывается на самостоятельном балансе

В структуре Филиала №1 – Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России два медицинских подразделения: поликлиника на 250 посещений в смену, круглосуточный стационар на 40 коек (неврологических) и дневной стационар (терапия) 4 койки.

Важнейшей составляющей ресурсного обеспечения объекта здравоохранения является его кадровый потенциал.

Персонал больницы имеет в штате 82 человека, из них с высшим профессиональным образованием – 29 человек.

В коллективе созданы условия, которые ориентируют сотрудников на эффективное трудовое поведение, а именно:

- Любые действия осмыслены.
- Люди хотят, чтобы их действия были важны для кого-то конкретно.
- Каждый на своем рабочем месте показывает свои способности и свою значимость.
- Каждый стремится выразить себя в труде.
- Практически каждый имеет свою точку зрения на то, как можно улучшить свою работу, ее организацию.
- Каждый сотрудник знает, как важен его труд для общего успеха.
- Каждый человек стремится к успеху. Успех – это достижение цели.
- Успех без признания приводит к разочарованию (есть признание и поощрение материальное и моральное).
- Решения об изменениях в работе и рабочих местах принимаются с учетом знаний и опыта людей.
- Каждый получает информацию о качестве собственного труда. Рядовому работнику она нужнее, чем начальнику.
- Каждая работа выигрывает от максимально возможной степени самоконтроля (контроль со стороны неприятен).
- Повышенные требования, дающие шанс для дальнейшего развития, воспринимаются гораздо охотней, чем заниженные.
- Имеется свободное пространство для инициативы в организации своей деятельности, для индивидуальной ответственности работника.

Реализация выше перечисленных принципов, установленная система оплаты труда и материального стимулирования персонала, используемые в учреждении способствовали заметному повышению заработной платы работников филиала. Она составила в течение трех последних лет у врачей 41 %, у специалистов со средним медицинским образованием около 20 % (табл. 1).

Таблица 1

**Уровень заработной платы работников Филиала №1 –
Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России
в динамике с 2010 по 2012 год**

Показатели	Врачи-специалисты (включая специалистов с высшим немедицинским образованием)			Средний медицинский персонал		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Уровень средней номинальной заработной платы	23 422	24 536	33 226	15 896	18 254	19 070
Штатные должности	35,75	34,75	34,75	45,25	45,25	45,25
Физические лица	21	21	20	22	22	22

Выполнение филиалом плана койко-дней нельзя однозначно назвать показателем производительности труда. Чтобы оценить конечный результат работы персонала больницы, привлекаются данные не только о количестве койко-дней, но и числе лиц, прошедших лечение, числе случаев повторного обращения в больницу, оценивается уровень качества лечения и др.

В поликлинике за 2012 год было 59067 обращений пациентов, с разными формами финансирования (табл. 2), в т.ч. на платной основе медицинская помощь оказана 7008 человекам, т.е. почти в 12 %.

Система финансирования здравоохранения построена таким образом, что чем больше население болеет (и, следовательно, чем больше пролеченных больных), тем больше финансирование ЛПУ. Получается, что система финансирования всей медицинской помощи приобретает ярко выраженный затратный характер и это противоречит основным принципам оптимальной системы финансирования медицинской помощи. Таким образом, с точки зрения экономического и социального интересов общества ЛПУ, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, должны быть мате-

Таблица 2

**Выполнение плана показателей деятельности Филиал №1 –
Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в 2012 году**

Подразделение филиала	Количество посещений в поликлинике (пролеченных больных в стационаре)			
	ОМС	Бюджет	Платные	Всего
Поликлиника	38404	13655	7008	59067
Стационар	695	160	28	883

риально заинтересованы в том, чтобы население меньше болело, т.е. получать деньги за здоровье населения, чем меньше оно болеет, тем выше доход учреждения и наоборот. Если создать такую систему стимулов у врачей, лучше всех знающих состояние здоровья своих пациентов и организующих профилактику заболеваний и оказание им медицинской помощи, это будет способствовать эффективному расходованию средств во всей системе здравоохранения.

При рыночных отношениях предприятию здравоохранения невозможно добиться стабильного успеха при отсутствии эффективного и четкого механизма экономического анализа своей деятельности.

Прежде всего, необходимо проанализировать все доходы за выбранный контрольный период. Кроме того, доходы следует проанализировать отдельно по двум группам:

- средства на реализацию госгарантий (ОМС, бюджет);
- средства на реализацию услуг сверх госгарантий (платные услуги, ДМС, договора).

Провести экономический анализ материально-технической базы ЛПУ

Необходим также анализ расходов. Он начинается с определения фактических расходов за контрольный период, включая долги текущего периода.

Анализ финансового положения даст ясную картину прибыльности или убыточности деятельности учреждения здравоохранения, высветить способы привлечения новых средств.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АВС/VEN АНАЛИЗ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ ЗА 2012 ГОД

О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков, И.Ю. Шоркина

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

В современных экономических условиях для оказания качественной медицинской помощи необходимо контролировать целесообразность финансовых затрат на лекарственные средства. Наиболее простым и информативным методом, позволяющим изучить структуру применяющихся в учреждении медикаментов и соответствие расходов на лекарственные средства степени их необходимости, является фармакоэкономический АВС/VEN анализ.

Цель исследования. Оптимизация финансовых расходов на медикаментозные средства и рационализация лекарственных закупок в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России.

Задача. Изучить целесообразность финансовых затрат на лекарственные препараты в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России за 2012 год при помощи ABC/VEN анализа.

Материалы и методы. По дизайну исследование является неэкспериментальным и ретроспективным. Для проведения анализа была изучена оборотная ведомость по лекарственным препаратам за 2012 год. Медицинские препараты были распределены по МНН (международное непатентованное наименование), по фармакологическим группам, по степени жизненной важности, по количеству средств, затраченных на их приобретение. При расчетах данных использовался современный пакет статистических программ.

Всего за 2012 год на лекарственные препараты было израсходовано 13.003.274,92 рублей. Это значительно меньше, чем в предшествующие годы (2009 – 22. 040. 121 руб., 2010 – 17. 370. 239 руб.). За этот период произошло изменение процедуры закупки препаратов, изменился ассортимент – на рынке появилось большое количество недорогих и качественных генерических препаратов, оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии со стандартами.

В 2012 году было закуплено 435 торговых наименований. Список по МНН насчитывает 325 препаратов.

Приоритетными в закупках являются жизненно важные препараты (V) – важные для спасения жизни, имеющие опасный для жизни синдром отмены, постоянно необходимые для поддержания жизни и т.д. В группу V вошли 144 препарата на сумму 8.999.005,51 рублей, что составляет 69,2 % от общей суммы. В группу E (необходимые препараты – эффективные при лечении менее опасных, но серьезных заболеваний) вошли 154 препарата на сумму 3.655.584,48 рублей – 28,1 %. На группу N (второстепенные препараты – для лечения легких заболеваний, лекарственные средства сомнительной эффективности, дорогостоящие лекарственные средства с симптоматическими показаниями и т.д.) было потрачено 348.684,93 рубля – 2,7 %. В эту группу вошли 27 препаратов: актовегин, тималин, хилак форте, ингалипт, ново-пассит, настойка валерианы, валидол и т.д. Рациональным принято считать соотношение V/E/N – 80/15/5. Таким образом, необходимо несколько пересмотреть структуру закупки медикаментозных препаратов в сторону увеличения затрат на группу V до 80 % и дальнейшей минимизации затрат на группу N.

В таблице 1 представлен ABC/VEN анализ, то есть сопряжение распределения лекарственных средств по степени их важности (VEN-анализ) с распределением по структуре затраченных на них финансовых средств (ABC-анализ).

Таблица 1

**ABC/VEN анализ распределения медикаментозных средств
и финансовых затрат за 2012 год**

ABC группы	Кол-во медикаментозных препаратов (по МНН)	Сумма финансовых затрат (руб.)	VEN группы	Кол-во медикаментозных препаратов (по МНН)	Сумма финансовых затрат в рублях	от затрат в груп. ABC (%)
А	49	10.357.026	V	29	7.746.137	74,8
			E	19	2.337.353	22,6
			N	1	273.535	2,6
В	75	1.989.374	V	35	986.277	49,6
			E	39	983.834	49,4
			N	1	19.262	1,0
С	201	656.874	V	80	266.590	40,6
			E	96	334.396	50,9
			N	25	55.886	8,5
Всего	325	13.003.274	-	325	13.003.274	100,0

В группу А (то есть на приобретение которых было потрачено около 80 % всех средств) вошли 49 препаратов на сумму 10.357.026,17 рублей. При проведении VEN анализа оказалось, что основная масса препаратов группы А относится к жизненно важным препаратам (V) – 29 наименований на сумму 7.746.137,36 рублей (74,8 % от расходов на группу А). Группа E насчитывает 19 препаратов на сумму 2.337.353,33 рублей (22,6 % от расходов на группу А). Группа N представлена 1 препаратом (актовегин) на сумму 273.535,48 рублей (2,6 % от расходов на группу А). Необходимо пересмотреть расходы в группе А, так как на эту группу уходит основной бюджет учреждения и она не должна включать второстепенные препараты (N).

В группу В (на приобретение препаратов этой группы было израсходовано около 15 % от общей суммы) входят 75 препаратов на сумму 1.989.374,73 рубля. Группа V насчитывает 35 препаратов на сумму 986.277,34 рубля (49,6 % от расходов на группу В). Группа E состоит из 39 препаратов на сумму 983.834,66 рублей (49,4 % от расходов на группу В). В группе N 1 препарат формалин на сумму 19.262,73 рубля (1,0 % от расходов на группу С).

Группа С (на приобретение которых было потрачено 5 % от общей суммы) включает наибольшее количество препаратов – 201 на сумму 656.874,02 руб-

Таблица 2

**Структура финансовых затрат на лекарственные средства
по фармакологическим группам в 2012 году**

Фармакологическая группа	Расходы на лекарственные средства (руб.)	В т.ч. на отдельные фарм. группы (%)
Плазмозамещающие и дезинтоксикационные растворы	1.723.138	13,2
Антимикробные средства	1.552.086	11,9
Средства для наркоза	1.272.592	9,8
Средства, влияющие на гемостаз	1.016.086	7,8
Рентгенконтрастные и другие диагностические вещества	874.543	6,7
Препараты для парентерального питания	845.035	6,5
Противоопухолевые	577.299	4,4
Антацидные и противоязвенные средства	543.931	4,8
Антисептические средства	535.059	4,1
Альгезирующие, жаропонижающие, противовоспалительные средства	465.264	3,6
Миорелаксанты и ганглиоблокаторы	386.229	3,0
Препараты, стимулирующие метаболические процессы	367.165	2,8
Местноанестезирующие средства	332.233	2,6
Слабительные и антидиарейные средства	286.189	2,2
Ноотропные препараты, антиоксиданты	259.865	2,0
Витамины и препараты железа, кальция, калия, магния	238.843	1,8
Нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты	147.652	1,1
Антагонисты ионов кальция и средства, влияющие на ренин-ангиотезиновую систему	137.232	1,0
Глюкокортикоиды	135.600	1,04
Прочие препараты	1307233	10,0
Всего:	13.003.274	100,0

ля. Группа V состоит из 80 препаратов на сумму 266.590,81 рубль (40,6 % от расходов на группу С). В группе E 96 препаратов на сумму 334.396,49 рублей (50,9 % от расходов на группу С). Расходы на препараты группы N в количестве 25 на сумму 55.886,72 рублей составляют 8,5 % от расходов на группу С.

Также все медикаментозные препараты были распределены по фармакологическим группам и определена сумма финансовых средств, израсходованных на каждую группу (табл. 2).

В структуре финансовых затрат лидируют несколько групп: плазмозамещающие и дезинтоксикационные растворы, антимикробные средства, средства для наркоза, средства, влияющие на гемостаз, рентгенконтрастные и другие диагностические вещества, препараты для парентерального питания. На эти группы в целом в 2012 году пришлось 55,9 % от финансовых затрат на лекарственные средства. При анализе структуры финансовых затрат на лекарственные средства (2009, 1010, 2012 гг.), обращает на себя внимание (табл. 3) увеличение удельного веса средств, потраченных на препараты для наркоза и миорелаксанты и ганглиоблокаторы, антисептические средства и препараты для парентерального питания, антимикробные средства и средства, влияющие на гемостаз. Таковую динамику можно объяснить изменением структуры коечного фонда, а также внедрением в практику периоперационной антибиотикопрофилактики и профилактики тромбозэмболических осложнений.

В группе плазмозамещающих и дезинтоксикационных растворов 9,3 % от всех финансовых затрат приходится на натрия хлорид, 1,7 % на гидроксид-этилкрахмалы, 1,1 % на альбумин, 0,4 % на электролитные растворы и т.д.

В группе антимикробных средств, приобретенных в 2012 году, представлены все необходимые препараты (табл. 4).

В группе средств, влияющих на гемостаз, 6,2 % от всех финансовых затрат приходится на низкомолекулярные гепарины, 1,1 % на нефракционированный гепарин, 0,3 % на этамзилат, 0,1 % на аминокaproновую кислоту и т.д.

Выводы.

1. Ежегодное проведение фармакоэкономического ABC/VEN анализа позволяет целесообразно расходовать финансовые средства на медикаменты.

2. В целом структура и объемы использованных в 2012 году лекарственных средств соответствуют объемам и профилю работы учреждения.

3. Для рационализации лекарственных закупок необходимо составлять заявку на закупку лекарственных средств строго в рамках утвержденного формуляра лекарственных препаратов с учетом реальных потребностей учреждения.

Таблица 3

**Структура финансовых затрат на лекарственные средства
по фармакологическим группам в 2009, 2010, 2012 годах**

Фармакологическая группа	Процент от суммы, израсходованной за 2009 год на лекарственные средства	Процент от суммы, израсходованной за 2010 год на лекарственные средства	Процент от суммы, израсходованной за 2012 год на лекарственные средства
Плазмозамещающие и дезинтоксикационные растворы	13,5	12,7	13,2
Антимикробные средства	10,6	11,3	11,9
Средства для наркоза	4,5	7,0	9,8
Средства, влияющие на гемостаз	5,4	5,6	7,8
Рентгенконтрастные и другие диагностические вещества	5,8	8,1	6,7
Препараты для парентерального питания	1,8	6,6	6,5
Противоопухолевые	13,9	4,2	4,4
Антацидные и противоязвенные средства	5,7	2,7	4,2
Антисептические средства	2,2	3,0	4,1
Анальгезирующие, жаропонижающие, противовоспалительные средства	7,6	4,7	3,6
Миорелаксанты и ганглиоблокаторы	1,9	2,4	3,0
Прочие	27,1	31,7	24,8

Таблица 4

Основные группы антимикробных лекарственных средств и финансовые расходы на них в % от общего расхода на медикаменты в 2012 году

Основные группы антимикробных лекарственных средств	Доля от общих расходов (%)
Пенициллины, т.ч. ингибиторозащищенные	7,4
Цефалоспорины I, III поколений, в т.ч. ингибиторозащищенные	1,2
Метронидазол	0,6
Фторхинолоны, в т.ч. респираторные	0,6
Противогрибковые	0,3
Местные антимикробные средства, т.ч. глазные и ушные	0,4
Рифаксимин	0,3
Карбапенемы	0,1
Гликопептиды (ванкомицин)	0,1

4. Для оптимизации финансовых затрат на лекарственные средства необходимо проводить медикаментозную терапию в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, что автоматически изменит расходы в группе А (80 % от общей суммы расходов на лекарственные средства), так как на эту группу приходится основная часть бюджета на лекарственные средства и она не должна включать в себя второстепенные препараты (N).

О МЕРАХ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

В последние годы все больше внимания уделяется вопросам доступности и качества медицинской помощи населению. И то и другое во многом зависит от эффективности работы учреждения, его инновационной активности. Безусловно, это очень важно прежде всего для пациентов, вместе с тем указанные факторы оказывают очень серьезное влияние на имидж ЛПУ, его конкурентоспособность, а в конечном счете, на его доходы. Обострение конкуренции на рынке медицинских услуг неизбежно и этому способствуют многие факторы. Прежде всего, улучшается финансирование отрасли, если в 2012 году дефицит финансовых средств имел место в 64 субъектах и достигал 164 млрд. руб., то в текущем году уже в 54 субъектах и объем сократился до 120 млрд. рублей и т.д. В связи с этим, тарифы на медицинские услуги (МУ), в рамках ОМС, в скором времени будут покрывать полностью расходы на оказание МУ, а финансирование ЛПУ, в рамках ОМС, станет одноканальным, т.е. будут созданы условия для равноправного участия в реализации программы ОМС для всех ЛПУ, независимо от форм собственности.

За последнее время обновилась законодательная база в сфере здравоохранения и ОМС, реализована программа модернизации отрасли в субъектах Федерации. Принята представленная Правительством РФ Государственная программа развития здравоохранения и план мероприятий («дорожная карта»), направленный на повышение эффективности здравоохранения, а также программа Государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью.

Вместе с тем, несмотря на дефицит финансовых средств, продолжают иметь место нерациональное их использование. При этом не только в целом

по стране, но и в самих ЛПУ имеются значительные резервы для рационального и эффективного их расходования. В связи с этим, нужно не только привлекать дополнительные финансовые источники, но и эффективно управлять имеющимися, использовать единые подходы к планированию и оплате стационарной медицинской помощи, ориентированной на законченный случай, а не на тот «вал», который сегодня имеет место быть в ряде субъектов РФ. Оплачивать необходимо по конечному результату.

По мнению ведущих организаторов здравоохранения страны, если бы ЛПУ и специалистам платили за результат, то здоровых людей было бы значительно больше. На это и нужно ориентировать сферу здравоохранения, измерять ее работу числом качественно пролеченных и поправивших своё здоровье людей, фактически выполненную работу и качество МП. Поликлиникам следует платить за здоровье обслуживаемого населения. Лишь переход на правильные способы оплаты медицинской помощи высвободит в год не менее 60 миллиардов рублей и позволит их также использовать на развитие системы.

Для повышения финансовой эффективности реализации программы в стране начата поэтапная реструктуризация объёмов медицинской помощи. Впервые с 2013 года введены нормативы профилактической помощи, неотложной, паллиативной, а также сделан акцент на развитие дневных стационаров, стоимость лечения в которых в три раза ниже, чем в стационарах с круглосуточным пребыванием. Об этом свидетельствует и опыт нашего центра, вместе с тем предстоит в ближайшее время начать оказание паллиативной помощи. В том, что она будет востребована сомнений нет, и ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (далее Центр) будет первым из государственных учреждений в Новосибирске, где жители смогут получить указанную помощь и это налагает дополнительную ответственность на коллектив.

Безусловно, в условиях единых цен в системе ОМС, важным стимулом для повышения КМП является конкуренция, которая становится все ощутимей. В целом по стране за два года, с 2010 года, увеличилось число частных медицинских организаций, работающих в территориальных программах обязательного медицинского страхования, и в 2013 году это уже 1251 организация, то есть 14,7 процента от общего количества. Это при том, что частных медицинских организаций в стране в три раза меньше, чем государственных, и в массе своей они предоставляют всего 2,2 % МУ.

В связи с выше изложенным Центру необходимо предпринять меры по повышению КМП и конкурентоспособности. Это предполагает продолжение работы в системе менеджмента качества, организация оказания МП на основе использования порядков и стандартов МП. Хорошим подспорьем в обеспечении КМП является внедряемая КИС «Медиалог».

Опыт нашего учреждения и других медицинских организаций свидетельствует о высокой эффективности рационального использования материального стимулирования для достижения желаемого результата. Вместе с тем, нередко руководители недостаточно принципиальны при определении размеров надбавок стимулирующего характера, устанавливая их без учета реально выполненной работы и ее качества. Это не способствует укреплению дисциплины и повышению ответственности отдельных сотрудников, отсутствует коллективная ответственность за качество предоставляемых отделением МУ.

В связи с этим при разработке нового порядка материального стимулирования сотрудников, наряду с определением персональной (индивидуальной) надбавки, целесообразно внедрить и дифференциацию фонда материального стимулирования для отделений на основе рейтинговой оценки их деятельности, чтобы недоработки отдельных специалистов, отражались на выплатах каждого, тогда борьба с недостатками станет более эффективной, т.к. к этому подключится весь коллектив.

Не менее важен рейтинг Центра, который рекомендуют доводить до сведения пациентов, чтобы те могли выбирать ЛПУ по своему усмотрению. В последнее время стало больше уделяться внимания рекламе, но этого оказывается недостаточно, самая лучшая реклама это народная молва, т.е. то, что передается от человека к человеку. Наш Центр достаточно выгодно отличается от других учреждений города, это и внимательное отношение персонала, доброжелательность, условия пребывания и т.д., но вместе с тем, работу с персоналом следует проводить регулярно, чтобы не только сохранить культуру общения с пациентами на том уровне, который есть, но и повышать его. Об эффективности работы, проводимой в этом направлении в Центре свидетельствует тот факт, что удельный вес лиц, которых удовлетворяет отношение к ним персонала увеличилось с 82 % (неврологическое отделение, июль 2012 года), до 100 % (терапевтическое отделение, октябрь 2013 года). За этот же период количество желающих вновь лечиться в Центре в случае повторной необходимости увеличилось с 76 % до 100 %.

Это еще раз подтверждает необходимость того, чтобы кроме высокой оценки квалификации специалистов, все знали и о внимательном и доброжелательном отношении. Особенно важно это для специалистов «первого контакта» (регистратура, справочное, приемный покой и т.д.) Очень важна и компетентность указанной категории, естественно, они должны располагать достаточным справочным материалом не только о порядке и ассортименте оказываемых услуг, но и о тех, кто их предоставляет, быть патриотами своего учреждения. Именно для повышения профессионализма этой категории

сотрудников в октябре и был проведен тренинг «Стандарты клиенториентированного сервиса в медицинском учреждении».

Очень важно сегодня использовать возможности сайта. Это не только информация об учреждении, его оснащении, специалистах, но и о возможностях, т.е. реклама, которой много не бывает.

Для успешной деятельности важно использование современных медицинских и управленческих технологий, в связи с чем, особую значимость приобретает **бенчмаркинг** (от англ. benchmarking – это процесс определения, понимания и адаптации имеющихся примеров эффективного функционирования учреждения с целью улучшения собственной работы). Обусловлено это тем, что достижения одних отделений, недостаточно используются другими и много времени тратится на поиск и изучение опыта других учреждений и данных литературы.

Необходимость использования концепции бенчмаркинга заключается в эффективности повышения качества оказываемых услуг. Сущность концепции бенчмаркинга в том, что необходим систематический поиск, выявление, изучение, сравнение знаний и опыта успешной организации, для дальнейшего их использования в собственном учреждении, структурном подразделении.

На сегодняшний день классифицировать бенчмаркинг можно по источникам данных (внутренний и внешний).

Внутренний бенчмаркинг является начальным этапом в процессе поиска лучших методов организации лечебно-диагностического процесса и проводится он в своем учреждении. В основу этого вида входит сопоставление аналогичных процедур. Длительность цикла составляет 3-4 месяца.

К преимуществам внутреннего исследования относят:
во-первых, легкий доступ к информации и ее точность;
во-вторых, недороговизна метода;

в-третьих, практическое отсутствие барьеров для внедрения, так как проще передавать опыт в пределах одной организации.

При проведении **внутреннего** бенчмаркинга необходимо учитывать психологическое взаимодействие в коллективе и организационную культуру.

Внутренний бенчмаркинг подходит для медицинских учреждений, поскольку в больнице существует множество подразделений. К примеру, можно сравнить одинаковые процессы в разных больничных отделениях, которые в значительной степени могут отличаться. Итог внутреннего бенчмаркинга – выявление пробела в работе подразделения и его устранение с помощью практики партнера, действующего более успешно, что значительно улучшает качество работы отделения. Таким образом, применение внутреннего бенчмаркинга подразумевает регулярное проведение мероприятий по повышению эффективности деятельности.

Следующий вид бенчмаркинга по источникам проведения – **внешний**. Он проводится вне собственной организации. Длительность цикла от 6 до 24 месяца. При данном типе бенчмаркинга осуществляется поиск сторонних передовых учреждений, который дает возможность учиться у них.

Внедрение новых принципов в систему управления медицинской организацией позволит эффективно использовать как материальное, так и моральное стимулирование в повышении мотивации каждого работника к непрерывному профессиональному совершенствованию, что приводит к значительному повышению качества, как его персональной работы, так и всего учреждения.

Внимательное, доброжелательное отношение персонала, высокая квалификация специалистов, прозрачность деятельности, достижения, хорошая реклама, вот факторы способствующие повышению конкурентоспособности, важнейшее условие успешной деятельности и финансового благополучия любого учреждения.

Литература

1. Материалы заседания президиума Государственного совета «О задачах субъектов Российской Федерации по обеспечению качества и доступности медицинской помощи», Москва, 30 июля 2013 года

2. Рахылбеков Р.Т. Финансовый менеджмент в здравоохранении / Р.Т. Рахылбеков. – М. : «ГЕОТАР-Медиа», 2012. – 312 с.

3. Романов А.И. Маркетинг и конкурентоспособность медицинских организаций / А.И. Романов, В.В. Кеворков. – КНОРУС-Москва, 2013. – 360 с.

4. Семилетов Г.А. Проблемы реализации программы модернизации здравоохранения Российской Федерации на уровне районного комплекса здравоохранения / Г.А. Семилетов // ГлавВрач. – 2012. – № 3. – 13 с.

5. Стрельченко О.В. Рейтинговая система, как наиболее объективный критерий оценки деятельности структурных подразделений ЛПУ / О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев, А.В. Подергин // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право: Материалы международного форума / под общей редакцией: И.О. Маринкина, М.А. Садового. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2012. – С. 122-126.

О МЕСТЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СИСТЕМЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Г.Г. Тесейко

Филиал № 3 – Осетровская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Усть-Кут

Введение. В ближайшие три-пять лет основные усилия и средства системы здравоохранения, особенно приоритетных направлений, (с учетом демо-

графических тенденций и кризисных условий) должны быть сосредоточены на решении проблем, от которых зависят благополучие и будущее страны, в том числе улучшение здоровья и трудоспособности, рост рождаемости, снижение смертности, увеличение средней продолжительности жизни россиян. Это прежде всего:

- 1) развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП);
- 2) обеспечение качества медицинской помощи;
- 3) охрана материнства и детства.

Решение последней группы проблем сводится к коренному изменению отношения к здоровью детей и подростков (особенно репродуктивному здоровью) – будущих родителей, матерей, к условиям их жизни, к воспитанию детей с тем, чтобы существенно увеличилось число здоровых новорожденных. Иначе говоря, вопрос состоит не только в количестве, но и в качестве воспроизводства. В связи с этим прерывание незапланированной беременности является актуальной политической и экономической проблемой. [9].

Долгое время искусственное прерывание беременности было вне закона. Все религиозные конфессии запрещали верующим участвовать в этой процедуре. Но в XX веке во многих странах аборт были легализованы и стали рассматриваться как один из методов планирования семьи. Появление во второй половине XX века, альтернативных средств, регуляции рождаемости, изменение культурных традиций мирового сообщества вновь заострило вопрос о нравственной стороне процедуры искусственного прерывания беременности.

Среди отечественных врачей во второй половине XIX- начале XX в. бытовали разные подходы к этой проблеме. Особый интерес представляет собой дискуссия об аборте и решения, принятые на XII съезде Пироговского общества в 1913 г. Выступая на съезде, доктор Л. Личкус говорил: «Преступный выкидыш, детоубийство и применение противозачаточных средств – симптом болезни современного человечества». Соглашаясь в целом с моральным осуждением аборта, другие врачи подчеркивали на Съезде также и такие аспекты данной проблемы: насколько совместим искусственный аборт с целями врачебной профессии; допустима ли коммерциализация такого рода медицинской практики и т.д.

Первым государством, легализовавшим «аборт по просьбе» была Советская Россия. Один из создателей советской системы здравоохранения – З.П. Соловьев – назвал «историческим документом» совместное постановление Наркомздрава и Наркомюста от 18 ноября 1920 г., в котором в частности говорилось «Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ей максимальная безвредность».

Эта была мера, направленная в первую очередь против криминальных абортот.

До 1930 г. в СССР публиковалась статистика об абортах, которая свидетельствовала о постоянном росте их числа. В обществе все больше распространялся взгляд на абортот как зло с демографической точки зрения. Говоря об этом, нельзя не упомянуть о значительной убыли населения России в связи с гражданской войной, массовым голодом, коллективизацией, репрессиями. В связи с этим в 1936 г. ЦИК и СНК приняли Постановление, запрещающее абортот.

Рост числа криминальных абортот в послевоенные годы и связанные с ними осложнения и смерть женщин заставили советское государство опять изменить политику в отношении абортот. В 1955 г. Президиум Верховного Совета СССР издал Указ «Об отмене запрещения абортот». Этим юридическим актом были легализованы «абортот по просьбе». К сожалению, в последующие десятилетия альтернативные абортот способы и методы контроля над рождаемостью не получили в нашей стране широкого развития. В годы, когда не только в развитых странах, но и развивающихся – создавались современные системы планирования семьи, одна из инструкций Минздрава СССР (1975 г.) лишь призывала врачей-гинекологов убеждать женщин, уже принявших решение об абортот, не делать этого и сохранить беременность. При этом никаких программ планирования семьи в советское время не было, соответствующая служба, которая занималась бы информированием, консультированием, медицинской помощью и обеспечением средствами контрацепции, отсутствовала, индустрия контрацепции не развивалась, более того, очернялись достижения западных стран в этой области, где в 1960-1970-е годы происходила настоящая контрацептивная революция. Зато в России была легко доступна процедура прерывания незапланированной беременности. Таким образом, желаемая «малодетность» в России обеспечивалась за счет небезопасного для здоровья искусственного абортот и «народных», малоэффективных методов контрацепции. Только в последнее десятилетие в нашей стране делаются шаги по созданию современной системы планирования семьи. [3] Хотя тесная взаимосвязь между репродуктивным (детородным) поведением женщины и состоянием ее здоровья была известна давно, тем не менее, только научно-технический прогресс в области репродукции в 60-х годах позволил действительно внедрить в практику регуляцию рождаемости путем использования высокоэффективных контрацептивных средств в виде оральной контрацепции (ОК) или внутриматочной контрацепции (ВМС). Это дало возможность предупреждать нежелательные беременности, а также беременности у женщин группы «высокого риска» – моложе 20 лет, старше 35 лет, с короткими интервалами между родами и др. [2]

В условиях стационара Осетровской больницы искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до 12 недель с согласия женщины и отсутствия противопоказаний. На основании ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. статья 56 выдерживается период «паузы» для осознанного решения женщины, проводится разъяснительная работа.

Женщина подписывает информированное добровольное согласие на прерывание беременности (основание Приказ МЗ и СР № 335 от 17.05.2007 г.)

На женщину заводится «Медицинская карта прерывания беременности (Ф003-1у), которая хранится в дальнейшем в течение 5 лет.

Проведение операции прерывания беременности регламентировано соответствующими медицинскими рекомендациями и осуществляется с эффективным обезболиванием. За 15 лет проведено искусственных прерываний беременности – 4866 (табл. 1) у женщин различного возрастного периода (табл. 2, рис. 1).

Длительность пребывания в стационаре, после прерывания беременности, определяется индивидуально для каждой женщины, но не менее 4-х часов наблюдения. Работающим женщинам оформляется листок о временной нетрудоспособности в установленном порядке, но не менее 3-х дней каждой в дальнейшем даются рекомендации по проведению необходимых реабилитационных мероприятий и вариантах контрацепции.

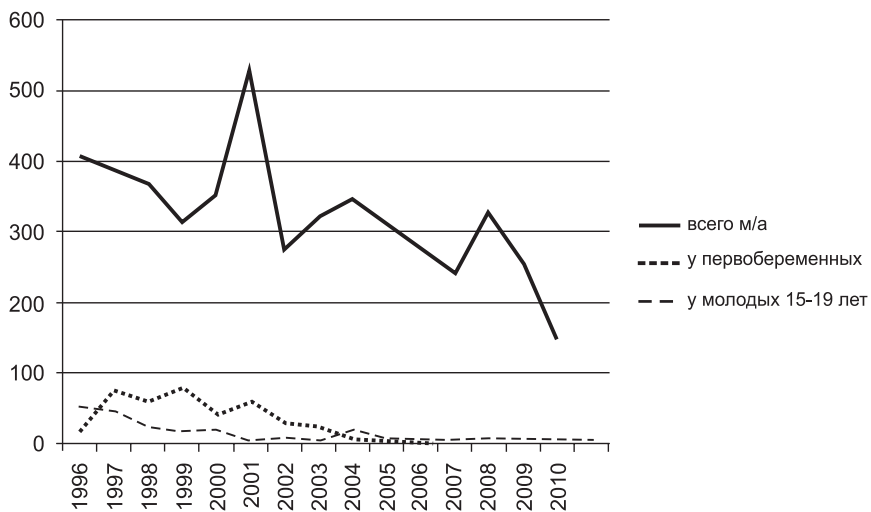


Рис. 1. Динамика проведения медицинских абортв в Осетровской больнице (1996-2010 гг.).

Таблица 1

Проведено медицинских аборт в Осетровской больнице (1996-2010 гг.)

Год	1996	1997	1998	2000	2001	2003	2004	2006	2007	2009	2010
Всего м/аб. (абс.)	406	391	367	352	526	320	346	277	243	254	149
Всего дней по м/аб	974	868	822	845	1105	672	692	447	440	476	247
Ср. длительность пребывания на койке	2,4	2,2	2,2	2,4	2,1	2,1	2,0	1,6	1,8	1,9	1,7
На 1000 женщин фертильного возраста м/аб (абс.)	96	99	94	126	185	143	134	110	89,5	94	66
На 1000 женщин фертильного возраста дней	230	219	210	300	390	301	269	178	162	179	110
Женщин фертильного возраста	4233	3958	3920	2820	2836	2236	2574	2517	2717	2699	2253

Возрастная структура (форма № 13)

Годы	Всего (абс.) / / лет	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1996	406	53	80	111	66	58	36	2
1997	391	47	83	94	56	68	42	1
1998	367	26	79	95	73	64	27	3
1999	315	18	76	67	53	71	30	
2000	352	19	85	97	70	48	25	2
2001	526	3	67	96	78	46	19	1
2002	277	7	65	90	58	37	20	
2003	320	6	68	98	63	51	34	
2004	346	19	71	102	73	50	31	
2005	316	9	67	96	78	46	19	1
2006	277	7	65	90	58	37	20	
2007	243	4	50	67	55	45	20	2
2008	327	4	88	115	52	44	24	
2009	263	7	52	86	64	40	14	
2010	155	3	29	48	43	26	6	

Данные о распространении и структуре используемых средств контрацепции относительны, неполные т.к. гормональные препараты отпускаются без рецепта врача, женщины принимают их без консультации врача и диспансерного наблюдения. Кроме того, отсутствует информация о прекращении и длительности использования средств контрацепции.

Наметившаяся тенденция снижения количества прерываний беременности у лиц 15-19 летнего возраста продолжает сохраняться до настоящего времени (табл. 2), что связано с доступной информацией о контрацепции, активной работой женской консультации по профилактике нежеланных беременностей, приоритетном направлении политики государства в вопросе репродукции населения. Чрезвычайно остра сегодня проблема репродуктивного здоровья подростков, что связано с ранним началом сексуальных отношений, с безграмотностью подростков в вопросах предохранения от беременности, а также с отсутствием доступных и приемлемых для молодежи консультативных служб по вопросам воспитания и контрацепции.

Таблица 3

Структура проведенных прерываний беременности у лиц первобеременных и молодого (15-19 лет) возраста

Годы	Всего мед. аборт	В т.ч. у первобеременных (из общего числа)	В т.ч. у молодых 15-19 лет	Всего мед. аборт на 1000 женщин ферт. возраста	Женщин фертильного возраста
1996	406	18	53	96	4233
1997	391	74	47	99	3958
1998	367	63	26	94	3920
1999	315	79	18	102	3100
2000	352	45	19	126	2820
2001	526	60	3	185	2836
2002	277	32	7	118	2340
2003	320	24	6	145	2236
2004	346	8	19	134	2574
2005	316	5	9	147,8	2138
2006	277	4	7	110	2517
2007	243	4	4	115	2717
2008	327	5	6	122,5	2676
2009	254	4	4	94	2699
2010	149	2	4	66	2253

В Осетровской больнице индивидуальный подход к данной категории пациентов позволяет своевременно выявить отклонения в состоянии здоровья, пролечить в условиях стационара круглосуточного или дневного пребывания (в отделении получают лечение девушки 0-17 лет в основном с воспалительными процессами органов малого таза в 2009 г. – 27 чел, в 2010 г. – 23 чел, в 2011 г. – 25 чел), провести профилактику заболеваний передающихся половым путем, подобрать средства контрацепции. Данный раздел работы проводится совместно с гинекологическим кабинетом.

В России постепенно снижается число женщин, прерывающих первую беременность с 177372 в 2004 г., до 136759 в 2008 году. Снижается число девочек подросткового возраста, прерывающих беременность с 160111 (15-19 летние) в 2004 г., 110502 (15-19 летние) в 2008 году [5]. Это характерно и для Сибирского федерального округа (табл. 4, 5)

Таблица 4

Доля женщин, использующих средства контрацепции в возрасте 15-49 лет в %

год	Внутриматочные спирали	Гормональная контрацепция	Введено ВМС на 100 женщин фертильного возраста
1996	18,5	5,9	2,9
1997	18,0	6,8	2,2
1998	17,9	7,0	2,0
1999	17,6	7,2	2,0
2000	17,2	7,4	1,9
2001	17,2	7,5	2,0
2002	16,8	7,4	2,1
2003	16,2	7,6	2,0
2004	16,3	7,7	1,8
2005	16,5	7,2	2,0
2006	16,8	7,1	2,1
2007	16,6	6,8	1,9
2008	16,5	6,6	1,8
2009	16,7	7,2	1,9
2010	16,9	7,1	2,0

Таблица 5

Аборты по некоторым регионам Сибирского федерального округа

Территории / годы	Всего (абс. число)				На 1000 женщин фертильного возраста			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Иркутская обл.	33254	30003	29104	26143	46,5	42,6	41,3	38,3
Новосибирская обл.	34854	33532	31130	30820	47,5	46,3	47,8	43,6

Доля подростков, использующих **комбинированные** оральные контрацептивы, как наиболее надежный и приемлемый в этом возрасте способ предохранения от нежелательной беременности, остается крайне низкой. Опросы современных студентов свидетельствуют о том, что лишь 29,7-33,4 % девушек при сексуальном дебюте использовали какие-либо контрацептивные средства и методы, только 57,6 % из их числа применяли контрацепцию стабильно в течение исследуемого года; 11,6 % девушек – 7-12 месяцев;

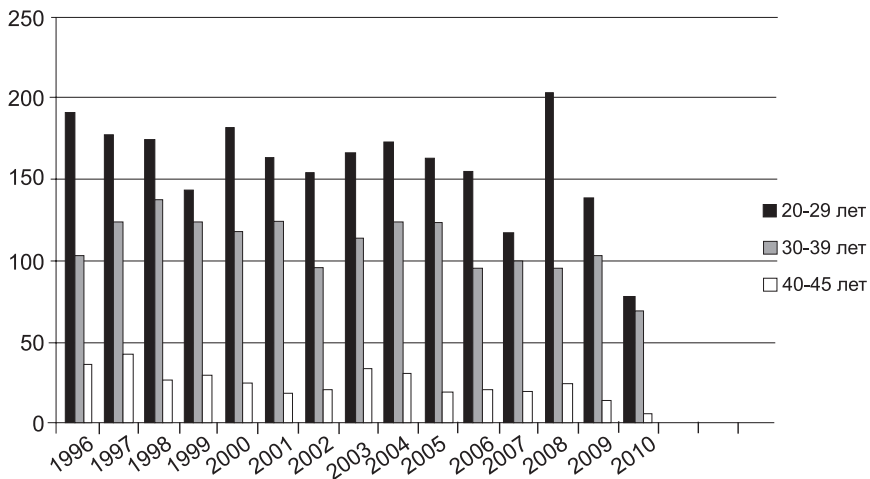


Рис. 2. Сравнительная характеристика основных возрастных групп женщин, обращающихся на прерывание беременности.

14,4 % – 4-6 месяцев и 16,4 % – менее 3 месяцев. 13 % респондентов не применяли никаких средств. В числе средств контрацепции чаще всего **молодежь** использовала презервативы (79 %) или спермициды (24-38 %). КГК использовали от 2 до 19 % девушек. [6].

Помочь разрешить эту проблему можно при помощи привития подрастающему поколению навыков ответственного отношения к вопросам семьи и сексуальных отношений, к планированию беременностей, гарантирующих рождение здорового ребенка и сохранение здоровья женщины. В этой связи приобретает юридически оправданное и повышающее законную ответственность информированное согласие женщины на использование современных методов регуляции рождаемости и профилактики аборт.

Однако не снижается относительное количество прерываний беременности в возрастной группе 20-39 года (рис. 2).

Следует отметить, что число аборт в России велико, но все же снижается: за 5 последних лет (2006-2011 гг.) операций прерывания беременности уменьшилось на 23,2 % в том числе идет снижение прерываний беременности по медицинским и социальным показаниям, криминальным и внебольничным аборт. Среднегодовой темп снижения составил 7 % в год [8]. Наибольшими темпами на протяжении 1990-2010-х гг. сокращался коэффициент аборт в возрасте 35 лет и старше, наименьшими – в возрасте от 20 до 34 лет (табл. 7). После 1996 г. быстрее других уровень аборт снижается

Таблица 6

**Количество абортс у 15-19 летних (абс. число)
в Сибирского федерального округа**

Территория/год	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
СФО	28468	27362	27145	22767	20237	17237	14199
Иркутская область	3225	3528	3619	3391	2893	2270	2371
Новосибирская область	4220	4046	4156	3028	2694	2344	2333

Таблица 7

**Официально зарегистрированное число абортс по возрастным группам
на 1000 женщин
(Российский статистический ежегодник. М. Госкомстат России 2010)**

Год	Число абортс на 1000 женщин разных возрастов (лет)			Суммарный коэффициент абортс
	15-19	20- 34	35 и старше	
1996	51	120	30	2,51
1997	47	113	29	2,37
1998	43	106	27	2,21
1999	37	99	25	2,05
2000	36	98	24	2,00
2001	34	91	22	1,87
2002	33	87	21	1,79
2003	31	82	20	1,69
2004	29	78	20	1,62
2005	29	75	19	1,55
2005 к 1996 (%)	- 42	- 49	- 38	- 46,0

Примечание. Суммарный коэффициент абортс – интегральный показатель, не зависящий от возрастного состава женщин, – составил в 2005 году 1,55 абортс в среднем на одну женщину репродуктивного возраста (расчет на основе данных Росстата).

среди молодых женщин в возрасте до 20 лет, и соответственно уменьшается вклад этой возрастной группы в общее число абортс. Определенную роль в этом сыграла позиция руководства страны. Первый этап снижения приходится на время действия целевой программы «Планирование семьи» (1993-1998), имевшей статус президентской. По программе закупалось до-

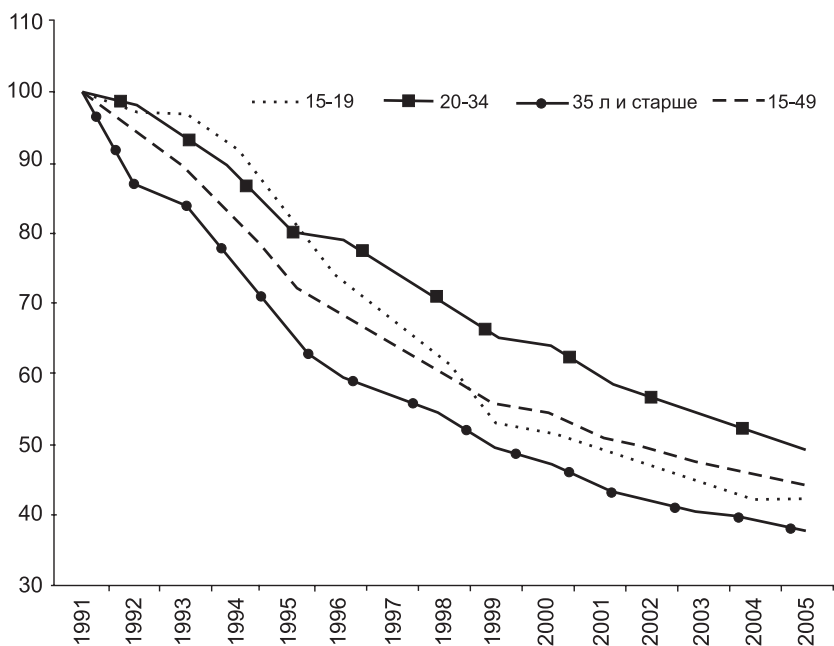


Рис. 3. Изменение относительного числа зарегистрированных аборт по возрастным группам (1991 год = 100 % по России). [16]

рогостоящее современное оборудование, около 40 % средств программы ежегодно выделялось для закупки гормональных контрацептивов для бесплатного обеспечения ими подростков и групп населения социального риска, разрабатывались и распространялись информационные материалы для специалистов и населения по проблемам охраны репродуктивного здоровья, предотвращения абортов.[7]

Аналогично прослеживается снижение количества прерываний беременности и по данным Осетровской больницы на 1000 женщин фертильного возраста с 2001 года (максимальное число) до 2010 года в 3 раза. Поскольку годовое число рождений в стране также сокращалось, соотношение аборты/роды изменилось незначительно: 206 абортов на 100 рождений в 1990 и 179 абортов на 100 рождений в 1999 г. Абортами по-прежнему заканчивается большая часть беременностей – 64,2 %. В Осетровской больнице соотношение роды/аборт стабильно сохраняется: 1/2.

Обращает на себя внимание тот факт, что работа по профилактике искусственных прерываний беременности ведется в основном акушерами-гинекологами женских консультаций, которые работают с населением,

Таблица 8

Структура проведенных прерываний беременности у лиц первобеременных и молодого (15-19 лет) возраста

Годы	Всего мед. абортов	В т.ч. у первобеременных (из всех)	В т.ч. у молодых 15-19 лет (из всех)	Всего мед. абортов на 1000 женщин ферт-го возраста	Женщин фертильного возраста
1996	406	18	53	96	4233
1997	391	74	47	99	3958
1998	367	63	26	94	3920
1999	315	79	18	102	3100
2000	352	45	19	126	2820
2001	526	60	3	185	2836
2002	277	32	7	118	2340
2003	320	24	6	145	2236
2004	346	8	19	134	2574
2005	316	5	9	147,8	2138
2006	277	4	7	110	2517
2007	243	4	4	115	2717
2008	327	5	6	122,5	2676
2009	254	4	4	94	2699
2010	149	2	4	66	2253

только начиная с 18 лет. Акцент на актуализацию работы с девочками подросткового возраста сделан в последнем Приказе МЗ № 572н от 01.11.2012 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)».

Нами проведен анализ карт прерывания беременности опрошено 1200 женщин при этом установлено, что к медицинским абортам прибегают как замужние, так и незамужние женщины. Большинство женщин имеют высшее или среднее специальное образование (около 82 % от опрошенных), т.е. уровень образования не является гарантией правильного репродуктивного поведения. Основной причиной прерывания беременности является нежелание иметь ребенка в данный момент.

Среди женщин, ведущих активную половую жизнь около 37 % – не предохранялись от нежелательной беременности. Из числа предохраняющихся

женщин только около 20 % использовали «надежные» средства контрацепции, подобранные в женской консультации; остальные выбирали способы контрацепции «по совету подруг», чаще всего дешевы и использовали их нерегулярно. До настоящего времени современные женщины относятся к наступлению беременности без должной ответственности.

Заключение. Планирование семьи является средством достижения желаемого числа детей в оптимальные для родителей сроки и ведет не к снижению рождаемости, а к сокращению аборт. Хорошо налаженная служба планирования семьи может способствовать повышению рождаемости за счет улучшения репродуктивного здоровья населения. Службам родовспоможения и детства необходимо определить пути дальнейшего снижения частоты аборт, осложнений и летальности при них, а так же сохранения репродуктивного здоровья женщин. Необходимо воспитание подростков в условиях возрождения семейных ценностей и нравственных устоев; расширение процесса информированности населения о предупреждении нежелательной беременности; поддержка ответственных добровольных решений о деторождении, методах регуляции фертильности по личному выбору. Важным является содействие в выборе средств и методов контрацепции, поддержка ответственного материнства и отцовства, широкое внедрение эффективных средств и методов контрацепции для профилактики аборт; особенно среди женщин групп риска (подростки, женщины после аборт и родов). Обязательным условием является повсеместная доступность квалифицированной медицинской помощи женщинам, вынужденным прибегнуть к прерыванию беременности; соблюдение условий выполнения медицинского аборт с привлечением квалифицированного персонала современных методов обезболивания и технологий проведения аборт.

Литература

1. Актуальное интервью Святейшего Патриарха Пимена.// Журнал Московской Патриархии. М. – 1990, № 7.
2. Аборт, современные методы планирования семьи: учебно-методическое пособие/ Составитель: Л.И. Кудрявцева. – Самара, СВМИ; 2003 г. – 98 с.
3. Гребешева И.И. Концепция полового воспитания подростков, разработанная Российской ассоциацией «Планирование семьи»/И.И. Гребешева, Л.Г. Камсюк, И.Л. Алесина// Планирование семьи. – 2002. – № 2.
4. Женщины, которые идут на аборт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.aborti.ru/articles/womenabort>
5. Организационные и медико-социальные аспекты профилактики аборт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medmoon.ru/beremennost/ak32.html>

6. Ю.А. Гуркин. Элементы, составляющие программу подготовки девочки к материнству/ Ю.А. Гуркин. // Проблемы планирования семьи в России, М., – 2001. – С. 79-85.

7. Юсупова А.Н. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России / А.Н. Юсупова. – М.: Медицина, 2001. – 248 с.

8. Анализ динамики рождаемости в Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.atexnik.ru/neopredeleno/analiz_dinamiki_rozhdaemosti_v.php

9. АО, 2011, ноябрь Основные демографические процессы в Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://iam.duma.gov.ru/node/3/4898/19701>

10. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2010 году [Электронный ресурс]. Режим доступа <http://www.somc-nsk.ru/books.php>

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

В.М. Чернышев¹, О.В. Стрельченко¹, И.Ф. Мингазов²

¹ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области»

Демографическая политика – это целенаправленная деятельность государственных органов и иных социальных институтов в сфере регулирования процессов воспроизводства населения. Она призвана воздействовать на формирование желательного для общества режима воспроизводства населения, сохранения или изменения тенденций в области динамики численности и структуры населения, темпов их изменений, динамики рождаемости, смертности, семейного состава, расселения, внутренней и внешней миграции, качественных характеристик населения.

Концепция демографической политики Российской Федерации (далее Концепция) – система определений важнейших целей, задач и приоритетов воздействия на демографическое развитие. В Концепции сформулированы важнейшие направления государственной политики Российской Федерации в области народонаселения до 2015 года.

Ее реализация предполагает устойчивое социально-экономическое развитие страны, что обусловлено инерционностью демографических процессов и долгосрочностью достижения ожидаемых результатов.

За годы, прошедшие с начала реализации Концепции, получены достаточно хорошие результаты. По данным МЗ РФ и Росстата в 2012 году число

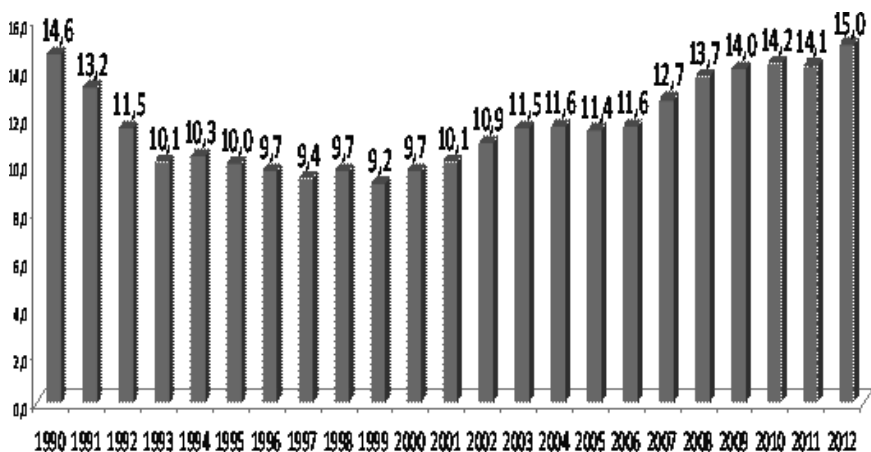


Рис. 1. Динамика показателя рождаемости населения по СФО (на 1000 населения).

умерших россиян сократилось на 26,2 тыс. человек, общий коэффициент смертности – на 1,5 % по сравнению с 2011 годом и составил 13,3 на 1 тыс. населения.

Устойчивая положительная тенденция к снижению смертности населения была достигнута по всем основным группам заболеваний: системе кровообращения – почти на 3 %, туберкулёзу – на 12,2 %, болезням от внешних причин – на 4,9 %, случайным отравлениям – на 14,6 %, онкологическим заболеваниям – на 0,7 %.

В Сибирском федеральном округе (СФО) динамика демографических процессов в целом повторяет изменения, происходящие в России, однако для Сибирских регионов характерны особенности. Несмотря на то, что общая смертность населения в округе выше чем в РФ, еще в 2010 году показатели смертности и рождаемости сравнялись, а с 2011 года естественная убыль населения в СФО сменилась естественной прибылью. Произошло это, прежде всего, за счет того, что рождаемость в округе (15,0 на 1000 населения) заметно выше, чем в РФ (13,3).

Вместе с тем в СФО анализируемые показатели так же значительно отличаются друг от друга в различных субъектах федерации, входящих в округ. По данным федеральной службы государственной статистики в 2012 году в СФО родилось 288189 ребенка (прирост в рождаемости на 6,2 %), что на 16829 больше чем в 2011 г. (в 2011 г. родилось 271292 ребенка; в 2010 г. – 272465 ребенка). Рождаемость в среднем по округу составила 15,0 на 1000 населения (по РФ – 13,3), что выше, чем в 2011 году (2011 г. – 14,1; 2010 г. – 14,2 на 1000 населения).

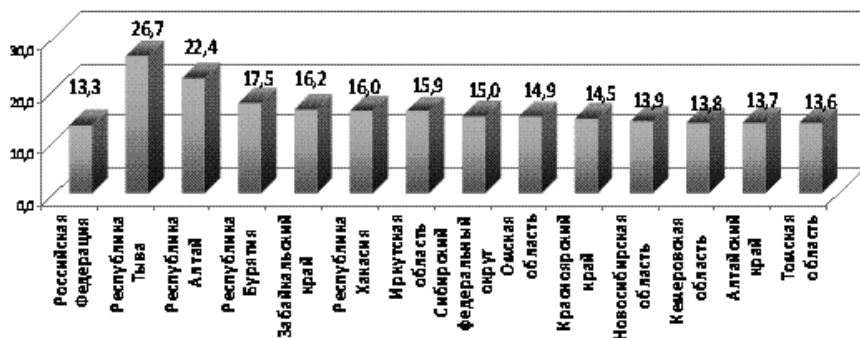


Рис. 2. Распределение субъектов СФО по показателю рождаемости населения в 2012 году (на 1000 населения).

Среди регионов СФО максимальная рождаемость зарегистрирована в республиках Тыва (26,5 на 1000 населения), Алтай (22,4), наименьшая – в Алтайском крае и Кемеровской области – 13,6 на 1000 населения (рис. 2, табл. 1).

Таблица 1

Рождаемость по регионам Сибирского федерального округа в 2012 году (по данным Росстата)

Родившихся	2012 г.	2011 г.	прирост, снижение	2012 г. в % к 2011 г.
Российская Федерация	1902084	1796629	105455	105,9
Сибирский федеральный округ	288189	271360	16829	106,2
Республика Алтай	4693	4719	-26	99,4
Республика Бурятия	17006	16507	499	103,0
Республика Тыва	8266	8478	-212	97,5
Республика Хакасия	8534	8013	521	106,5
Алтайский край	32879	30705	2174	107,1
Забайкальский край	17752	17136	616	103,6
Красноярский край	41214	38284	2930	107,6
Иркутская область	38555	37110	1445	103,9
Кемеровская область	37798	35002	2796	107,9
Новосибирская область	37588	34955	2633	107,5
Омская область	29503	26782	2721	110,1
Томская область	14401	13669	732	105,3

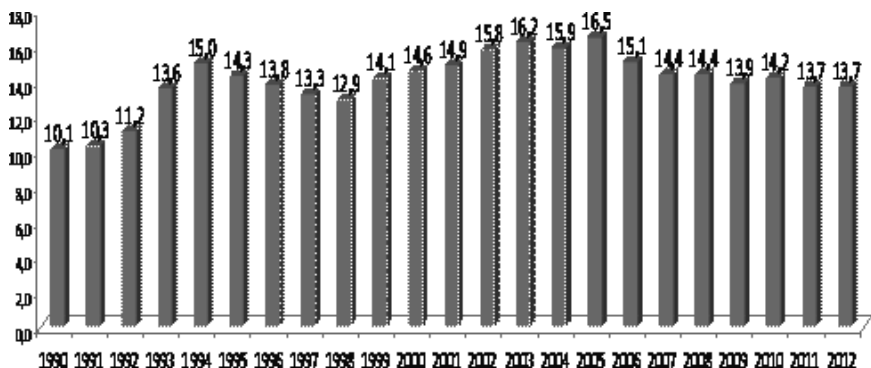


Рис. 3. Динамика показателя смертности населения СФО (на 1000 населения).

Показатель смертности населения по СФО сохранился на уровне 2011 года и составил 13,7 на 1000 населения, что выше, чем в среднем по Российской Федерации (13,3 на 1000 населения). За 2012 год в СФО умерло 263362 чел, что на 1147 человек меньше, чем в 2011 году (рис. 3, табл. 2).

Снижение смертности населения в 2012 году зарегистрировано в 8 регионах Сибирского федерального округа и незначительный количественный рост зарегистрирован в Омской, Новосибирской областях, Алтайском крае и Республике Тыва (табл. 2).

Таблица 2

**Смертность по регионам Сибирского федерального округа в 2012 году
(по данным Росстата)**

Территория	2012 г.	2011 г.	прирост, снижение	2012 г. в % к 2011 г.
Сибирский федеральный округ	263362	264509	-1147	99,6
Республика Алтай	2416	2529	-113	95,5
Республика Бурятия	12064	12299	-235	98,1
Республика Тыва	3471	3403	68	102,0
Республика Хакасия	7137	7154	-17	99,8
Алтайский край	35132	35108	24	100,1
Забайкальский край	14373	14615	-242	98,3
Красноярский край	36928	36960	-32	99,9
Иркутская область	33639	33910	-271	99,2
Кемеровская область	41615	42624	-1009	97,6
Новосибирская область	36675	36358	317	100,9
Омская область	27265	26736	529	102,0
Томская область	12647	12813	-166	98,7

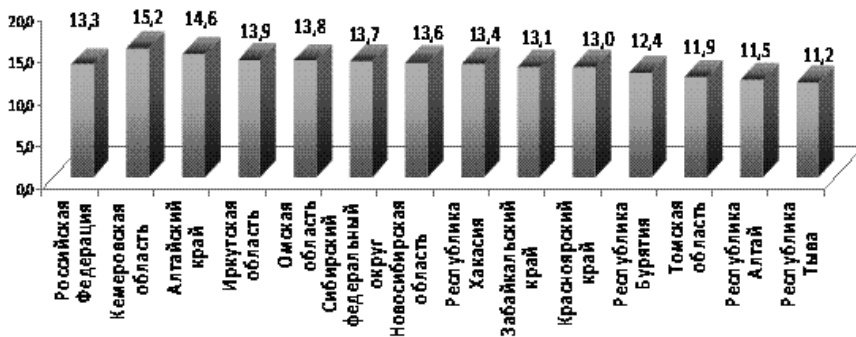


Рис. 3. Распределение регионов СФО по показателю смертности населения в 2012 году (на 1000 населения).

По-прежнему, высокий уровень смертности населения сохраняется в Кемеровской области 15,2 на 1000 населения и Алтайском крае – 14,6 на 1000 населения (рис. 3), и минимальный уровень по СФО регистрируется в Республике Тыва – 11,2 на 1000 населения.

Заметную роль в общей смертности населения играет уровень младенческой смертности, которая выросла в 2012 года. По данным федеральной службы государственной статистики в Российской Федерации 2012 году показатель **младенческой смертности** по Российской Федерации в 2012 году возрос до 8,6 на 1000 родившихся живыми (2011 г. – 7,3). Такая динамика обусловлена переходом на международные критерии живорожденности. Всего по Российской Федерации в 2012 году в возрасте до 1 года умерло 16306 ребенка, что больше чем в 2011 году на 23,8 % (2011 г. – 13168). По данным федеральной службы государственной статистики в СФО в 2012 году в возрасте до 1 года умерло 2684 ребенка, что больше чем в 2011 году на 26,48 % (2011 г. – 2122 ребенка; 2010 г. – 2294 ребенка; 2009 г. – 2486; 2008 г. – 2409, 2007 г. – 2563; 2006 г. – 2581; 2005 г. – 2761). Показатель **младенческой смертности** по СФО в 2012 году возрос до 9,4 на 1000 родившихся живыми (2011 г. – 7,8; 2010 г. – 8,4; 2009 г. – 9,1; 2008 г. – 9,14; 2007 г. – 10,46; 2006 г. – 11,4; 2005 г. – 12,2; 2004 г. – 12,8 %), и продолжает превышать (рис. 4) среднероссийский уровень (в 2012 г. показатель младенческой смертности по РФ составил 8,6 на 1000 родившихся живыми).

Наиболее высокий уровень младенческой смертности в 2012 году среди СФО зарегистрирован в Республике Тыва – 18,1 на 1000 родившихся живыми (2011 г. – 14,0). По данным Росстата в 2012 г. (рис. 5) произошло увеличение показателя младенческой смертности в Республике Хакасия – 12,9

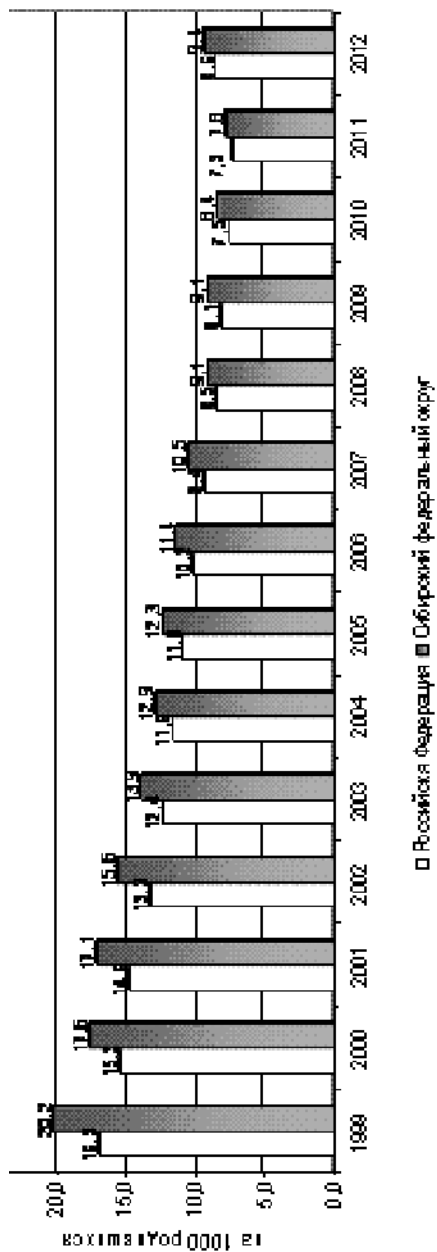


Рис. 4. Динамика показателя младенческой смертности по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу (на 1000 родившихся живыми).

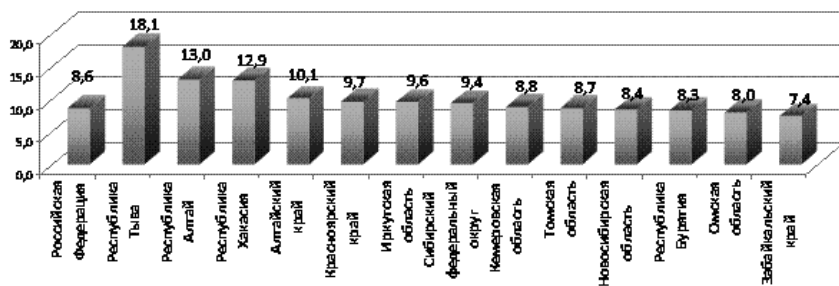


Рис. 5. Распределение регионов СФО по показателю младенческой смертности в 2012 г. (на 1000 родившихся).

(2011 г. – 9,2), Республике Алтай – 13,0 (2011 г. – 11,5), Иркутской области – 9,6 (2011 г. – 8,9); Омской области 8,0 (2011г. – 5,9), Томской области 8,7 (2011 г. – 7,0), Новосибирской области 8,4 (2011 г. – 7,2), Кемеровской области 8,8 (2011 г. – 7,5), Забайкальском крае 7,4 (2011 г. – 6,3), Алтайском крае 10,1 (2011 г. – 7,7 на 1000 родившихся живыми). Снижение показателя младенческой смертности в 2012 году среди СФО зарегистрировано только в Республике Бурятия – 8,3 (2011 г. – 8,4) на 1000 родившихся живыми.

Ведущими причинами в структуре причин смерти детей в СФО в 2012 г. в возрасте до 1 года (2684 случая) являлись – отдельные состояния, возникающие в перинатальный период и врожденные аномалии. **Мертворождаемость** по СФО в последние годы сократилась с 5,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2006 году до 4,47 в 2011 г. (РФ в 2011 г. – 4,49%). В 2012 году показатель мертворожденности по СФО возрос и составил 6,37 на 1000 родившихся живыми и мертвыми (РФ в 2012 г. – 6,34 %).

Наиболее высокий (выше среднего по Российской Федерации и СФО) показатель мертворожденности в 2012 году был зафиксирован (рис. 6) в Кеме-

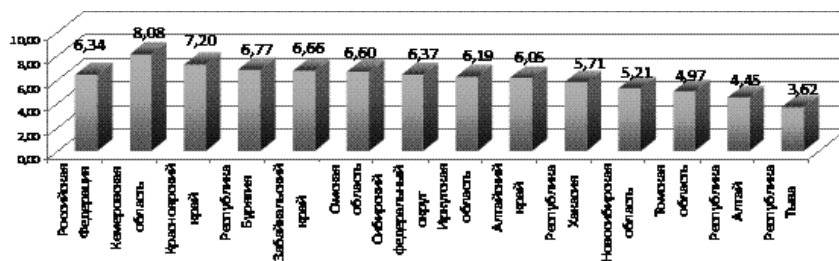


Рис. 6. Распределение регионов СФО по показателю мертворожденности в 2012 году (на 1000 родившихся живыми и мертвыми).

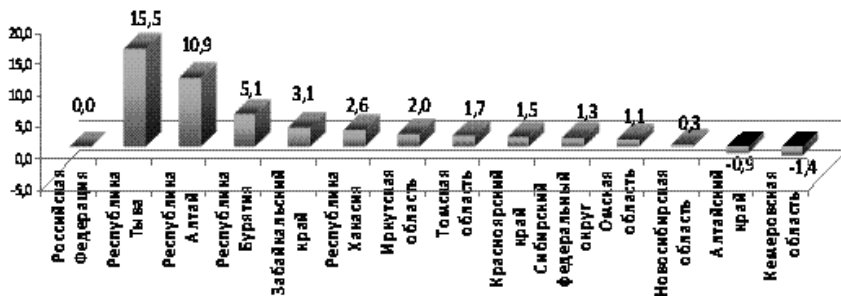


Рис. 7. Распределение регионов СФО по показателю естественного прироста, убыли (-) населения в 2012 г. (на 1000 населения).

ровской области (8,08 на 1000 родившихся живыми и мертвыми), Красноярском крае (7,2), Республике Бурятия (6,8), Забайкальском крае (6,7) и Омской области (6,6). Минимальный показатель мертворожденности зарегистрирован в Республике Тыва – 3,6 на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

Естественный прирост населения в 2012 году в СФО составил + 1,3 на 1000 населения (в 2011 г. +0,4; 2010 г. – 0; 2009 г. –0,1; 2008 г. –0,7; 2007 г. –1,7; 2006 г. –3,5; 2005 г. –5,1). В то время, как в РФ показатель составил в 2012 году 0 (в 2011 г. –0,9; 2010 г. –1,7; 2009 г. –1,8; 2008 г. –2,5 на 1000 населения). Максимальный уровень естественной убыли населения остается в Кемеровской области –1,4 (2011 г. –2,8; 2010 г. –2,9; 2009 г. –2,6; 2008 г. –3,3; 2007 г. –4,5; 2006 г. –6,0; 2005 г. –7,7) и Алтайском крае –0,9 на 1000 населения.

Естественный прирост населения в 2012 году зафиксирован в 8 субъектах СФО и самый высокий зафиксирован в Республике Тыва 15,5 на 1000 жителей (рис. 7).

В целом по Сибирскому федеральному округу продолжается рост уровня рождаемости населения, снижение уровня смертности населения и набирает темпы повышение естественного прироста населения.

Положительные медико-демографические тенденции по Сибирскому федеральному округу являются реальным ответом на те усилия, которые органы власти направили на улучшение качества жизни населения Российской Федерации.

Заключение. В целом оценивая положительно динамику демографических процессов в стране и СФО, следует помнить о том, что это не только результат принимаемых государством мер, но и то, что в плодovitый возраст (средний возраст рождающей женщины – 26,8 года) вошло многочисленное

поколение родившихся в 1980-е гг. (от 2,2 до 2,5 млн. ежегодно), это поколение и дает сейчас всплеск рождаемости, хотя и несколько меньший. Вскоре в детородный возраст перейдет малочисленное поколение 1990-х гг. (в среднем 1,3 млн. за год), что приведет к сокращению рождаемости.

Число умерших с 2006 по 2011 г. уменьшилось на 11,2 %, но смертность в РФ остается одной из самых высоких в Европе.

Суммарный коэффициент рождаемости (число детей в среднем на 1 женщину) к 2011 г. вырос до 1,6, однако он далеко не может обеспечить даже простое воспроизводство населения (2,14) и только на 75 % обеспечивает замену поколений.

А по средней продолжительности ожидаемой жизни, выросшей за 5 лет на 3,7 года мы только достигли уровня 1968-69 гг., т.е. оказались отброшенными на 40 с лишним лет назад.

Все выше перечисленное свидетельствует о том, что для улучшения демографической ситуации в стране необходимы серьезные, хорошо продуманные, научно обоснованные комплексные мероприятия, основанные на системном подходе.

Литература

1. Комаров Ю.М. О министерской концепции развития здравоохранения до 2020 г. / Ю.М. Комаров // ГлавВрач. – 2012. – № 7. – С. 61-65.
2. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2012 году (выпуск 12) / О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев, И.Ф. Мингазов, – Новосибирск. – 2013. – 333 с.
3. Основные причины случаев смерти в Европе / По материалам пресс-релиза ВОЗ // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 33-35.
4. Улумбекова Г.Э. Вызовы системы здравоохранения РФ: пути решения / Г.Э. Улумбекова // ГлавВрач. – 2012. – № 5. – С. 13-22.

О МЕРАХ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

В.М. Чернышев

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

В ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (ПНП «Здоровье», с 2006 г.) и программы модернизации отрасли (2011-

2012 гг.) бюджет здравоохранения достиг 4-4,5 %, что позволило решить ряд проблем, связанных с недофинансированием отрасли.

За эти годы значительно окрепла материально-техническая база, улучшилось оснащение ЛПУ медицинским оборудованием, компьютерной техникой и т.д. Значительная часть врачей повысила квалификацию, заметно выросла средняя заработная плата в отрасли. Все это способствовало повышению качества и доступности медицинской помощи (МП), в т.ч. на основе внедрения инновационных медицинских и управленческих технологий.

Вместе с тем очевидно, что при реализации ПНП «Здоровье» и программы модернизации для эффективного реформирования не доставало системного подхода, научного обоснования, в т.ч. изучения экономической целесообразности того, что делается. Отсюда и недостаточная комплексность, последовательность в решении проблем отрасли и их незавершенность [2, 4, 5].

Исходя из выше изложенного, внедрение стандартов оказания медицинской помощи (МП) следовало начать внедрять, когда они были бы подготовлены по всем специальностям, по крайней мере по основным нозологиям. Можно было начать с использованием не материальных стимулов, т.к. применение последних при условии, что у большинства специальностей стандартов не было, способствовало росту напряженности в коллективах и вызвало обоснованное возмущение не малой части специалистов.

Информатизация отрасли тоже не принесла ожидаемого результата, т.к. осуществлялась недостаточно комплексно. Соответствующей программой следовало предусмотреть не только решение материальной ее составляющей, т.е. оснащение аппаратурой, но и предусмотреть программное обеспечение тем более, что его достаточно много подготовлено и успешно используется в субъектах РФ и ЛПУ. Отбор из них на конкурсной основе, позволил бы в кратчайшее время сформировать единое информационное пространство. Не было предусмотрено решение еще одной важной проблемы – подготовка IT специалистов для отрасли и рекомендаций по введению их в штатное расписание учреждений (примерные нормативы и т.д.).

Здравоохранение России располагает значительными ресурсами (исключая финансовые). Обеспеченность врачами, койками в стационарах с круглосуточным пребыванием, в расчете на 10000 населения, в 1,5-2 раза превышают таковые в других странах, а деятельность отрасли в целом и наших коллег там более эффективная и высокооплачиваемая. Кроме того, при дефиците средств сохраняются нерациональное использование их. Пример тому, строительство федеральных специализированных центров, стоимостью около 40 млрд. руб. при том, что возможности практического здравоо-

ранения и клиник РАМН по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи используется лишь на 50-60 %.

Второй пример, это организация центров здоровья, которые не внесут радикальных или даже заметных изменений в состояние здоровья населения. Целесообразней и гораздо эффективней было бы направить выделенные на это средства на организацию гигиенического обучения и воспитания населения, начиная с детей дошкольного возраста, повышение санитарной культуры людей, чтобы ОНИ САМИ СТАЛИ АКТИВНЫМИ БОРЦАМИ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ.

Для оптимизации использования ресурсов отрасли необходимы серьезные изменения в организации медицинской помощи (МП) населению. Пересмотра требует господствующая ныне государственная доктрина о всеобщей доступности медицинской помощи, всем желающим, практически без ограничений. Она если не абсурдна, то уж точно невыполнима, более того, в связи с ее реализацией могут не получить МП реально нуждающиеся люди, чаще всего это работающее население. Исходя из этого, необходимы ограничения во благо населению, для обеспечения первоочередного получения МП НУЖДАЮЩИМИСЯ бесплатно, а все желания следует удовлетворять за счет самих желающих. Государству следует четко определить объем МП, который должен оказываться только бесплатно (сохранение жизни, все острые заболевания, обострения хронических и т.д.) и этот перечень должен быть очень конкретным. В следующую группу следует включить заболевания и состояния, помощь при которых должна осуществляться на условиях соплатежа, это честнее чем объявлять бесплатным один объем МП, а средств выделять на другой, который заметно меньше обещанного. В третью группу должны войти медицинские услуги, которые оказываются только на платной основе для всех категорий населения (косметология, зубопротезирование и др.). Проблема очень сложная, а предлагаемые меры крайне непопулярны, но без них улучшение медицинского обслуживания населения невозможно. Решение ее должно носить комплексный характер и осуществляться на основе системного подхода: ограничить посещения к врачу лиц, не нуждающихся в МП, освободить врачей и специалистов со средним медицинским образованием поликлиники от выполнения работы несвойственной для них и не требующей их квалификации, на которую они тратят до 50 % времени, сократить время на заполнение документов и т.д.

С учетом опыта других стран можно ввести оплату за первичный прием (20-25 руб., т.е. на уровне стоимости проезда в общественном транспорте) – это позволит остановить часть людей, для которых посещение является желаемым, а не необходимым. Ужесточить показания для посещения врача и, тем более, вызова его на дом, может быть сделать их частично оплачиваемыми.

мыми. Возродить кабинеты доврачебного приема, организовать консультации по телефону и т.д., что позволит максимально высвободить время медицинских работников, которое они смогут посвятить пациентам. Как это не парадоксально звучит, но именно ограничения будут способствовать повышению качества медицинской помощи (КМП) и доступности для нуждающихся, которые смогут получать ее в необходимом объеме, своевременно и бесплатно.

Требует пересмотра оплата деятельности поликлиник и труда сотрудников, работающих в них. Опыт показал, что проблему участкового врача, даже высокая зарплата не решила. Самое главное в достижении желаемого результат – это оплата работы поликлиники и участковой службы за здоровье обслуживаемого населения, пожалуй, единственный способ обеспечения этого – подушное финансирование и полное фондодержание поликлиник [3].

Рационализация МП населению предполагает реорганизацию дорогостоящей стационарной помощи, которая невозможна без отказа от деления ЛПУ на категории (существующие в некоторых субъектах), зависящих от коечной мощности: чем больше коек, тем выше категория, соответственно, выше тариф и больший доход. Естественно, мало кто из руководителей учреждений решится при таких условиях на добровольное сокращение коек. В решении этой проблемы возможно несколько вариантов. Это прежде всего, оплата деятельности стационара с учетом реального количества пролеченных больных, сложностью патологии и КМП. Это хороший стимул для того, чтобы заинтересовать ЛПУ в оптимизации коечного фонда, штатного расписания, внедрения новых медицинских и управленческих технологий, т.е. всего того, что позволит им эффективней работать, быть востребованными и конкурентоспособными.

Внедрение выше описанного порядка оплаты деятельности поликлиник так же будет способствовать оптимизации коечного фонда, т.к. заинтересовывает их в развитии стационар замещающих технологий и расширении объема МП, оказываемой амбулаторно, что приведет к отказу от части коек в стационарах с круглосуточным пребыванием [3,6]. На появившихся при этом «лишних» койках можно начать организацию отделений паллиативной помощи (сестринского ухода, хосписы, медико-социальные и т.д.). При недостатке средств на эти цели у государства, делать это на платной основе, либо на условиях софинансирования. Эта услуга будет востребована, т.к. при этом люди потеряют часть своих доходов, если же оформить отпуск без сохранения содержания или уволиться для ухода за больным, то теряется доход совсем. Возможно совместное использование коек, например, со службами социальной направленности. И делать это нужно уже сейчас, а не

связывать (как это происходит в ряде территорий) с созданием (строительством) специальных учреждений.

Особого внимания заслуживает проблема из проблем современного здравоохранения – работа с кадрами. Растет дефицит, идет существенное постарение их в государственном секторе отрасли, а приток молодежи достаточно скудный [2,4,5].

Несмотря на усложняющуюся ситуацию, этой проблеме не уделяется должного внимания ни на государственном уровне, ни в ЛПУ. У нее две важных составляющих: привлечение кадров и закрепление их конкретно в ЛПУ. Начало начал этому – профориентация, которая должна осуществляться системно и последовательно, по крайней мере с выпускниками, а лучше, если она начнется раньше: создание специализированных классов, подготовка младших медицинских сестер по уходу, кружковая работа, привлечение школьников в санитарные дружины. При этом профессиональный отбор произойдет до поступления в вуз, а не после первого посещения «анатомки» или при прохождении санитарской практики уже во время обучения.

В сложившейся ситуации не понятна позиция государства, которое вкладывает огромные средства в подготовку медицинских работников, а проблема дефицита кадров в практическом здравоохранении не решается, более того – усугубляется. Целесообразно вернуться к обязательному распределению, тем более, что при этом нет никакого ущемления прав специалистов на свободу выбора места работы после окончания вуза, они должны сделать его при поступлении в медицинское учебное заведение. Если учиться за счет государства, то обязательное распределение, а если хочется самостоятельно распоряжаться своей судьбой, то только за свой счет или получение диплома с отличием. Люди не желающие работать по распределению, фирмы, частные медицинские организации, приглашающие на работу выпускников медицинских образовательных учреждений, специалисты, выезжающие на работу за границу, должны возместить государству расходы, связанные с их подготовкой, либо они автоматически должны лишаться права на медицинскую деятельность. Это не нарушение прав граждан, а рачительное использование государственных средств для решения актуальной для него проблемы. Такой подход обеспечивает защиту прав граждан России, которм Конституция страны гарантирует бесплатную медицинскую помощь.

Более значимый и сложный следующий этап – закрепление кадров в тех местах, где постоянно ощущается их нехватка (село, участковая служба и др.). Предпринятые попытки решить проблему только через материальную заинтересованность не дали желаемого результата. После введения президентской надбавки сотрудникам участковой службы в первые два-три года, обеспеченность кадрами ее несколько улучшилась, а потом вновь начался

отток специалистов. Не решит кадровую проблему на селе и выделение миллиона рублей молодым специалистам, приехавшим на работу в сельскую местность. Более того, если президентская надбавка породила в свое время конфликт между участковой службой и «узкими» специалистами, то миллион привел к конфликту между поколениями, в связи с тем, что ежемесячная надбавка к зарплате у молодого специалиста, с учетом полученного миллиона рублей составляет более 16 тыс. рублей, а в сумме с должностным окладом, другими надбавками и доплатами на несколько тысяч превышает зарплату тех, кто многие годы отдал сельскому здравоохранению, естественно, это вызывает у последних не только недоумение, но и обоснованное возмущение. Очевидно, что за пять лет начинающий врач только станет специалистом.

Для обеспечения и стабилизации кадров, особенно в проблемных местах и специальностях, необходим КОМПЛЕКС мер, направленных на ДОЛГО-ВРЕМЕННУЮ заинтересованность специалистов:

1. Выплата подъемных для возмещения затрат связанных с переездом, обустройством.

2. Выделение служебного жилья, которое через 15-20 лет может перейти в собственность специалиста.

3. Установление надбавок за работу там, где традиционно низкая укомплектованность (село, участковая служба и др.).

4. Предоставление социального пакета (места для детей в детских дошкольных учреждениях, бесплатное санаторно-курортное лечение 1 раз в 2-3 года, оплата (либо льготы) коммунальных услуг, льготное кредитование и т.д.).

5. Установление дифференцированных надбавок (5-10 %) к пенсии лицам, отработавшим более 20 лет в селе, на участке и т.д. (пропорционально стажу).

6. Льготы на обучение (поступление) в вузах детей таких специалистов и т.д.

Для того, чтобы определить этот перечень, нужно изучить опыт других стран, где они применяются. Безусловно, это потребует определенных затрат, но они, скорее всего, меньше тех, которые несет государство в связи с тем, что нет врачей:

1. Преждевременная смертность лиц трудоспособного возраста в связи с неоказанием, либо несвоевременным оказанием медицинской помощи.

2. Выход на инвалидность по тем же причинам.

3. Двойная или тройная зарплата специалистов, работающих «вахтовым методом».

4. Расходы на поездки и перевозку больных в ЛПУ в другие населенные пункты, в областные учреждения и т.д.

5. Отъезд из села людей и отказ от переезда в сельскую местность на постоянное место жительства из-за отсутствия медицинских работников и т.д. Это далеко не полный перечень потерь, которое несет государство из-за отсутствия врачей.

Как для закрепления кадров, так и для повышения КМП, очень важна система оплаты труда, которая должна быть сдельной, поистине ЗАРАБОТАННОЙ и достойной.

Конечно, сохраняющаяся низкая заработная плата и невыполнение государством своих обещаний, порождает разочарование у медицинских работников и соответствующее отношение к исполнению своих обязанностей. Генри Джордж (американский политический деятель) сказал: «Общеизвестно, что труд наиболее продуктивен там, где платят наибольшую зарплату. Низко оплачиваемый труд неэффективен во всех странах мира». Это в полной мере относится и к медицинским работникам, труд которых весьма специфичен, требует не только внимания, душевности и теплоты в отношениях с пациентами, но и высокого профессионализма. Естественно, он должен оплачиваться соответствующим образом, о чем очень хорошо сказал в свое время известный английский экономист А. Смит: «Мы вверяем наше здоровье врачу, наше состояние, а иногда нашу жизнь – поверенному адвокату. Такое доверие нельзя безопасно оказывать людям, не занимающим солидного общественного положения. Поэтому их вознаграждение должно достигать таких размеров, чтобы обеспечить им общественное положение, требуемое столь серьезным доверием. Продолжительное время и крупные расходы, необходимые на их обучение, вместе с указанным обстоятельством неизбежно еще более повышают цену их труда». Только при хорошей оплате деятельности медицинских работников, внимательного и уважительного отношения к ним общество получит право на то, чтобы требовать повышения качества медицинского обслуживания населения и сможет отказаться от услуг недобросовестных и неквалифицированных специалистов.

В сложившейся ситуации необходимо предпринять определенные меры. Отказаться от наращивания штатов с целью увеличения фонда оплаты труда (ФОТ), размер которого должен находиться в прямой зависимости от объема, сложности и качества МП, оказываемой учреждением. Никаких сокращений кадров это не повлечет, т.к. во многих ЛПУ уже сегодня искусственно поддерживается укомплектованность сотрудниками на уровне 70-80 %, чтобы за счет экономии ФОТ повышать зарплату работающим. В этом процессе самое активное участие должны принимать общественные организации. Опыт развитых странах, свидетельствует о том, что они

следят не только за соблюдением прав своих членов, чистотой собственных рядов, но и за тем, чтобы эти ряды излишне не пополнялись. Это вполне оправдано, т.к. чем меньше исполнителей, тем выше оплата каждого из них. Рассчитывать на то, что ФОТ в здравоохранении России в ближайшее время может резко увеличиться не приходится, т.к. кроме политического решения, существует еще экономическая реальность, играющая если не решающую, то очень существенную роль, а она в нашей стране далека от благополучной.

Еще один очень важный аспект совершенствования МП – это необходимость изменения отношения в стране к медицине и медицинским работникам. Прежде всего, следует отказаться от пресловутого принципа: «Пациент всегда прав». У врача, кроме обязанностей должны быть и права и у пациентов не только права, но и обязанности, в т.ч. уважительного отношения к медицинским работникам. В противном случае, врач тоже должен иметь право отказа от некоторых пациентов, демонстрирующих свое неуважение к врачу, допускающие оскорбления в его адрес и т.д. В конечном счете, прав тот, кто выполняет установленные правила и является, как сказал в свое время Цицерон, рабом ЗАКОНА.

Очень важно формирование общественного мнения в отношении медицинских работников, зависящее от позиции СМИ, которым следовало бы объективно освещать события, наряду с недостатками отражать и достижения медицины и отдельных специалистов. Не позволять себе называть преступниками медицинских работников до установления судом факта совершения преступления.

Заключение. Для повышения эффективности преобразований в отрасли необходим глубокий научный анализ ситуации, включая изучение экономической целесообразности планируемых преобразований, обязательный учет опыта по совершенствованию здравоохранения в СССР и развитых странах, в т.ч. и негативного. На этой основе определить приоритеты с учетом правила Парето, т.е. выбрать те 20 % из них, которые позволят на 80 % решить проблемы отрасли. Обязательно предусмотреть этапность и другие условия для полного завершения их реализации.

Важным условием эффективного реформирования отрасли является порядок финансирования деятельности ЛПУ и оплаты труда медицинских работников, и то и другое, должно зависеть от объема и качества выполненной работы, т.е. подушное финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений, с наделением их функцией полного фондодержания и сдельная заработная плата для сотрудников. Естественно, все это должно осуществляться открыто, при активном участии медицинских работников, а так же населения, общественных организаций.

Литература

1. Садовничий В.А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В.А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова. – М.: Экономика, 2012. – 285 с.

2. Семилетов Г.А. Проблемы реализации программы модернизации здравоохранения Российской Федерации на уровне районного комплекса здравоохранения/ Г.А. Семилетов // ГлавВрач. – 2012. – № 3. – 13 с.

3. Стрельченко О.В. О порядке финансирования участковой службы, обеспечивающей ее приоритетность/ О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев // Экономика здравоохранения (материалы международной научно-практической конференции). – Новосибирск. – 2012. – 145 с.

4. Трешутин В.А. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» на региональном уровне: достижения, проблемы и пути их решения / В.А. Трешутин, В.А. Елыкомов // Здравоохранение. – 2007. – № 10. – 39 с.

5. Улумбекова Г.Э. Вызовы системе здравоохранения РФ: пути решения / Г.Э. Улумбекова // ГлавВрач. – 2012. – № 5. – 13 с.

6. Чернышев В.М. Порядок финансирования подразделений – важнейший фактор оптимизации их деятельности и структуры учреждения / В.М.Чернышев // Экономика здравоохранения (материалы международной научно-практической конференции). – Новосибирск. – 2012. – 162 с.

О РОЛИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «ВЕРТЕБРОЛОГИЯ» В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Л.С. Шалыгина^{1,2}, М.А. Садовой^{1,2}, Т.А. Мыльникова¹

¹ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

В соответствии с указом Президента Российской Федерации [4] и положениями послания Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию Российской Федерации, [5] приоритетами государственной политики в сфере здравоохранения являются:

- разработка демографических программ, которые позволят не только стабилизировать численность населения страны, но и активизировать ее рост;

- формирование ответственного отношения общества к вопросам здорового образа жизни, сбережения здоровья;
- улучшение медицинской помощи населению, повышение её доступности;
- увеличение к 2020 году числа высококвалифицированных медицинских работников;
- разработка, утверждение и применение до 1 апреля 2013 г. профессиональных стандартов оказания медицинской помощи;
- обеспечение независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая определение критериев эффективности работы таких организаций и введение, совместно с общественными организациями, публичных рейтингов их деятельности;
- развитие медицинской науки.

В контексте этих задач на первый план выходят анализ и изучение хронических неэпидемических заболеваний, которые требуют особых методических приемов. К ним относится большинство заболеваний позвоночника [6], изучением которых занимается вертебродология – наука об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и профилактике, эпидемиологии и организации медицинской помощи при патологических состояниях позвоночного столба, а также систем, органов и тканей, связанных с ним функционально и анатомически [7].

Заболевания опорно-двигательного аппарата занимают третье место среди заболеваний у людей старше 40 лет, вслед за сердечно-сосудистой патологией и болезнями дыхательной системы. Объектом вертебродологии является вертебральная и вертеброгенная патология. Вертебродология в настоящее время развивается в рамках различных медицинских специальностей и как самостоятельная отрасль клинической медицины еще не выделена. Предмет вертебродологии исследуется рядом наук: ортопедией, травматологией, нейрохирургией, неврологией, физиотерапией, курортологией [6]. Прогрессу вертебродологии способствуют не только решение проблем диагностики и лечения патологии позвоночника, но и исследования, направленные на совершенствование организации специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению при этих заболеваниях, повышение ее эффективности.

Дальнейший прогресс вертебродологии невозможен без качественных изменений принципов организации специализированной помощи при травмах и заболеваниях позвоночника. Организация и развитие такой службы должны базироваться на фундаменте научно-обоснованных рекомендаций и изучения потребности в ней населения. Именно поэтому приказом Мини-

стерства здравоохранения РСФСР в 1987 году на базе Новосибирского НИИТО был создан Республиканский центр патологии позвоночника, в 1999 г. переименованный в Центр патологии позвоночника Минздрава России.

Анализ структуры и показателей деятельности Новосибирского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна, медицинских организаций Сибирского федерального округа и Российской Федерации в целом, занимающихся вопросами высокотехнологичного лечения различных патологий позвоночника, а также анализ отечественных литературных данных, в полной мере характеризуют существенное отставание в доступности оказания медицинской помощи жителям России с повреждениями и заболеваниями позвоночника и отражают недостаточное внимание государства к данной проблеме.

По данным обращаемости населения, уровень вертебральной патологии в Российской Федерации составляет в среднем: у взрослых 59,3, у детей – 19,7, а по данным медицинских осмотров: у взрослых 822,5, у детей – 302 случая на 1000 жителей. Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника занимают 1-2 место среди всех ортопедических заболеваний у взрослого населения и составляют 40 %. В последние годы отмечается значительный рост числа детей с заболеваниями костно-мышечной системы, обусловленными как врождённой ортопедической патологией, так и наследственно-системными болезнями [6]. Патология костно-мышечной системы у детей и подростков сегодня выходит в первую десятку (по данным последних лет – 7 место), до 70 % школьников имеют проблемы с осанкой.

Из всех обратившихся по поводу патологии позвоночника 43,5 % временно утрачивают трудоспособность. Выход на инвалидность по причинам, связанным с патологией позвоночника, составляет 3,6 % от общего числа больных с вертебральной патологией, при этом I-II группа инвалидности составляет 63,3 %. Заболевания позвоночника занимают 2-3 место в списке причин инвалидизации населения вследствие болезней костно-мышечной системы.

Потребность населения в амбулаторной вертебрологической помощи составляет: на 100 000 взрослых жителей – 21 294 посещения, на 100 000 детей – 9 653 посещения. Потребность в стационарной вертебрологической помощи – 28 коек на 100 000 жителей. В реабилитационном лечении при вертеброгенной патологии из 100 больных нуждаются 48 – 58 человек; в санаторно-курортном лечении – 43 человека; при оказании протезно-ортопедической помощи на 100 больных требуется 17 протезно-ортопедических изделий [2, 6]. При этом необходимо учитывать, что 90 % стационарной помощи является высокотехнологичной.

До настоящего времени в стране не проводилась системная политика по формированию популяционной и индивидуальной профилактики заболеваний и предупреждению развития различной патологии позвоночника у детей и взрослых, обучению этим вопросам врачей смежных специальностей – педиатров, терапевтов, семейных врачей, неврологов, а также среднего медицинского персонала. Между тем, именно системный подход позволит повысить уровень знаний не только специалистов, но и населения об этой патологии, более эффективно осуществлять профилактику повреждений и заболеваний позвоночника, раннее выявление и лечение. В конечном счете, кроме медицинского и социального получить существенный экономический эффект: сократить финансовые затраты на проведение длительного, дорогостоящего консервативного и хирургического лечения пациентов, реабилитации, а так же сокращения инвалидизации населения.

Проект концепции федеральной целевой программы «Вертебрология» разработан в соответствии с Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 596 «О долгосрочной государственной экономической политике»; от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»; с распоряжениями Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2011 г. № 2227-р «Об утверждении Стратегии инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 года»; от 17 ноября 2008 года № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»; с постановлением Правительства Российской Федерации от 02.08.2010 г. № 588 «Об утверждении порядка разработки, реализации и оценки эффективности государственных программ Российской Федерации»; с приказом Минэкономразвития России от 22 декабря 2010 года № 670 «Методические указания по разработке и реализации государственных программ Российской Федерации». Проект рассмотрен и обсужден на заседании правления межрегиональной Ассоциации хирургов-вертебрологов (23 ноября 2012 г.), в состав которой входят руководители и ведущие ученые Научно-исследовательских институтов травматологии и ортопедии Российской Федерации.

Основной целью федеральной целевой программы «Вертебрология» является снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения при заболеваниях и повреждениях позвоночника и осложнениях, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни этих больных.

Основными задачами программы являются:

- Разработка и реализация популяционной программы раннего выявления нарушений позвоночника среди населения, в особенности у детей декретированных групп (массовый скрининг);

- Создание федерального вертебрологического регистра с анализом экономической составляющей для динамической оценки показателей заболеваемости позвоночника, их распространенности, осложнений и летальности больных с поражениями позвоночника и своевременного оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- Модернизация материально-технической базы медицинских организаций, занимающихся диагностикой, профилактикой, лечением и реабилитацией, включая санаторно-курортное лечение, больных с поражениями позвоночника;
- Создание на федеральном, окружном и региональном уровнях системы медико-генетического и дистанционного консультирования населения с анализом вероятности развития патологии позвоночника и мониторингом лиц с высоким риском заболевания;
- Разработка и внедрение единых методических и клинических стандартов профилактики, ранней диагностики, лечению, реабилитации и динамическому наблюдению больных с поражениями позвоночника, а так же из групп риска, в том числе с сосудистыми осложнениями.
- Разработка и реализация обучающих программ по вопросам профилактики и лечения поражений позвоночника и его осложнений для больных с поражениями позвоночника и лиц из группы риска, а также для медицинских работников (врачей и медсестер);
- Разработка и внедрение в клиническую практику современных технологий профилактики, лечения и реабилитации заболеваний и повреждений позвоночника;
- Выполнение фундаментальных и прикладных научно-исследовательских работ, а также инновационные разработки в области медико-генетического и популяционного прогнозирования, профилактики, диагностики, лечения поражений позвоночника и их осложнений;
- Более активное внедрение отечественных инновационных разработок в области вертебрологии.

Решение указанных задач будет способствовать:

- организации лечебно-профилактических мероприятий с анализом экономической составляющей и с учетом потребности населения в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в различных возрастных группах;
- совершенствованию медицинских технологий путем внедрения результатов фундаментальных и прикладных научно-исследовательских работ, а также инновационных разработок в области медико-генетического и популяционного прогнозирования, диагностики, лечения и профилактики заболеваний и повреждений позвоночника и их осложнений;

- комплексному решению профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, включая мероприятия в группах риска;
- повышению уровня санитарного образования населения и формированию устойчивой мотивации к здоровому образу жизни;
- совершенствованию методов повышения квалификации медицинского и иного персонала специализированных медицинских учреждений;
- совершенствованию системы мониторинга и прогнозирования заболеваемости и инвалидности.

В целях реализации задач необходимо:

- разработать и внедрить новые технологии диагностики и лечения;
- разработать и внедрить новые высокоэффективные лекарственные и диагностические средства и изделия медицинского назначения;
- разработать методики применения новых медицинских технологий;
- укрепить материально-техническую базу медицинских учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь при заболеваниях и повреждениях позвоночника;
- обеспечить медицинские организации современным медицинским оборудованием для раннего выявления нарушений позвоночника среди населения, в особенности у детей декретированных групп (массовый скрининг).

Оценка эффективности реализации Программы будет проводиться с учетом целевых индикаторных показателей реализации Программы:

- доля детей декретированных групп, охваченная скринингом на раннее выявление нарушений позвоночника (95 %);
- снижения заболеваний патологии позвоночника у детей (на 10 %);
- снижение уровня инвалидности населения с патологией позвоночника (на 1-1,2 %);
- повышение качества жизни больных с патологией позвоночника (на 10-15 %);
- увеличение средней продолжительности больных с вертебральной патологией (на 5 %);
- значительное снижение затрат по лечению запущенных случаев патологии позвоночника (на 9-11 %).

В качестве государственного заказчика - координатора Концепции, а в последующем федеральной целевой Программы, должно выступить Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Основными разработчиками Концепции и федеральной целевой Программы станут ведущие научно-исследовательские институты травматологии и ортопедии Российской Федерации:

- ФГУ «Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова» Минздрава России,
- ФГБУ Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко РАМН,
- ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена» Минздрава России,
- ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Минздрава России,
- ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера» Минздрава России,
- ФГБУ «Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Минздрава России.

Наиболее сложным в реализации Концепции и федеральной целевой Программы будет их финансирование, в связи с сохраняющимся значительным его дефицитом. Оно должно осуществляться за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации. Возможны 3 варианта реализации Программы, отличающиеся объемами финансирования.

Первый вариант – финансовое обеспечение реализации Программы в заявленных объемах.

Утверждение Программы по первому варианту позволит достичь поставленной цели. При этом варианте реализация Программы сопряжена только с макроэкономическими рисками, связанными с возможностью снижения темпов роста экономики и уровня инвестиционной активности, возникновения бюджетного дефицита.

Второй вариант – принятие Программы с объемом финансирования от 50 до 80 процентов заявленного объема.

При этом варианте финансирование Программы будет сосредоточено на наиболее эффективных мероприятиях, обеспечивающих стабилизацию основных показателей заболеваемости социально значимыми заболеваниями, а также на мероприятиях, требующих относительно небольших объемов финансирования.

Этот вариант предполагает проведение мероприятий в рамках стандартных процедур реализации Программы, которые позволят осуществлять отдельные проекты и выявлять возможные области их взаимодействия и совместного использования достигнутых результатов. Указанный вариант не предусматривает кардинального изменения принципов реализации Программы, не включает проведение научно-исследовательских работ в объемах, позволяющих объективно выявлять имеющиеся тенденции и выработать новые технологии диагностики и лечения при заболеваниях и повреждениях позвоночника, поэтому реализация Программы сопряжена

с риском разобщенности мероприятий субъектов Российской Федерации и, как следствие, отсутствие единой политики в области оказания медицинской помощи.

Третий вариант – принятие Программы с объемом финансирования менее 50 процентов.

По этому варианту финансирование Программы сосредоточено на наименее затратных первоочередных мероприятиях [3].

Заключение. Принятие Концепции и реализация созданной на ее основе федеральной целевой программы «Вертебрология», оптимизирует организацию оказания высокотехнологичной помощи по профилю «Травматология и ортопедия», будет способствовать повышению санитарной культуры населения, привлечению к профилактике и раннему выявлению повреждений и заболеваний позвоночника врачей других специальностей и специалистов со средним медицинским образованием.

Кроме того, в профилактике и оказании медицинской помощи соответствующей категории больных, будут применяться инновационные медицинские и управленческие технологии, в конечном счете это позволит получить ощутимый медико-социальный и экономический эффект: возможность уменьшения среднего койко-дня во время высокотехнологичного лечения пациентов на высокочрезвычайно стационарной койке, снижение показателей первичного выхода на инвалидность, снижение количества дней нетрудоспособности, увеличение доли пациентов, восстановившихся после заболеваний.

Литература

1. Бюджетный кодекс Российской Федерации: федер. закон РФ от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ: принят Гос. Думой Федер. Собр. Рос. Федерации 17 июля 1998 г.: одобрен Советом Федерации Федер. Собр. Рос. Федерации 17 июля 1998 г.

2. Гусев А.Ф. Роль взаимодействия государственных и общественных медицинских структур в развитии вертебрологической помощи населению/ А.Ф. Гусев, Н.Г. Фомичев, Н.Ю. Пахомова, О.М. Рожнова // Инновационные аспекты научно-исследовательских разработок в области вертебрологии, травматологии и ортопедии, нейрохирургии, нейроонкологии: М-лы Всерос. науч.-практ. Конф. с междунар. участием с элементами науч. шк. для молодежи «Цивьяновские чтения». Новосибирск, – 2010. – С. 223-225.

3. Концепция федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями на 2007-2011 годы»: распоряжение Правительства РФ от 11 декабря 2006 г. № 1706-р.

4. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики: указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597.

5. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 12.12.2012 «Послание Президента Владимира Путина Федеральному Собранию РФ».

6. Фомичев Н.Г. Вертебрология Российской Федерации: проблемы и пути улучшения организации специализированной помощи Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии/ Н.Г. Фомичев, М.А. Садовой // Хирургия позвоночника. 2004. – № 1. – С. 25-32.

7. Фомичев Н.Г. Научное обоснование и разработка системы специализированной помощи при заболеваниях и повреждениях позвоночника: автореферат дис. д-ра мед. наук / Н.Г. Фомичев. – Новосибирск, 1994. – 48 с.

2. ДИАГНОСТИКА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАССОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Р. Бухановская

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

В настоящее время одной из актуальных проблем не только онкологии, но и здравоохранения в целом является профилактика рака молочной железы, который занимает ведущие позиции среди онкозаболеваний у женского населения России, в частности Сибири и Дальнего Востока. В регионе показатели заболеваемости составляют 41,0, смертности – 16,4 на 100 тыс населения, при этом отмечается низкая выявляемость на профосмотре – 18,0 % (РФ – 20,7 %), высокие показатели запущенности (III-IV стадии) – 41,9 % (РФ – 37,4 %) и одногодичной летальности – 11,2 % (РФ – 10,9 %). В связи с этим в плане профилактики данного заболевания актуально выявление предопухолевой и опухолевой патологии молочной железы на ранних стадиях заболевания.

В марте 2011 г на заводе НЗХК была проведена благотворительная акция «Розовая ленточка», направленная на выявление патологии молочной железы. В эти дни сотрудницы ОАО «НЗХК» смогли пройти скрининговый осмотр и получили квалифицированные консультации маммолога-онколога. Перед осмотром женщинам было предложено заполнить анкету для выявления факторов риска развития рака молочной железы.

Было проанализировано 86 анкет. Из них патология молочных желез обнаружена у 52 женщин (60 %). У 34 женщин патологии не обнаружены.

Таким образом, ведущими факторами риска развития патологии молочных желез являются (табл.) болевой синдром, особенности репродуктивного анамнеза (именно нарушения менструального цикла), характер семейного положения (неудовлетворенность и ограничение половой жизни, длительное вдовство).

**Выявление факторов риска у здоровых женщин
и с патологией молочной железы**

Факторы риска	Женщины с патологией молочной железы		Здоровые женщины	
	Абс.	%	Абс.	%
Боли в молочных железах, уплотнения, появляющиеся перед или после менструации, выделения из соска	24	42	6	17
Нарушения менструального цикла	20	38	7	20
Начало менструации до 12 лет	4	7	3	8
Позднее окончание менструации	7	13	3	8
Первые роды после 28 лет, отсутствие родов, бесплодие	6	11	9	26
Беременность, аборт, роды после 40 лет	3	5	2	5
Неудовлетворенность половой жизнью	13	25	10	29
Контрацепция барьерным методом или ограничением половой жизнью	8	15	4	11
Длительное вдовство в возрасте 25-50 лет	4	7	2	5
Заболевания щитовидной железы	13	25	12	35
Хронические заболевания печени	12	23	5	14
Заболевания, травмы, операции на молочных железах	8	15	3	3
Миома тела матки	8	15	9	26
Заболевания придатков матки.	3	5	4	11

Метод анкетирования женщин в дальнейшем использовался на профилактических осмотрах женщин, проводимых в поликлинике. На основе проанализированных данных можно сделать вывод, что метод анкетирования можно использовать (с оценкой именно ведущих факторов риска) для формирования групп повышенного риска развития патологии молочных желез и первичного отбора пациентов для углубленного обследования.

РОЛЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Н.П. Гурьянова

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди всех причин смертности населения, ежегодно в России от них умирает более 1 млн. человек.

В Российской Федерации, несмотря на положительную тенденцию к их снижению начиная с 2004 г., остаются на высокими значения показателей смертности от болезней системы кровообращения. В 2009 г. данный показатель составил 801, в 2010 г. – 799, в 2011 г. – 753 случая на 100 тыс. населения.

Высокая смертность лиц трудоспособного возраста отражается на демографических показателях страны и имеет огромное медико-социальное и экономическое значение.

По экспертным оценкам, структура сердечно-сосудистой заболеваемости в России к 2025 г. принципиально не изменится. Основными видами заболеваний будут оставаться артериальная гипертония, атеросклероз и их осложнения [5].

Цель исследования. Проанализировать результаты применения метода суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у пациентов с артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Исследования проводились на системе суточного мониторинга артериального давления «BP Lab» (Н.Новгород) в отделении функциональной диагностики ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. Половозрастная характеристика пациентов, обследованных данным методом, представлена в таблице.

Всего за 4 года обследовано 491 пациент. Из них мужчин – 233 (47,5 %), женщин – 258 (52,5 %). Причем в возрастных группах 18-40 лет преобладали мужчины, старше 41 года – женщины. Большинство пациентов обследованы на фоне терапии, проводимой на амбулаторном этапе лечения.

Результаты. Из всех обследованных пациентов до начала лечения обследовано 76 человек, практически все в возрасте до 51 года. Из данной группы пациентов у 17 (22 %) не было выявлено изменений в суточном профиле артериального давления, у 9 (12 %) выявлены эпизоды артериальной гипотонии, у 33 (44 %) признаки лабильной артериальной гипертонии, у 17 (22 %) – признаки стабильной артериальной гипертонии.

Половозрастная характеристика пациентов, которым проводилось суточное мониторирование артериального давления

Возраст	Пол	2009г		2010г		2011г		2012г		Всего	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
18-30 лет	м	10	9	10	7	7	6	6	5	33	7
	ж	3	3	3	2	1	1	1	1	8	1
31-40 лет	м	7	6	14	10	6	5	2	1	29	6
	ж	5	5	8	6	4	4	6	5	23	5
41-50 лет	м	9	8	19	13	6	6	10	8	44	9
	ж	12	11	12	8	13	12	11	9	48	10
51-60 лет	м	17	16	18	12	17	15	11	9	63	13
	ж	21	19	21	15	19	17	18	14	79	16
Старше 60 лет	м	9	8	18	12	19	17	18	14	64	13
	ж	16	15	22	15	19	17	43	34	100	20
Всего		109		145		111		126		491	

На фоне проводимой терапии обследовано 415 человек. Нормальный суточный профиль зарегистрирован у 67 человек (16 %), из них 25 – у мужчин, 42 – у женщин.

У 31 человека (7,5 %) были выявлены эпизоды артериальной гипотонии. Различные изменения суточного профиля артериального давления выявлены у 317 пациентов (76,5 %). Низкий процент нормальных показателей суточного профиля артериального давления у пациентов, принимающих гипотензивную терапию, свидетельствует о неэффективности проводимого лечения. Наличие эпизодов артериальной гипотонии также требует коррекции терапии. Контрольное обследование после подбора лекарственных препаратов в условиях стационара не проводилось. При проведении СМАД со всеми пациентами проводились беседы о соблюдении ими ранее данных рекомендаций по лечению артериальной гипертонии. Отмечалось, что более половины пациентов принимают назначенные лекарственные препараты нерегулярно или не в полном объеме. Лишь малая часть соблюдает рекомендации врача по изменению образа жизни, в основном – некоторые ограничения в употреблении ряда продуктов. Ни один из пациентов, получающих гипотензивную терапию, не использовал никакие виды физических нагрузок с лечебной целью. Полученные результаты соответствуют и опубликованным научным данным.

Так, по материалам обследования, проведенного в рамках целевой Федеральной программы «Профилактика и лечение АГ в Российской Федерации», распространенность АГ среди населения за последние 10 лет практически не изменилась и составляет 39,5 %. Осведомленность больных АГ о наличии заболевания выросла до 77,9 %. Принимают антигипертензивные препараты 59,4 % больных АГ, из них эффективно лечится 21,5 % пациентов [1]. По данным Национальных Рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) мероприятия по изменению образа жизни рекомендуются всем больным, в т.ч. получающим медикаментозную терапию, особенно при наличии факторов риска.

В этих же Рекомендациях отмечено, что среди основных причин рефрактерной АГ выделены:

- отсутствие приверженности лечению (несоблюдение режима приема и доз назначенных препаратов);
- нарушение или отказ от рекомендаций по изменению образа жизни: прибавка веса, злоупотребление алкоголем, продолжение курения;
- продолжающийся прием лекарственных средств, повышающих АД или снижающих эффективность гипотензивной терапии (глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные препараты и др.);
- перегрузка объемом, обусловленная следующими причинами: избыточное потребление поваренной соли, неадекватная терапия диуретиками.

Выводы:

- Суточное мониторирование артериального давления является информативным методом диагностики на всех этапах лечебно-диагностического процесса от постановки диагноза до оценки эффективности проводимого лечения.
- Отмечается недостаточная эффективность гипотензивной терапии на амбулаторном этапе лечения пациентов с артериальной гипертонией.
- Характерна недооценка пациентами важности изменения образа жизни при лечении артериальной гипертонии.

Литература

1. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения РФ / Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др.// РКЖ. – 2006. – № 4.– С. 45-50.

2. Берестень Н.Ф. Тенденции развития медицинской специальности «функциональная диагностика» – Отчетный доклад о работе РАСФД за 2012 г.

3. Иванов С.Ю., Киреенков И.С. Комбинированное суточное мониторирование электрокардиограммы и артериального давления: методические возможности и клинические преимущества. – СПб.: ИНКАРТ, 2006.– 128 с.

4. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК)

5. Рогоза А.Н., Агальцов М.В., Сергеева М.В. Суточное мониторирование артериального давления: варианты врачебных заключений и комментарии. – Нижний Новгород: ДЕКОМ, 2005. – 64 с.

6. Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г.

СЛУЧАЙ Фолликулярного рака щитовидной железы с метастазированием в лимфоузлы, подтвержденный цитологическим исследованием

Е.С. Козорезова, И.Ю. Ментюкова-Сыздальцева

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

В январе 2013 в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России обратилась пациентка, 1987 г.р., с жалобами на образование в области шеи слева, обнаруженное при плановом исследовании щитовидной железы. По данным УЗИ (декабрь 2012) в левой доле щитовидной железы ближе к задней поверхности имеется гипоэхогенное образование без четких контуров. Также вдоль сосудисто-нервного пучка шеи визуализировано образование до 2 см в диаметре. Щитовидная железа не увеличена. Лабораторные показатели в пределах нормы. Анамнестические данные: в 2004 году была выполнена резекция левой доли щитовидной железы. Гистологическое заключение: фолликулярная опухоль.

Выполнена ТИПАБ образования щитовидной железы и образования в области шеи слева. Цитологическое заключение: в материале из левой доли щитовидной железы получены единичные клетки эпителия щитовидной железы без признаков злокачественности. В пункционном материале из образования шеи слева элементы крови и клетки фолликулярного эпителия без признаков злокачественности.

Учитывая анамнез, высказано предположение о метастазе рака щитовидной железы в лимфоузел шеи слева. Учитывая высокую зрелость фолликулярного эпителия в цитологическом материале, также допускалась вероятность эктопии щитовидной железы.

Поскольку гистогенез образования не вызывал сомнений, основной задачей морфологической диагностики процесса в данном случае стало уточ-

нение степени зрелости опухоли. Клинические данные: молодой возраст (манифестация в возрасте 17 лет), длительное течение (впервые оперирована более 8 лет назад) не противоречили диагнозу рака щитовидной железы с метастазированием в лимфоузлы. Также настораживало в пользу злокачественности процесса возникновение свежего очага в той же доле, что и первичный, а также почти одновременное появление быстро растущего образования на боковой поверхности шеи в зоне сосудисто-нервного пучка.

Пациентка госпитализирована с целью проведения открытой тотальной биопсии опухоли шеи слева для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения. Во время открытой тотальной биопсии опухоли шеи слева удалено образование, диаметр до 2 см, на разрезе с множественными кистозными полостями, участками склероза и кальцинатами. Материал отправлен в гистологическую лабораторию. До фиксации формалином сделаны мазки-отпечатки для цитологического исследования с разреза удаленного образования.

Цитологическая картина (рис. 1, микрофотографии 1-4): в присланном материале отмечается обильный клеточный состав: обнаружено большое

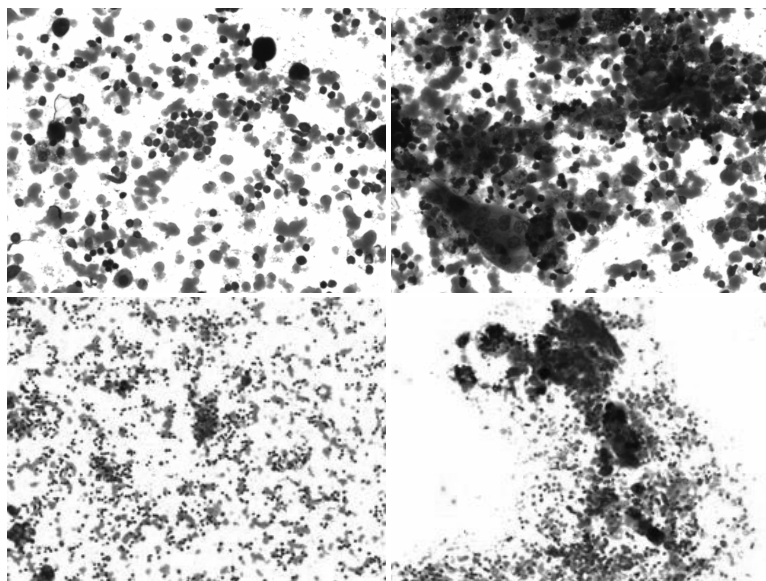


Рис. 1. Микрофотографии 1-4(х100).

Мазок-отпечаток с разреза образования по ходу СНП шеи слева. Окраска по Романовскому. Обильный клеточный состав, наличие клеток зрелого фолликулярного эпителия в ткани лимфатического узла.

количество лимфоидных элементов разной степени зрелости, макрофагов с включениями гемосидерина, встречаются многоядерные клетки, отмечается обилие мелких клеток кубической формы с гиперхромными ядрами, формирующих микро- и макрофолликулы, трабекулы. Отмечается большое количество крупных умеренно полиморфных «голых» ядер, встречаются крупные отростчатые клетки с интенсивно базофильной цитоплазмой с крупными центрально и эксцентрично расположенными ядрами, в которых просматриваются ядрышки.

Дифференциальный диагноз: эктопированный участок ЩЖ с признаками аутоиммунного тиреоидита, метастаз рака ЩЖ. Больше данных за метастаз рака ЩЖ.

Гистологическое заключение: Инкапсулированное образование с тиреоидной тканью, занимающей не менее половины площади среза, окруженной скоплениями лимфоидных элементов с лимфоидными узелками и наружной капсулой. Отмечается высокая тканевая дифференцировка с формированием фолликулов, трабекул, гиперплазированных сосочков, вторичными геморрагическими, кистозными, фиброзными изменениями, отложением извести.

На данных уровнях срезов клеточной и ядерной атипии фолликулярного эпителия нет, отсутствует васкулярная инвазия, во внутренних зонах разрастания сефт видны инвагинаты пролиферирующего фолликулярного эпителия, окруженные лимфоидными клетками. Топографические и гистотипические особенности образования более всего соответствуют метастатическому замещению лимфатического узла тиреоидной тканью (рис. 2, микрофотография 5).

Исследование образования на шее не разрешило полностью сомнений, так как гистологическое строение ткани имело высокую степень дифференцировки, что затрудняло дифференциальную диагностику между метастазом высокодифференцированной карциномы и эктопией ткани щитовидной железы. Наличие плотного лимфоидного инфильтрата с наличием герменативных центров, расположенного в виде «серпа» рядом с очагом допускало возможность оценки его и как иммунный ответ

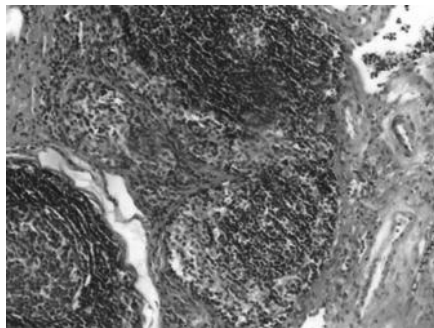


Рис. 2. Микрофотография 5($\times 100$).

Гистологический срез.

Окраска гематоксилин-эозин.

Метастаз опухоли в лимфатическом узле
шеи.

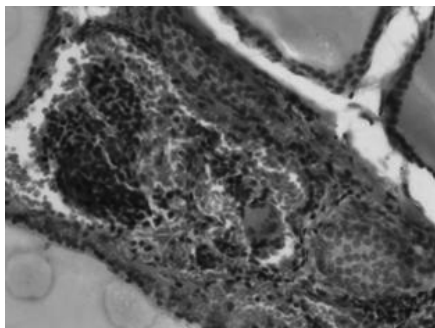


Рис. 3. Микрофотография 6($\times 100$).
Гистологический срез.
Окраска гематоксилин-эозин.
Инвазия фолликулярного эпителия
в просвет сосуда.

дэктомии. В феврале 2013 проведена тотальная тиреоидэктомия с лимфаденэктомией. Операционный материал отправлен в цитологическую и гистологическую лабораторию.

Опухоль располагалась в оставшейся части левой доли железы, плотная, светло-коричневого цвета, слегка выбухающая на разрезе без четко видимого отграничения, распространяющаяся на перешеек.

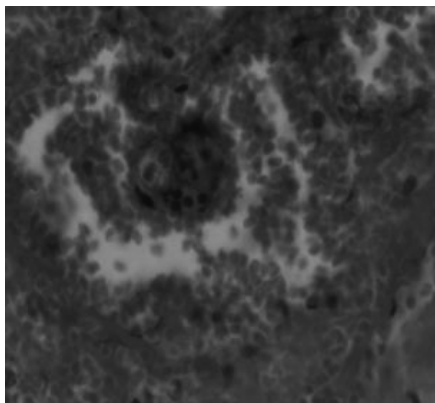


Рис. 4. Микрофотография 7($\times 100$).
Гистологический срез.
Окраска гематоксилин-эозин.
Опухолевый эмбол в просвете сосуда.

на опухоль, и как часть лимфатического узла, сохранившегося от замещения его растущей опухолью, так и возможность развития аутоиммунного тиреоидита в эктопированной дольке. В пользу метастатического процесса указывало преобладание ткани щитовидной железы более чем на $\frac{3}{4}$, наличие капсулы опухоли, не связанной с капсулой лимфатического узла, расположение лимфоидного инфильтрата рядом с очагом, без признаков инфильтрации его.

По результатам гистологии принято решение о тотальной тиреоид-

эктомии. В феврале 2013 проведена тотальная тиреоидэктомия с лимфаденэктомией. Операционный материал отправлен в цитологическую и гистологическую лабораторию.

Цитологическое заключение по операционному материалу: в присланном материале отмечается обилие лимфоидных элементов разной степени зрелости, многоядерные клетки, скопления разрушенных клеток и лимфоцитов (краш-синдром), фолликулярный эпителий в небольшом количестве в виде групп клеток с нерезко выраженной атипией (ядра укрупнены, с неровными контурами ядерной мембраны), отмечается небольшое количество умеренно полиморфных «голых» ядер и структур из голых ядер неправильной формы, в которых ядра наслаиваются друг

на друга. Коллоид необильный. На фоне изменений более всего соответствующих аутоиммунному тиреоидиту, в присланном материале присутствуют клетки фолликулярного эпителия с признаками атипии. Цитологическая картина более всего соответствует раку щитовидной железы.

Окончательный ответ стал возможен только после гистологического исследования операционного материала. Микроскопически ткань имела строение высокодифференцированной карциномы с формированием фолликулов, содержащих коллоид с участками солидного клеточного типа. В морфологической картине отмечено отсутствие выраженного клеточного атипизма, но при этом присутствовали четко выраженные признаки инвазии капсулы и сосудов (рис. 3, 4; микрофотографии 6,7), наличие мелких фокусов клеток в клетчатке (рис. 5, микрофотография 8), прилежащей к капсуле железы и в лимфатическом узле передней поверхности шеи. В просвете сосудов фолликулярные клетки имели тромбоподобный вид с неполной обтурацией просвета.

Конкретная клиническая ситуация показывает диагностическую значимость цитологического исследования, поскольку обнаружение в материале из образования шеи клеток фолликулярного эпителия уже на предоперационном этапе позволило предположить наличие злокачественного (метастатического) процесса в лимфатическом узле шеи.

Данный случай показывает возможность возникновения рака щитовидной железы в раннем возрасте (манифестация заболевания в 17 лет), лимфогенное метастазирование высокодифференцированного фолликулярного рака. Прогрессирование процесса с активным ростом узла в железе и метастазе через 8 лет после удаления первичного очага указывает на необходимость длительного наблюдения больных, перенесших оперативное лечение по поводу объемного образования щитовидной железы, несмотря на молодой возраст, небольшой размер образования, отсутствие признаков инвазии при удалении первичного очага.

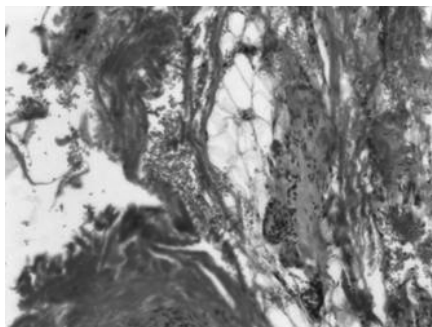


Рис. 5. Микрофотография 8(х100).
Гистологический срез.
Окраска гематоксилин-эозин.
Ткань фолликулярной карциномы
в жировой клетчатке,
прилежащей к щитовидной железе.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОЛЛЕКТИВНОГО ИММУНИТЕТА К КОРИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

С.А. Королёва

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Корь – тяжелая заразная болезнь вирусного происхождения. Возбудителем кори является вирус из семейства парамиксовирусов, заражение происходит воздушно-капельным путем. После перенесенной кори развивается стойкий пожизненный иммунитет. Поскольку напряженный иммунитет обеспечивает живая коревая вакцина, корь относится к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики. По информации Всемирной организации здравоохранения, в 2011 году обострилась эпидемиологическая обстановка по коревой инфекции в странах Европы, вспышки кори зарегистрированы и на территории России. Основным методом борьбы с корью является создание и поддержание коллективного иммунитета к кори.

Целью работы было проведение серологического мониторинга состояния коллективного иммунитета к кори среди сотрудников ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России.

Количественное определение иммуноглобулинов класса G к вирусу кори в сыворотке крови проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа. Использовали наборы реагентов для ИФА-определения Ig G к вирусу кори производства ЗАО «Вектор Бест», международный сертификат ISO 9001, ISO 13485. Диапазон измеряемых концентраций от 0 до 5 МЕ/мл, чувствительность – от 0,07 МЕ/мл. Контроль проводили по концентрации Ig G к вирусу кори в контрольном образце. Положительным результат анализа считался, если концентрация Ig G к вирусу кори в исследуемом образце превышала или была равна 0,18 МЕ/мл.

Кровь для исследования забирали из локтевой вены натощак, сыворотку получали центрифугированием на 3000 оборотов/минуту в течение 10 минут, гемолизированные и липемичные сыворотки браковали, хранили до 5 суток в холодильной камере при температуре от 2 до 6 °С.

Было обследовано 588 сотрудников СОМЦ обоих полов различного возраста (с 1937 по 1990 годов рождения) без сведений о перенесенной кори и профилактических прививках. Из них отрицательный результат исследования на Ig G к вирусу кори в среднем 0,086 МЕ/мл (от 0 МЕ/мл до 0,17 МЕ/мл) выявлен у 32 человек (5,4 %). Положительный результат – в среднем 2,56 МЕ/мл (от 0,18 МЕ/мл до 5,0 МЕ/мл) выявлен у 556 обследованных (94,6 %).

Таким образом, серологический мониторинг состояния коллективного иммунитета к кори среди сотрудников ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России выявил высокий процент защищенности от кори – специфический иммунитет имеют 94,6 % обследованных. Даны рекомендации по вакцинации сотрудников, не имеющих иммунной защиты от кори.

АНАЛИЗ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

Н.А. Полянская, Н.П. Гурьянова

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц, работающих на производстве с вредными и опасными условиями труда, является основой медицинской профилактики профессиональных заболеваний. Регулярное обследование работников способствует своевременному выявлению ранних признаков воздействия на организм вредных производственных факторов, начальных форм профессиональной патологии, а также общих заболеваний, влияющих на работоспособность человека.

Цель работы – оценить эффективность проведения электрокардиографических исследований при профилактических медицинских осмотрах.

Материалы и методы.

Основным методом диагностики для исследования системы органов кровообращения при проведении медицинских осмотров регламентируется электрокардиография (Приказ МЗ и СР РФ № 302н от 12.04.11 г. «Об утверждении перечней вредных и опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры»).

В 2012 году в кабинете функциональной диагностики поликлиники всего было проведено 13 017 электрокардиографических исследований (ЭКГ). Из них 9 516 исследований (73 %) осуществлено в рамках профилактических медицинских осмотров, 3 501 исследование (27 %) – при обращении пациентов по поводу заболевания.

В структуре исследований, выполненных в рамках профилактических осмотров, большую часть составляют обследования работников прикрепленных предприятий, занятых на работах с вредными и опасными условиями труда – 5 889 исследований (62 %). Меньшую часть составляют

обследования лиц по договорам с предприятиями – 3 627 исследований (38 %).

Результаты.

При анализе выявленной патологии учитывались такие изменения ЭКГ, которые требовали либо немедленного лечения (например, желудочковая тахикардия, острый инфаркт миокарда), либо дальнейшего более углубленного обследования и наблюдения (частая экстрасистолия, фибрилляция предсердий, ишемические изменения ЭКГ, нарушения внутрижелудочковой проводимости, феномен WPW).

Большую часть выявленных изменений составили нарушения ритма (71 %), а среди них – желудочковые и наджелудочковые экстрасистолии.

На втором месте стоят ишемические изменения (24 %). В эту группу вошли острые инфаркты миокарда (4 случая), впервые выявленные крупноочаговые и трансмуральные изменения неизвестной давности (5 случаев), мелкоочаговые изменения и неспецифические нарушения процессов реполяризации.

В группе внутрижелудочковых блокад (3 %) нами зафиксировано 2 случая впервые выявленной полной блокады правой ножки пучка Гиса и один случай блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса.

Структура выявленных изменений при проведении электрокардиографических исследований представлена в таблице 1.

Наибольший процент впервые выявленных изменений по ЭКГ наблюдался в группе прошедших медицинский осмотр лиц прикрепленного контингента – 65 случаев (что составило 76 % от всей выявленной патологии и 1,1 % от всех проведенных в данной группе ЭКГ), несмотря на ежегодное медицинское обследование работников, занятых на производстве с вредными и опасными условиями труда. Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из основных медицинских причин снижения надежности человеческого фактора на производстве. Прежде всего, это артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца. Заболеваемость по классу этих болезней сохраняется высокой в течение последних лет. Изменения ЭКГ, требующие не только дальнейшего обследования, но и немедленного медицинского вмешательства, являются не ранним проявлением, а скорее осложнением имеющегося заболевания. Наличие данных изменений при проведении профилактических осмотров подтверждает необходимость более раннего выявления изменений системы органов кровообращения и оценки стабильности её состояния.

В группе лиц, проходивших медицинский осмотр по договорам с предприятиями, доля выявленной патологии составила 17 случаев (20 % от выявленной патологии и 0,5 % от проведенных в данной группе ЭКГ).

**Структура выявленных изменений
при проведении электрокардиографических исследований**

Показатели	Мед. осмотр (договорные)	Мед. осмотр (прикреплен.)	По заболева- нию	Всего случаев
1. Нарушения ритма	10	49	1	60 (71%)
частые желудочковые экстрасистолы	4	15	1	20
желудочковая тахи- кардия	-	1	-	1
частые наджелудочко- вые экстрасистолы	4	26	-	30
наджелудочковая та- хикардия	2	1	-	3
фибрилляция пред- сердий	-	6	-	6
2. Ишемические изме- нения	5	13	3	21 (24 %)
мелкоочаговые из- менения	1	3	1	5
крупноочаговые руб- цовые изменения	1	3	1	5
острый крупноочаго- вый ИМ	2	1	1	4
нарушения реполяри- зации	1	6	-	7
3.Внутрижелуд. блокады	1	2	-	3 (3%)
4.Феномен WPW	1	1	-	2 (2%)
Всего выявленных изменений	абс.	17	65	86
	%	20	75	100

В группе лиц, проходивших ЭКГ при обращении по заболеванию, впервые выявили изменения по ЭКГ в 4 случаях (4 % от выявленной патологии и 0,1 % от проведенных в данной группе исследований).

Выводы

- Проведение электрокардиографических исследований в рамках периодических медицинских осмотров является доступным, информативным методом диагностики; помогает выявить имеющуюся патологию,

- оценить наличие факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, проводить мониторинг состояния здоровья.
- Проведение только стандартной ЭКГ при медицинских осмотрах не всегда является достаточным для ранней диагностики изменений со стороны системы органов кровообращения.
 - Предполагается провести дальнейшую оценку состояния сердечно-сосудистой системы у лиц прикрепленного контингента с выявленной патологией при последующем наблюдении.

Литература

1. Материалы III научно-практической конференции «Современные аспекты промышленного здравоохранения в системе Федерального Медико-биологического агентства – Роль первичной медико-санитарной помощи в охране здоровья работников промышленных предприятий». – Москва – 2003 г.
2. Материалы научно-практической конференции ФМБА «Актуальные вопросы функциональной диагностики». – Москва – 2010 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ НОВОСИБИРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АКАДЕМИИ ВОДНОГО ТРАНСПОРТА

***О.В. Стрельченко¹, А.А. Еркович², Л.В. Осадчук³, Т.А. Лейтан¹,
Н.А. Ворошилова¹, А.В. Попова¹, И.Н. Печурина^{1,2}***

¹ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск, ²Новосибирский государственный медицинский университет, ³Институт цитологии и генетики РАН, Новосибирск

Введение. Восстановление репродуктивного здоровья населения России, при сохраняющихся негативных демографических тенденциях и депопуляции населения в последние годы, стала одним из основных направлений деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, социальной политики государства (Шарапова О.В., 2003 г.).

На данный момент все больше усиливается интерес к проблеме бесплодного брака и, в частности мужского бесплодия, что является актуальной проблемой и приобретает особую медицинскую и социальную значимость. За последние 20 лет эксперты ВОЗ определили, что бесплодными являются 8-10 % супружеских пар репродуктивного периода жизни. По данным отечественных авторов, количество бесплодных браков составляет 15-20 % от

количества супружеских пар детородного возраста и в ряде регионов превышает критический уровень ВОЗ (Божедомов В.А., 2001). Частота мужского бесплодия составляет 35-50 %, на долю женского бесплодия приходится 45-50 %, сочетанный фактор бесплодия составляет около 15 % случаев. Последние 20-30 лет отмечается снижение среднего количества сперматозоидов в эякуляте практически в 5 раз, в том числе, у мужчин молодого возраста. Это наблюдение вызывает серьёзную озабоченность специалистов, так как не исключено, что такое снижение вызвано факторами окружающей среды, в частности урбанизацией, поздними браками, токсическими отходами производства в промышленно-развитых странах. К сожалению, у 25-40 % мужчин с бесплодием ставится диагноз идиопатического мужского бесплодия, когда причину установить не удаётся.

Цели и задачи.

На основании полученных нами результатов и данных других авторов разработать скрининг-тесты ранней диагностики и методы профилактики мужского бесплодия у мужчин репродуктивного возраста в условиях Западно-Сибирского региона.

Материалы и методы исследования. ФГБУЗ СОМЦ ФМБА в рамках договора № 708-Н-10 о научно-практическом сотрудничестве с Институтом цитологии и генетики СО РАН организовали проведение совместной научно-исследовательской работы по теме: «Изучение фенотипической изменчивости репродуктивного статуса у мужчин г. Новосибирска» в рамках интеграционного проекта № 84 фундаментальных исследований СО РАН.

В исследование включено 80 человек мужского пола в возрасте от 18 до 25 лет, отобранных случайной выборкой по результатам проведённой индивидуальной и групповой санитарно-просветительской работы с использованием мультимедийной техники среди студентов и сотрудников НГАВТ. Все обследованные лица дали письменное информированное согласие на участие в нём. Они относятся к группе наиболее трудоспособного и сексуально активного возраста: от 18 года до 20 лет – 44 (55 %) человека, от 21 года до 30 лет – 31 (38,8 %); 31 и старше – 5 (6,2 %). Средний возраст пациентов составил $21,70 \pm 3,0$ лет. Состоят в браке – 9 (11,25 %).

Диагноз формировался на основании общепринятого алгоритма обследования данной группы студентов, который включает в себя соматический статус, клинические, лабораторные, инструментальные исследования (орхидометрия).

Полный комплекс исследований включал в себя так же гормональный фон (ФСГ, ЛГ, Пролактин, Тестостерон свободный) и др.

Сбор и анализ эякулята производили в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Образцы эякулята испытываемые сдавали в специальном помещении

путем мастурбации в стерильный пластиковый контейнер. Образец эякулята выдерживали в термостате при 37 °С в течение часа для разжижения, дальнейшие процедуры по его исследованию также проводили при данной температуре. После окрашивания аликвоты эякулята трипановым синим, подсчитывали концентрацию СП в камере Горяева под световым микроскопом при увеличении $\times 400$. Общее количество сперматозоидов в эякуляте рассчитывали как произведение объема эякулята (мл) на количество сперматозоидов в 1 мл эякулята (млн). Долю подвижных сперматозоидов категорий А и Б с прогрессивным движением вперед со скоростью 2-25 и более 25 мкм/с соответственно определяли с использованием спермоанализатора SFA-500-2 («Биола», Россия).

Из таблицы №1 следует: эякулят с нормальными показателями получен лишь у 26 обследуемых, что составляет (32,5 %), у 54 (67,5 %) – диагностированы олиго- и астенозооспермия.

По данным таблицы № 2 наиболее встречаемыми являются воспалительные заболевания придаточных желёз – 35 %.

Таблица 1

Нозологическая структура нарушений эякулята у обследуемых

Характеристика эякулята	Обследуемая группа (n = 80)	
	абс.	%
Олигозооспермия	11	13,75
Астенозооспермия	43	53,75
Нормозооспермия	21	26,25
Нет оценки эякулята	5	6,25

Таблица 2

Структура заболеваний у обследуемых

Заболевание	Обследуемая группа (n=80)	
	абс.	%
Хронический простатит	17	21,25
Хронический эпидидимит	11	13,75
Кисты придатков яичек	6	7,5
Гидроцеле	2	2,5
Гипоплазия яичек	1	1,25
Варикоцеле	9	11,25
Без патологии	45	56,25

Наличие вредных привычек

Вредные привычки	Обследуемая группа (n=80)	
	абс.	%
Курение	28	35
Алкоголь	52	65
Наркомания	-	-
Отсутствуют	25	31,25

В нашем исследовании у большинства обследованных выявлено наличие вредных привычек. Наиболее часто встречается употребление алкоголя (пиво – 65 %, в среднем 3-4 литра в месяц). Курение выявлено у 28 (35 %).

Результаты и обсуждение. У основной массы обследуемой нами группе мужчин выявлено нарушение фертильности. Причём, в 13,8 % случаев выявлена тяжёлая форма-олигоастенозооспермия. Среди основных причин негативных репродуктивных показателей можно выделить, во-первых, наличие воспалительных заболеваний придаточных желёз половых органов; во-вторых, наличие вредных привычек.

В структуре заболеваний наблюдалось: хронический простатит у 17 (21,25 %) обследуемых, хронический эпидидимит – 11 (13,25 %), кисты придатков яичек – у 6 (7,5 %), гидроцеле – 2 (2,5 %), гипоплазия яичек – 1 (1,25 %), варикоцеле – 9 (11,25 %), не обнаружено патологии – 45 (56,25 %).

Таким образом, в структуре заболеваний преобладают воспалительные процессы репродуктивных органов.

Среди других патологических факторов можно выделить:

- наличие вредных привычек (употребление алкоголя – 65 %, курение – 28 %);
- наличие стрессовых факторов практически у 90 % (учеба, преподавательская деятельность, ответственная госслужба);
- у 3-х студентов не зарегистрировано никаких заболеваний и вредных привычек, однако, все они совмещают учёбу в институте и работу разнорабочими (стрессовый фактор). У одного из них зарегистрирована пограничная артериальная гипертензия – 140/90 мм. рт. ст.
- все обследованные указали, что всегда носят тесное нижнее бельё.

Следует отметить, что все участники нашего исследования носят мобильные телефоны в области малого таза. Влияние излучения сотовых телефонов на репродуктивную функцию организма мужчины достаточно изучены, на этот факт стоит обратить внимание.

Заключение.

1. Анализ клинико-лабораторных данных научно-исследовательской работы показал, что фертильность студентов и сотрудников НГАВТ мужского пола значительно снижена.

2. Изучение основных лабораторных, физикальных и антропометрических показателей потенциала фертильности молодых мужчин НГАВТ указывает на тенденцию к ухудшению репродуктивного здоровья

3. Полученные данные использованы в комплексе лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, проведенных в урологическом отделении и поликлинике ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России

4. Успешно оперировано 5 мужчины с клиническим варикоцеле и 1 с постравматическим гидроцеле. По показаниям проведена санация инфекционно-воспалительных изменений органов репродуктивной системы. Отказались от вредных привычек 46 человек.

5. В результате удалось достичь улучшения показателей эякулята у 24 (55,8 %) из 43 обследованных с выявленной астенозооспермией. Продолжается дальнейшее диспансерное наблюдение и реабилитационная терапия в этой группе

6. Необходимо дальнейшее проведение комплекса медикосоциальных мер, направленных на раннее выявление и профилактику нарушений фертильности через санитарно-просветительскую работу включающую в себя: издание доступных для понимания бюллетеней, собеседований, лекций специалистов в области репродуктологии, периодические профосмотры для ранней диагностики и лечения обнаруженной патологии.

3. КЛИНИКА

РЕГИСТР ЖЕНЩИН С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.А. Бабенко¹, Н.А. Малкова^{1,2}

¹ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Проблема рассеянного склероза и беременности имеет неоспоримое научно-практическое значение, поскольку несёт в себе как очень серьёзные медицинские, так и социально-этические аспекты. Актуальность её связана ещё и с тем, что рассеянным склерозом (РС) чаще страдают женщины преимущественно репродуктивного возраста, и вопрос о возможности беременности и родов постоянно встает перед врачами [Achiron A, et al., 2004., Vukusic S. et al., 2010].

Основные исследования в этой области направлены на следующие аспекты: 1. Влияние РС на беременность (на течение беременности и родов, на развитие плода); 2. Влияние беременности на течение РС (при ремитирующем и вторично прогрессирующем типах); 3. Течение РС у бездетных и рожавших женщин; 4. Роль иммунологических и эндокринных факторов на течение РС в период беременности и послеродовой период. 5. Роль лактации. 6. Лечение обострений во время беременности, Профилактика и лечение обострений после родов. 7. Влияние ПИТРС на течение беременности, на развитие плода, возможность сохранения ПИТРС при беременности [Vukusic S. et al., 2010].

Для поиска ответов на поставленные вопросы нами создан регистр женщин, страдающих рассеянным склерозом Новосибирской области.

Цель нашей работы: создание регистра женщин, болеющих рассеянным склерозом с анализом их репродуктивного статуса и его связей с рассеянным склерозом и патогенетической терапией.

Материал и методы. В настоящее время в регистр включено 267 женщин с достоверным диагнозом рассеянный склероз (согласно критериям MS Donald 2005, 2010).

Средний возраст женщин – 36, 4 года (от 18 до 64 лет), длительность заболевания – в среднем 18,2 лет (от 1 до 36,5 лет болезни). У 182 больных диагностировано ремитирующее течение заболевания, вторично – прогрессирующее – у 78 больных, первично-прогрессирующий вариант – у 7 женщин. Степень тяжести по EDSS в среднем составила 3, 0 балла (минимум 1, 5 балла, максимум – 7, 5).

Для сбора данных мы используем разработанный в центре опросник, который заполняют больные самостоятельно или при участии сотрудников центра. Анкета содержит вопросы о демографических данных (ФИО пациентки, контактные данные) и десять пунктов, касающихся РС (дебют заболевания, течение РС, терапия ПИТРС) и репродуктивной функции женщины (число беременностей, исходы беременностей).

Результаты и обсуждение. Мы проанализировали опросники 267 женщин с РС. В таблице представлены полученные данные о беременностях и их исходах (табл. 1).

Таким образом, 239 женщин имели беременности (89,2 %) и у 28 не было беременности (10,5 %). Общее количество беременностей у 239 женщин составило 486 случаев. Большинство женщин имело от 1 до 3х беременностей, в среднем это составило 52, 8 %. При этом одну беременность имели 49 женщин, две – 54, три – 38, четыре – 19, пять – 14, от 6 и более беременностей (до 15) имели по одной женщины. Из всех случаев беременностей, 259 закончились благополучными родами здоровыми доношенными детьми (53,3 % всех беременностей), из них четверо родов (3,9 %) были преждевременные на сроке 32-34 недели (рожденные дети в последующем развивались нормально). По количеству родов: 169 женщин имели одни роды, двое родов у 78 женщин и у четырех женщин по 3 родов. Самопроизвольных выкидышей на раннем сроке беременности было 8 случаев (4,4 %). Кроме того, зафиксировано 2 случая трубной беременности (1,1 %), женщины были прооперированы в плановом порядке. Случаев мертворождений в наблюдаемой группе всего 2 (1,9 %).

Медицинских абортов проведено 215, в основном по личным причинам пациенток; 12 медицинских аборта по показаниям, учитывая предшествующие беременности, клиническое состояние пациенток и течение рассеянного склероза.

Дебют РС в 46,7 % случаев был до первой беременности, после первой беременности – в 37,3%. Причем, первые симптомы заболевания появлялись минимум через 2 месяца после родов или прерывания беременности и максимум через 12 лет. После второй беременности начало заболевания наблюдалось в 2,7 % случаев.

Таблица 1

Анализ данных регистра женщин с рассеянным склерозом

Дебют заболевания				Исходы беременностей (486)						
До 1-ой беременности	После 1-ой беременности	После 2-ой беременности	После 3-ей и последующей беременностей	Кол-во женщин не имеющих беременности	Кол-во женщин имеющих беременность	Роды	Аборты	Выкидыш на раннем сроке	Трубная беременность	Преждевременные роды
46,6 %	37,3 %	2,6 %	3,5 %	28 (10,5 %)	239 (89,2 %)	259 (53,3% от всех беременностей)	215 (44,2 %)	8	2	4

Обострения в послеродовой период у женщин с РС

Показатель	Количество обострений рассеянного склероза						
	Всего	через 1 мес.	через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.	через 18 мес.	Через 4 мес.
Абс.	129	5	22	32	34	11	25
%	100	3,9	17,0	24,8	26,4	8,5	19,4

Мы провели анализ частоты обострений у пациенток с РС в послеродовой период в течение первых 24 месяцев (табл. 2). Всего обострения были у 54,0 % пациенток (129 случаев).

Максимальное количество обострений наблюдалось через 6 (24,8%) и 12 месяцев (26,4 %) после родов. Данные отражены в графике 1.

Кроме того, как показал анализ, обострения случались в период беременности у 3-4 % женщин, преимущественно в первый триместр. В 98,7 % случаев они были легкой степени тяжести. В двух случаях обострения были в третьем триместре и потребовалось срочное родоразрешение на сроке 38 недель беременности. При этом осложнений со стороны плода не было, терапия стероидами женщинам не проводилась.

У 7 пациенток (2,6 %) заболевание после родов приобрело прогрессирующее течение в течение первых двух лет.

Мы наблюдаем 41 пациентку, имевшую беременность на фоне применения ПИТРС. Этих женщин мы разделили на две группы (табл. 3). Первая – 16 женщин, которые планировали беременность, и ПИТРС у них были отменены заранее. Период отмычки составил 6-12 месяцев. Вторая группа – 25 женщин, забеременели на фоне приема иммуномодуляторов. Лечение было отменено на ранних сроках беременности, в первом триместре.

Средний возраст женщин – 33,5 лет, средняя длительность болезни – 12,5 лет, течение – у 35 больных ремитирующий РС; у 5 – прогрессирующее течение РС. Оценка по шкале EDSS составила в среднем 3,0 балла. Высокодозные интерфероны получали 18 человек, низкодозный интерферон – 3 пациентки, глатирамера ацетат – 14. Одна пациентка получила три курса иммуносупрессивной терапии. У одной больной беременность возникла после аутологичной трансплантации стволовых кровяных клеток. Терапию препаратами в клинических исследованиях получали 4 женщины. Длительность терапии ПИТРС в первой группе менее года получали 46,6 % больных, более года – 53,3 %. Во второй группе длительность патогенетической терапии была менее года – у 20 % и более года – у 80 %.

Характеристика групп пациенток

Показатели	1 подгруппа – беременность плановая	2 подгруппа – беременность на фоне применения ПИТРС
Кол-во пациенток с РС	16	25
Средний возраст	28,2	32,5
РРС	16	19
ВПРС	2	4
Применение ПИТРС до беременности менее года	46,6 %	20 %
Применение ПИТРС до беременности более года	53,3 %	80 %
Рецидивы РС через 1-3 месяца	20%	0
EDSS до беременности	3,1	2,8
Рецидивы РС через 3-12 мес.	0	16 %
Прогрессирование РС	2,43 % (1)	2,43 % (1)

Нами выявлены некоторые различия между группами в течении РС в послеродовом периоде. Обострения в первой группе отмечены у 20 % женщин через 1-3 месяца после родов. Во второй подгруппе – у 16 % через 3-12 месяцев. Прогрессирование РС развилось у двух пациенток (через 3 месяца в первой подгруппе и через 9 месяцев во второй). Таким образом, складывается впечатление о различиях в частоте и сроках возникновения обострений после родов между подгруппой пациенток с предварительной отменой ПИТРС и больными, которые имели беременность на фоне продолжающейся терапии, в пользу второй подгруппы.

Выводы.

Мы можем сделать предварительные вывод о том, что большая часть женщин с РС живет полноценной жизнью и имеют беременности.

Течение беременности у пациенток с РС в целом не отличается от такового у здоровых женщин. Рассеянный склероз не оказывает негативного влияния на течение беременности и родов: частота бесплодия, невынашиваемости беременности, токсикозов и осложнений в родах при данном заболевании достоверно не отличается от общей популяции. В наблюдаемой нами группе процент самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов и мертворождений был очень невысок (1,09-4,37 %).

Результаты наших наблюдений подтверждают литературные данные о том, что риск возникновения обострений РС наиболее высок в первый год после родов и составляет от 20 % до 40 %, особенно в первые 6 месяцев и через год после родов. Риск обострения РС после медицинского аборта примерно такой же, как и после родов.

Работа над регистром женщин с рассеянным склерозом продолжается, что позволит в дальнейшем получить более достоверные ответы на волнующие нас вопросы.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

Т.В. Захарова

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Профессиональная нейросенсорная тугоухость – постепенное снижение остроты слуха, обусловленное длительным (многолетним) воздействием производственного шума (преимущественно высокочастотного). В России профессиональная тугоухость в структуре профессиональной патологии составляет 9-12 % и занимает 3-е место после поражения нервной системы и опорно-двигательного аппарата и профессиональной пылевой патологии.

Длительное воздействие производственного шума на организм работающих характеризуется специфическим поражением слухового анализатора и неспецифическим поражением нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и эндокринной систем и проявляется полиморфностью клинической картины.

К числу шумоопасных производств относятся добывающая, дерево-, метало-, камнеобрабатывающая промышленность, ткацкое производство, машино-, авиа-, судостроение и другие. Высокая степень тугоухости встречается у кузнецов, обрубщиков, чеканщиков, медников, авиационных мотористов. К числу шумоопасных профессий относятся также горнорабочие, проходчики, шахтеры, клепальщики, шлифовщики, полировщики, бетонщики, наждачники, заточники, слесари, котельщики, молотобойцы, жестянщики, листоправы и другие. Также в настоящее время профессиональное снижение слуха возможно у работников таких достаточно новых профессий, как диджеи. Источниками шума являются двигатели, насосы, компрессоры, турбины, пневматические инструменты, молоты, дробилки, станки и др.

Действие производственного шума во многих случаях сочетается с воздействием вибрации, пыли, токсических и раздражающих веществ, неблагоприятных факторов микро– и макроклимата, с вынужденным неудобным, неустраняемым рабочим положением тела, физическим перенапряжением, повышенным вниманием, нервно–эмоциональным перенапряжением, что ускоряет развитие патологии и обуславливает полиморфизм клинической картины. Сочетание обоих неблагоприятных факторов дает неблагоприятный эффект в 2,5 раза чаще, чем воздействие одного фактора.

Различают шумы:

1. По частоте:

- низкочастотные – 200-2000 Гц;
- среднечастотные – 2000-4000 Гц;
- высокочастотные – 4000-8000 Гц;

2. По временным характеристикам:

- стабильные – с колебанием интенсивности не более 5 дБ;
- импульсные – с резкими изменениями интенсивности (более агрессивный);

3. По длительности воздействия:

- кратковременные;
- продолжительно действующие шумы.

Предельно-допустимый уровень (ПДУ) шума составляет 80 дБА в октавной полосе со среднегеометрической частотой 1000 Гц. ПДУ шума для конкретного работника устанавливается с учетом тяжести и напряженности труда и в зависимости от этого может составлять от 60 до 79 дБА. При интенсивности производственного шума в 85 дБА профессиональная тугоухость выявляется у 5% работников, при 90 – у 10 %, при 100 – у 12 %, при 110 – у 34 %.

Патогенез.

Производственный индустриальный шум, превышающий ПДУ, оказывает на организм работающего двоякое – специфическое и неспецифическое – действие.

1. Специфическое действие шума сказывается на слуховом анализаторе, его звуковоспринимающей части, начиная с волосковых клеток спирального органа, являющихся рецепторами для нейронов спирального ганглия, и заканчивая нейронами коры извилины Гешли височной доли, где расположен корковый конец слухового анализатора, что приводит к развитию профессиональной тугоухости. Вследствие хронической микротравматизации нервных элементов в слуховом анализаторе формируются нервно–сосудистые и дистрофические изменения в спиральном (кортиево) органе и спиральном ганглии. Происходят ишемия и расстройства питания чувствительных

клеток и других нервных элементов, вплоть до дегенерации в результате нарушений микроциркуляции и капиллярного стаза. Дистрофические (обменные, обратимые), а затем деструктивные (структурные, мало- или необратимые) изменения в слуховом анализаторе развиваются по причине длительной работы органа слуха в режиме повышенной шумовой нагрузки, повышенной афферентной импульсации и в истощающем режиме.

Морфологической основой профессиональной тугоухости в основном являются некротические изменения в кортиевоом органе и спиральном ганглии. Комбинированное действие шума и вибрации вызывает дегенеративные изменения в вестибулярном анализаторе – отолитовом аппарате и ампулах полукружных каналов, что обуславливает вестибулярный синдром.

2. Неспецифическое действие шума сказывается на функциях:

1) ЦНС – вплоть до эпилептиформных припадков;

2) пищеварительной системы – до язвенных дефектов;

3) сердца – вплоть до инфаркта миокарда;

4) сосудов – вплоть до острого нарушения кровообращения в миокарде, мозге, поджелудочной железе и других органах по ишемическому или геморрагическому типу.

Изменения в перечисленных выше и других органах и системах развиваются по нейрогуморальному механизму. Превышающий ПДУ производственный шум является стрессорным фактором. В ответную реакцию на длительное воздействие шума вовлекается неспецифическая гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система с выбросом и попаданием в циркулирующую кровь биологически активных веществ, воздействием их на гладкомышечные клетки стенок кровеносных сосудов (за исключением вен и капилляров), что приводит к повышению тонуса кровеносных сосудов, их спастическому состоянию, ишемии тканей и органов, гипоксии, ацидозу, дистрофическим (обратимым), а в дальнейшем – деструктивным (мало- или необратимым) изменениям в различных тканях и органах, в большей мере в органах и системах с генотипически и/или фенотипически детерминированной повышенной слабостью и уязвимостью к «испытанию на прочность» через многократное и длительное нарушение кровообращения в них.

Клиническая картина профессиональной тугоухости

Больные в первую очередь предъявляют неспецифические жалобы:

1) со стороны нервной системы – на раздражительность, плаксивость, обидчивость, лабильность настроения, повышенную физическую и умственную утомляемость, нарушение сна, снижение памяти, внимания, невозможность сосредоточиться, головные боли к концу рабочего дня, несистемные головокружения, что укладывается в клиническую картину астенического, а затем астеновегетативного и астеноневротического синдромов;

2) со стороны сердечно-сосудистой системы – вначале на колющие, затем сжимающие боли в области сердца, лабильность пульса, АД, повышенную потливость, зябкость и др.;

3) со стороны пищеварительной системы – на диспептические нарушения.

При объективном, лабораторном, функциональном и инструментальном исследовании раньше по времени, чем нарушение слуха, обнаруживаются признаки поражения нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Изменяется функциональное состояние вестибулярного, зрительного и кожного анализаторов, снижается статическая выносливость мышц, появляются тремор пальцев вытянутых рук, неустойчивость в позе Ромберга, установочный горизонтальный нистагм, красный, быстрый, стойкий, разлитой рефлекторный дермографизм, гипестезии с дистальных участков тела.

Угнетаются пилomotorный рефлекс, ответ на внутрикожное введение адреналина, снижается суточное содержание катехоламинов в моче, появляются функциональные сердечные шумы, замедляется внутрижелудочковая проводимость, повышается артериальное давление (кардиоваскулярный синдром).

Несколько позже появляются **специфические жалобы**, они немногочисленны и однообразны: понижение слуха, реже – шум в ушах, иногда с рабочей асимметрией – поражение уха со стороны источника шума, например, у стоматологов слева. Иногда больные жалуются на головокружение, покачивание при ходьбе. Диагностируется профессиональная нейросенсорная тугоухость на основании результатов функционального исследования – аудиометрии, которому предшествует общеклиническое и эндоскопическое исследование уха и верхних дыхательных путей. Оно должно осуществляться оториноларингологом–профпатологом по методикам, изложенным в специальных руководствах. Как правило, оба уха страдают в одинаковой степени.

Отоскопическая картина при профессиональном снижении слуха каких-либо особенностей не имеет. Поражение органа слуха в результате воздействия шума проявляется вначале повышением порога слуха на частоте 4000 Гц. Это изменение в начальной стадии заболевания практически не отражается на слуховом восприятии речи, поэтому рабочие в указанной стадии не замечают имеющегося у них снижения слуха. Субъективное ощущение ухудшения слуха наступает по мере прогрессирования его снижения в области восприятия звуковых частот 500, 1000, 2000 Гц, которое обычно развивается медленно, постепенно, увеличиваясь со стажем работы в данной профессии. При аудиометрическом исследовании слуха отмечается

дальнейшее повышение порогов слуха в области восприятия высоких частот (4000-8000 Гц), частот речевого диапазона (500, 1000 и 2000 Гц) со снижением слуховой чувствительности на более низких частотах (125, 250 Гц). Как костное, так и воздушное звукопроводение нарушается в одинаковой степени по всему диапазону звуковых частот. Общим для всех групп рабочих «шумовых» профессий является относительно раннее снижение слуховой чувствительности в области восприятия высоких звуковых частот – 4000, 6000, 8000 Гц.

Классификация

Классифицируются только изменения, обусловленные специфическим действием шума на слуховой анализатор, а именно – профессиональная тугоухость. Существуют 4- и 5-степенная классификации профессиональной тугоухости по В.Е. Остапкович и Н.И. Пономаревой, основанные на выраженности снижения остроты слуха на низкие частоты (диапазона разговорной речи), высокие частоты и восприятие шепотной речи.

В последнее время в профпатологической и оториноларингологической практике выделяют:

1) начальные признаки воздействия шума на орган слуха (I и II степень тугоухости по В.Е. Остапкович и др.);

2) легкое снижение слуха – I степень (III степень тугоухости по В.Е. Остапкович и др.);

3) умеренное снижение слуха – II степень (IV степень тугоухости по В.Е. Остапкович и др.);

4) значительное снижение слуха – III степень (V степень тугоухости по В.Е. Остапкович и др.).

Примерный диагноз специфического шумового поражения: двусторонняя нейросенсорная тугоухость II степени. Заболевание профессиональное.

Степень I – признаки воздействия шума на орган слуха. Указанная форма может быть применена только к лицам, систематически работающим в условиях интенсивного производственного шума. Данное состояние слуха характеризуется повышением порогов слуха в области восприятия речевых частот до 10 дБ, на частоту 4000 Гц – до 50 дБ; восприятие шепотной речи до 5 м.

Степень II – нейросенсорная тугоухость с легкой степенью снижения слуха. Данная степень снижения слуха устанавливается при повышении порогов слуха в области восприятия речевых частот от 11 до 20 дБ, на 4000 Гц – до 60 дБ и снижении слуха на восприятие шепотной речи до 4 м.

Степень III – нейросенсорная тугоухость с умеренной степенью снижения слуха. Данная степень снижения слуха устанавливается у рабочих при повышении порогов слуха в области восприятия речевых частот от 21 до

30 дБ, на 4000 Гц – до 65 и снижении слуха на восприятие шепотной речи до 2 м.

Различают также: внезапную (развившуюся за 1 сут.), острую (за 1-2 нед.), подострую (за 3 нед.), хроническую (постепенно) тугоухость. При продолжении контакта с шумом течение профессиональной нейросенсорной тугоухости прогрессирующее.

С определенной долей условности к осложнениям шумовых воздействий можно отнести преходящие, хронические и острые цереброваскулярные нарушения, геморрагический или ишемический инсульт, дисциркуляторную энцефалопатию, эпилептиформные припадки, преходящие, хронические и острые кардиоваскулярные нарушения, инфаркт миокарда, гипер- и гипотоническую болезни, острые и хронические гастроэнтерологические нарушения, нарушения секреторной, моторной и эвакуаторной функции, эрозивные и язвенные дефекты.

Диагностика

В диагностике профессиональной нейросенсорной тугоухости используются:

I. Субъективные данные (характерные жалобы).

II. Данные объективного обследования.

III. Данные лабораторных, инструментальных и функциональных исследований:

- определение остроты слуха на разговорную речь;
- определение остроты слуха на шепотную речь;
- камертональные пробы (камертон С128) Вебера, Ринне, Швабаха для разграничения поражения звукопроводящей и звуковоспринимающей части слухового анализатора, опыт Федеричи:
- Опыт Вебера – при нормальном слухе звук передается одинаково в оба уха (при расположении ножки звучащего камертона на середине темени) или воспринимается в средней части головы. В случае одностороннего поражения звукопроводящей системы звук воспринимается пораженным ухом, а при одностороннем поражении звуковоспринимающего аппарата – здоровым.
- Опыт Ринне – проводится путем сравнения воздушной и костной проводимости. Результат опыта считается отрицательным, если длительность звучания камертона через кость больше (ножка звучащего камертона находится на сосцевидном отростке), чем через воздух (звучащий камертон держится у слухового прохода), и указывает на поражение звукопроводящей системы. Обратные результаты исследования считаются положительными и указывают на поражение звуковоспринимающего аппарата.

- Опыт Швабаха состоит в исследовании костной проводимости (при расположении ножки камертона на темени или сосцевидном отростке). Укорочение времени звучания камертона через костную ткань считается признаком поражения звуковоспринимающего аппарата, а удлинение этого времени расценивается как признак поражения звуковоспринимающей системы.
- пороговая и надпороговая тональная аудиометрия для определения остроты слуха на разные частоты от 200 до 8000 Гц;
- вегетативно–вестибулярные пробы (кресло и барабан Барани, спонтанный и рефлекторный нистагм и др.).

IV. Консультации узких специалистов (невролога, ангиолога, кардиолога, оториноларинголога, сурдолога, при необходимости – гастроэнтеролога, эндокринолога и др.).

V. Данные документов (для юридически обоснованной связи заболевания с профессией):

- копия трудовой книжки (профессия, стаж), санитарно–гигиеническая характеристика условий труда (с указанием фактического и ПДУ шума, продолжительности контакта с шумом в течение рабочей смены, регулярности использования коллективных и индивидуальных средств защиты), выписка из амбулаторной карты (учетная форма 025/У–87) с анализом заболеваемости и обращаемости к врачам различного профиля за длительный период (до поступления на работу, в период работы, после прекращения работы – если больной обследуется в профцентре через несколько лет после прекращения трудовой деятельности), выписка из карты профосмотров – результаты предварительного при поступлении на работу и периодических профилактических медицинских осмотров за весь период трудовой деятельности, особенно детально во время работы в данной профессии, направление в профцентр с указанием предварительного диагноза.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика профессиональной нейросенсорной тугоухости проводится с тугоухостью другого генеза: врожденной; от использования ототоксических медикаментов; постототравматической, постотоинфекционной; постнейротравматической; постнейроинфекционной; отосклеротической (стадийность: 1-ая ст. – кондуктивная тугоухость, горизонтальная кривая, костно-воздушный разрыв более 30 дБА; 2-я ст. – сенсоневральная тугоухость, разрыв менее 20 дБА, горизонтальная кривая; 3-я ст. – перцептивная тугоухость, разрыва нет, но кривая горизонтальная, также отосклероз чаще встречается у лиц молодого возраста, особенно у женщин); возрастной (инволютивной); нейроонкологической

(невринома слухового нерва – сенсоневральная тугоухость, процесс чаще односторонний, ультразвуковой порог в норме, но латерализация в здоровую сторону, нет 100 % разборчивости речи, снижение разборчивости при усилении речи, удлинена латентный период, пороги дискомфорта резко снижены); нейрососудистой (артериальная гипертензия – снижение слуха после криза, несимметричность снижения более 15 дБА, при надпороговых тестах – феномен ускоренного нарастания громкости – 1,5-6 дБА, в норме – 0,3 дБА, ультразвуковой порог повышен, латентный период в норме, нужна надпороговая аудиометрия); обусловленной болезнью Меньера (чаще одностороннее поражение, прогрессирует с каждым приступом, также выражены вегетативные проявления, наличие кондуктивного компонента перед атакой, который затем уходит, выраженный феномен ускоренного нарастания громкости).

При решении вопроса о профессиональном генезе заболевания необходимо исключить инфекционную, сосудисто-реологическую, возрастную природу патологии, болезнь Пейджета и другие причины.

К инфекционным заболеваниям, приводящим к выраженным нарушениям слуха, относятся прежде всего вирусные инфекции – грипп, эпидемический паротит, корь, краснуха, затем следуют менингококковый менингит, сифилис, скарлатина. Часто нейросенсорная тугоухость инфекционной природы достигает 30 % от всех ее видов. В отличие от профессиональной (вследствие воздействия шума) нейросенсорная тугоухость другой этиологии развивается, как правило, остро и может быть любой степени выраженности.

Дифференциальная диагностика неспецифического действия производственного шума со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и других систем представляет определенные трудности и проводится путем исключения непрофессиональных причин поражения этих органов и систем.

Наиболее информативным методом в дифференциальной диагностике профессиональной тугоухости является тональная аудиометрия. Особенности тональной аудиограммы при профессиональной тугоухости являются:

- снижение слуха носит двусторонний симметричный характер, различия не превышают одной степени тугоухости;
- нет существенного различия между снижением костной и воздушной звукопроводимости;
- нормальное восприятие ультразвукового диапазона частот;
- аудиограмма имеет нисходящий характер с провалом в области высоких частот от 4 000 до 8 000 Гц.

Лечение

Лечение при профессиональной нейросенсорной тугоухости должно быть:

а) индивидуальным (с учетом ее формы, стадии, степени тяжести, скорости развития, осложнений и сопутствующих заболеваний, возраста, пола, массы тела, типа высшей нервной деятельности, акцентуации личности, материального состояния, образовательного и социального ценза, семейного статуса);

б) комплексным (этиологическим, патогенетическим и симптоматическим).

Упор делается на этиологическое (прекращение контакта с шумом) и патогенетическое лечение.

При профессиональной нейросенсорной тугоухости больной должен находиться под наблюдением сурдолога, оториноларинголога 1-2 раза в год проводится превентивная терапия. Из лекарственных средств применяются препараты, влияющие на тканевой обмен: витамины, биостимуляторы, антихолинэстеразные средства. Физиотерапевтическое лечение включает эндауральный (или с сосцевидных отростков) электрофорез – 1-5 % раствора калия йодида, 0,5 % раствор галантамина, 0,5 % раствор прозерина, 0,5-1 % раствор никотиновой кислоты; грязевые аппликации на область сосцевидных отростков; бальнеотерапию (радонотерапия). Довольно широко применяется иглорефлексотерапия, которая наиболее эффективна в отношении патологических слуховых ощущений, в частности шума в ушах. Эффективна при тугоухости профессионального генеза также магнитотерапия, как самостоятельный метод лечения, так и в комбинации с фармакотерапией. Лучшие результаты наблюдаются при сочетании магнитотерапии с общим (при индуктивности магнитного поля 20-30 мТ) и местным применением соленоидов и медикаментозной терапии. Особенно эффективно сочетание парамеатальных блокад, пневмомассажа барабанных перепонки и продувания слуховых труб в комплексе с основным лечением.

Стационарное лечение в оториноларингологическом отделении 2 раза в год

Симптоматическое лечение направлено на устранение шума, писка, звона в ушах. Консервативными методами лечения профессиональной тугоухости возможно добиться некоторого улучшения слуха или стабилизации процесса. Полного восстановления слуха добиться не всегда удается.

Двусторонняя тугоухость является показанием к слухопротезированию, т.е. к использованию слухового аппарата. Внутриушные аппараты обеспечивают акустическое усиление в 20-30 дБ, заушные – 40-75 дБ, карманные – 50-80 дБ. Эффективность слухопротезирования зависит от технического

совершенства слуховых аппаратов и правильного их подбора, который осуществляется сурдологом с дальнейшим обучением пользования ими у сурдопедагога.

Профилактика

Профилактика нейросенсорной тугоухости, ее прогрессирования и развития глухоты складывается из следующих направлений:

- Уменьшение (I степень тугоухости) или
- Устранение (II-III степень) влияния производственного шума, вибрации, ототоксических химических веществ.
- Применение массовых и индивидуальных средств защиты: изоляция источников шума, ушные шлемы, антифоны, беруши. Рациональное трудоустройство с компенсацией процента утраты профессиональной трудоспособности. Эффективным путем решения проблемы борьбы с шумом является снижение его уровня в самом источнике за счет изменения технологии и конструкции машин, в частности совершенствования генераторов вибрации и шума и технологических процессов.

К мерам этого типа относятся замена шумных процессов бесшумными, ударных – безударными, например замена клепки пайкой,ковки и штамповки – обработкой давлением, замена металла в некоторых деталях незвучными материалами, применение виброизоляции, глушителей, демпфирования, звукоизолирующих кожухов и другие.

При невозможности снижения шума оборудование, являющееся источником повышенного шума, устанавливают в специальные помещения, а пульт дистанционного управления размещают в малозвучном помещении. В некоторых случаях снижение уровня шума достигается применением звукопоглощающих пористых материалов, покрытых перфорированными листами алюминия, пластмасс. Также необходимо регулярное использование индивидуальных (наушники, шлемы, беруши и др.) и коллективных средств защиты: звукоизолированных кабин, помещений для персонала, оборудования и др.

Важное значение в предупреждении развития шумовой патологии имеет качественное проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров, согласно приказа №302Н МЗиСР РФ от 12.04.2011 г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». Главная цель предварительного медицинского осмотра – определение профессиональной пригодности

к работе в контакте с шумом. Медицинскими противопоказаниями к допуску на работу, связанную с воздействием интенсивного шума, являются следующие заболевания: стойкое понижение слуха хотя бы на одно ухо любой этиологии, отосклероз и другие хронические заболевания уха с заведомо неблагоприятным прогнозом, нарушение функции вестибулярного аппарата любой этиологии, включая болезнь Меньера, наркомании, токсикомании, в том числе хронический алкоголизм, выраженная вегетативная дисфункция, гипертоническая болезнь (все формы).

Периодическим медицинским осмотрам подлежат лица, работающие на производствах, где шум превышает ПДУ в любой октавной полосе. Сроки периодических медицинских осмотров устанавливаются в зависимости от интенсивности шума.

В состав медицинской комиссии при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров у лиц шумоопасных профессий в обязательном порядке входят: невропатолог, оториноларинголог, терапевт. К числу обязательных исследований при периодическом медицинском осмотре относятся – исследование шепотной и разговорной речи, тональная аудиометрия, вегетативно-вестибулярные пробы. Важное значение в профилактике профессиональной нейросенсорной тугоухости имеет оздоровление лиц, контактирующих с шумом (здоровых), в условиях профилактория, дома отдыха, пансионата и групп здоровья, производственная гимнастика, витаминотерапия, использование защиты временем – исключение чрезмерно длительного стажа работы в контакте с шумом и сверхурочных работ.

При направлении в Бюро медико-социальной экспертизы кроме рекомендаций по трудоспособности также уточняются дополнительные виды помощи: лечение у сурдолога, слухопротезирование, общеукрепляющее санаторно-курортное лечение. К сожалению, при определении трудоспособности больных с шумовыми поражениями БМСЭ руководствуется только степенью тугоухости и не учитывает неспецифические проявления действия шума на организм работающего, что не позволяет вовремя использовать рациональное трудоустройство.

При начальных признаках воздействия шума на орган слуха работник признается профессионально пригодным с ужесточением мер профилактики и использованием мер оздоровления. Прекращение контакта с шумом при начальных признаках его воздействия на орган слуха приводит к стабилизации процесса и частичному восстановлению остроты слуха, реже – к обратному развитию неспецифических изменений со стороны нервной, сердечно-сосудистой и других систем. Рациональное трудоустройство в более поздние сроки является запоздалой мерой и не восстанавливает здоровье и трудоспособность больного, т.к. к этому времени имеют место значитель-

ный возраст больного, нарастание инволютивных (возрастных) изменений, прогрессирование сопутствующих заболеваний (в частности сосудистых и атеросклеротических изменений) и развитие новых.

При рациональном трудоустройстве в стадии функциональных нарушений и в относительно молодом возрасте больного возможны частичное выздоровление и стабилизация процесса. В остальных случаях и при нерациональном или позднем трудоустройстве больного заболевание приводит к снижению общей и профессиональной трудоспособности.

При легкой, умеренной и выраженной степени двусторонней нейросенсорной тугоухости больной признается стойко частично утратившим общую и профессиональную трудоспособность, стойко нетрудоспособным в своей профессии, нуждающимся в постоянном рациональном трудоустройстве с определением при снижении зарплаты процента утраты общей и профессиональной трудоспособности и 3-й группы инвалидности по профессиональному заболеванию на период переквалификации.

Реже (при выраженных неспецифических проявлениях действия шума) больной признается стойко полностью утратившим трудоспособность, нетрудоспособным и вне своей профессии, нуждающимся в направлении на БМСЭ для определения процента утраты общей и профессиональной трудоспособности и 2-й (реже 1-й) группы инвалидности по профессиональному заболеванию. При наличии профессиональной нейросенсорной тугоухости противопоказан труд с воздействием: шума, неблагоприятных факторов микро- и макроклимата, вибрации, других неблагоприятных производственных факторов в зависимости от неспецифически пораженной системы или органа.

Литература

1. Артамонова В.Г. Профессиональные болезни / В.Г. Артамонова, Н.А. Мухин – М.: Медицина, 2004. – 432 с.
2. Гигиена труда / Под ред. Н.Ф. Измерова, В.Ф. Кириллова. – М.: Гэотар–Медиа, 2008. – 592 с.
3. Измеров Н.Ф. Медицина труда. Введение в специальность/ Н.Ф. Измеров, А.А. Каспаров – М.: Медицина, 2002. – 392 с.
4. Косарев В.В. Профессиональные болезни / В.В. Косарев, С.А. Бабанов – М.: Гэотар–Медиа, 2010. – 368 с.
5. Косарев В.В. Профессиональные нарушения слуха / В.В. Косарев, Н.В. Еремينا – Самара, 1998. – 47 с.
6. Профессиональная патология. Национальное руководство / Под ред. Н.Ф. Измерова. – М.: Гэотар–медиа, 2011. – 784 с.
7. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии / И.Б. Солдатов. – М.: Медицина, 1990. – 287 с.

РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ И НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ

И.С. Кунин

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее часто выявляемых онкологических заболеваний у мужчин. В большинстве стран РПЖ, в структуре онкологической заболеваемости занимает 2-3-е место после рака легких и желудка.

За последнее десятилетие прирост заболеваемости РПЖ в России составил около 3 % в год. Причина столь бурного роста кроется в появлении в клинической практике теста по определению уровня простатического специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови и мультифокальной трансректальной биопсии предстательной железы (ПЖ) [2].

Использование ПСА привело не только к увеличению выявляемости больных РПЖ, но и изменило структуру распределения больных по стадиям опухолевого процесса с тенденцией к увеличению частоты встречаемости более ранних стадий заболевания.

Как известно, радикальная простатэктомия (РПЭ) за годы применения зарекомендовала себя золотым стандартом лечения локализованных форм РПЖ [1, 3]. И заключается в удалении ПЖ вместе с капсулой, семенными пузырьками, простатической частью уретры, шейкой мочевого пузыря, и регионарными лимфатическими узлами лауреаты Нобелевской премии – С.Huggins и С.Hodges в 1941 г. доказали зависимость опухоли ПЖ от уровня тестостерона в сыворотке крови и предложили хирургическую кастрацию как метод эндокринной терапии РПЖ. С этого времени, РПЖ традиционно считается гормонально-зависимой опухолью, однако вопрос о конкретных механизмах участия гормонов в ее патогенезе остается дискуссионным. На этапе клинических проявлений заболевания, большинство опухолей зависит от андрогенной стимуляции. Поэтому, применение гормональной терапии является основным методом патогенетической терапии в этот период [2, 3].

В основе любой стратегии гормонотерапии РПЖ лежит принцип андрогенной блокады путем выключения продукции эндогенного тестостерона или блокирования андрогенного эффекта путем конкурентного воздействия лекарственных агентов. Основными видами гормонотерапии диссеминированного РПЖ являются: 1) хирургическая кастрация (двусторонняя орхидэктомия); 2) медикаментозная кастрация (агонисты рилизинг-гормона лютеинизирующего гормона – ЛГРГ); 3) максимальная андрогенная блокада (комбинация нескольких препаратов или методов лечения, подавляющих

продукцию тестостерона в яичках и надпочечниках); 4) монотерапия антиандрогенами; 5) эстрогенотерапия. Эстрогенные препараты вследствие их выраженной кардиоваскулярной и печеночной токсичности в настоящее время практически неприменяются в качестве первой линии гормонального лечения.

В многочисленных исследованиях показано, что гормонотерапия агонистами ЛГРГ (химическая кастрация), не уступает по эффективности хирургической. Блокада выработки тестостерон приводит к регрессии опухолевого процесса разной степени у 60 % больных, так же как и выполнение двусторонней орхидэктомии. Гормональная терапия РПЖ может проводиться в двух режимах: неoadъювантного и адъювантного лечения.

Цели работы. Исходя из того, что при гормональной подготовке больного к РПЭ, неoadъювантный режим, уровень ПСА снижается на 70-90 %, а объем ПЖ уменьшается, что может несколько облегчить ход последующей операции.

Во-вторых, при проведении неoadъювантной терапии у больных с клинически локализованным раком (стадия T1c или T2), частота обнаружения позитивного хирургического края снижается примерно на 50 %.

В-третьих, предполагалось, что гормонотерапия приводит к регрессии микрометастазов карциномы ПЖ, хотя данное утверждение достоверно не доказано.

Мы поставили задачу ретроспективно оценить влияния неoadъювантной гормональной терапии на:

- 1) Уровень ПСА, как показателя активности метаболизма опухоли.
- 2) Влияние на степень уменьшение объема ПЖ и снижение риска выявления положительного хирургического края.
- 3) Влияет ли проведенное лечение на технические условия проведения операции в виде дополнительного перипроцесса в области ПЖ и на объем интраоперационной кровопотери.
- 4) Оценить трёх и пятилетнюю специфическую выживаемость пациентов, получивших комбинированное лечение.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 24 пациента с диагнозом рак простаты, стадия cT1c-T2cNxM0. Диагноз во всех случаях был установлен в нашей клинике по результатам трансректальной мультифокальной биопсии ПЖ, выполнявшейся без ультразвукового наведения.

Для удобства оценки отдаленных результатов комбинированного лечения, с учетом послеоперационной оценки удаленного материала, пациенты были разделены на три группы: Пациенты с хорошим, промежуточным и с плохим прогнозом.

Таблица 1

Уровень ПСА у пролеченных пациентов

Прогноз	Кол-во	Возраст	ПСА до лечения
С Хорошим прогнозом	3	57	10,46
С Промежуточный прогнозом	15	56,5	11
С Плохим прогнозом	6	56,8	23,91
Средний показатель	24	57,7	14,68

Средний возраст больных составил 56,8 года (51-57 год), средний уровень «стартового» ПСА – 14,68 нг/мл (10,7-26,5 нг/мл) (табл. 1).

Неoadьювантная терапия проводилась в течение 6 мес. путем назначения ежемесячных подкожных инъекций гозерелина 3,6 мг или трипторелина 3,75 мг ежедневного однократного перорального приема бикалутамида 50 мг.

Из 32 пациентов, начавших лечение, радикальная позадилонная простатэктомия была впоследствии выполнена нами 24 больным. Из выбывших 8 пациентов 7 приняли решение о проведении дистанционной лучевой терапии (через 1-4 мес.) после начала гормонального лечения и 1 пациент уехал лечиться за рубеж.

Результаты. К моменту окончания курса гормонотерапии у пациентов 1-й группы средний уровень ПСА составлял 1,0 нг/мл, 2-й группы – 0,84 нг/мл, а в третьей – 0,88 нг/мл. Средний объем ПЖ уменьшился в 1-й группе до 16,87 см³, что составило 39,7 %, по сравнению с показателем до начала лечения). Во 2-й группе – до 37,3 см³ (на 13,1 %, относительно исходного значения). А в группе пациентов с плохим прогнозом отмечено уменьшение объема на 22 % (табл. 2).

Во всех случаях выполнялась двухсторонняя тазовая лимфаденэктомия. Сохранение сосудисто-нервных пучков проводилось исходя из локализации опухоли.

Таблица 2

Динамика ПСА и объем предстательной железы у пролеченных пациентов

Прогноз	ПСА до лечения	ПСА после лечения	Объем железы до лечения	Объем железы после лечения
С Хорошим прогнозом	10,46	1,03	27,65	16,87
С Промежуточный прогноз	11,4	0,84	41,93	37,3
С Плохим прогнозом	23,91	0,88	35,76	27,91

**Влияние результатов неоадьювантной терапии
на результат хирургического лечения**

Прогноз	Объём железы	Длительность операции	Объём кровопотери
С Хорошим прогнозом	16,87	175	1100
С Промежуточный прогнозом	37,3	185	813
С Плохим прогнозом	27,91	175	620

Длительность операции составила в среднем 170 минут. Продолжительность операции и стадия, не коррелируют. Средняя кровопотеря составила – 800 мл (табл. 3).

В 7 случаях (29,2 %) из 24 наблюдений, констатировано расхождение морфологического дооперационного диагноза с послеоперационным (показатель Глисона). У 5 пациентов констатировано наличие метастазов в лимфатических узлах, не выявленные при томографическом исследовании. В 3 случаях обнаружен позитивный хирургический край, что составила 12,5 %.

Заключение. Таким образом, неоадьювантная гормонотерапия в течении 6 месяцев продемонстрировала значимое снижение уровня ПСА. Предоперационная гормонотерапия приводит к уменьшению объёма предстательной железы от 13 % до 39,7 % от исходного.

В 29,2 % случаев отмечено расхождение дооперационного и послеоперационного уровня дифференцировки (число Глисон), и ни в одном случае расхождения по стадии pT, что несколько расходится с литературными данными (30 %) [1, 2].

Обнаружение «позитивного» хирургического края в 3х случаях (12,5 %) – недостоверно и объяснимо малым числом наблюдений.

Длительная гормонотерапия негативно влияет на длительность оперативного вмешательства и объём кровопотери.

Литература

1. Джером П. Рич, Энтони В. Д-Амико. Онкоурология / Пер. с англ. Под ред. член-корр. РАМН, проф. О.Б. Лоран. – М.: Изд-во БИНОМ, 2011. – 896 с.
2. Клиническая онкоурология // Б.П. Матвеев, В.Б. Матвеев, М.И. Давыдов и др. – М.: Изд-во «АБВ-пресс», 2011. – 934 с.
3. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение локализованного рака предстательной железы // Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 320 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ФИЗИОЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Н.Д. Ладунка, О.В. Шухлеева, Н.В. Силантьева

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Дорсопатии шейно-грудного отдела позвоночника являются довольно распространенной патологией в последние годы, в развитии которой большую роль играет тотальная компьютеризация, стрессовые ситуации, гиподинамия, также как и необоснованные физические нагрузки при отсутствии физической подготовки. Данное заболевание характеризуется длительным течением, частыми обострениями, потерей трудоспособности на продолжительное время, а также трудно купирующимися медикаментозными средствами болевым и нейрососудистым синдромами.

Известно, что в патогенезе данного заболевания большую роль играют нарушения гемодинамики. Движение крови и лимфы осуществляется за счет движения мышц. Вынужденная поза, приводящая к патологическому вертебро-мышечному рефлексу, снижение мышечной активности вследствие сидячего образа жизни, эмоциональные нарушения: тревога, озабоченность – могут стать причиной мышечного спазма. Таким образом, создается механическое препятствие для оттока крови и лимфы, что ухудшает местное кровообращение, лимфатический дренаж и приводит к отеку.

Длительный болевой синдром, мышечный спазм и расстройства кровообращения приводят к венозному стазу, накоплению эндотоксинов (продуктов обмена, токсических веществ) в интерстициальном пространстве, что в свою очередь, ведет к закислению среды, снижению обменных процессов, повреждению клеточных мембран, усилению отека, и болевого синдрома, а в последующем к развитию склероза и гиалиноза в тканях.

В связи с этим, применение методов, улучшающих микроциркуляцию, отток застойной жидкости и эндотоксинов в лимфатические сосуды играет важную роль в комплексном лечении болевых, мышечно-тонических и нейрососудистых синдромов, сопровождающих дорсопатии.

В этих целях нами, в отделении восстановительного лечения ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России применяются следующие физиотерапевтические методы лечения:

1. Система ХИВАМАТ является важным средством для улучшения гемодинамики и дренажной функции лимфатической системы.

Клинические эффекты системы ХИВАМАТ достигаются благодаря действию электростатического поля. В результате действия этого поля, ткани последовательно подтягиваются и опускаются. При быстром последовательном повторении этого процесса, происходит ритмичная деформация подлежащих образований. Электрические импульсы ведут к повышенному трению между остальными частями, а во время интервалов между импульсами ткань эластично сопротивляется этому воздействию.

Система ХИВАМАТ оказывает влияние на гемомикроциркуляцию и ток тканевой жидкости в интерстициальном пространстве. Это приводит к стабилизации дренажной функции лимфатической системы. При этом реализуется противоотечный и противовоспалительный эффект в области воздействия прибора.

Это ведет также к восстановлению эластичности и мобилизации отдельных волокон и клеточного состава, улучшается структура интерстиция тканей организма.

2. Еще одним важным методом лечения является лазеротерапия.

Лазеротерапия оказывает влияние на реологические свойства крови и микроциркуляцию. Увеличивая потребление кислорода тканями, она активизирует окислительно-восстановительные процессы, ускоряет кровоток, усиливает микроциркуляцию в тканях, уменьшает агрегацию эритроцитов, уменьшает периваскулярный отек, влияет на миоциты, эндотелиоциты как кровеносных, так и лимфатических микрососудов, нормализует течение транспортных процессов в микрорегионе. Результатом является выход в кровеносное и лимфатическое русло продуктов нарушенного метаболизма тканей, происходит эффект детоксикации.

3. Новым, недостаточно изученным методом лечения является также ЭМАТ-терапия.

В основу технологии ЭМАТ положена научная модель фрактально-полевого строения энергетической системы организма человека, развиваемые Новосибирским физиком В.В. Небратом с соавторами.

Согласно этой модели, кластеры воды в организме человека образуют диссипативные структуры, которые имеют выход на поверхность тела в виде фрактальных «проекционных зон», имеющих определенную топологическую локализацию и разную фрактальную размерность (как точка, зона, линия).

Известно, что во всех процессах, связанных с жизнью, размножением и передачей информации огромную роль играет структура воды и постоянство её концентрации в организме – гомеостаз. Жизнедеятельность клеток и их структур зависят от состояния водной среды данной зоны, микросреды, которая окружает клетку и обеспечивает ее пластические, энергетические и

выделительные возможности. При накоплении токсинов, продуктов жизнедеятельности формируется патологическая диссипативная структура.

Ручка «ЭМАТ» – это электронное полупроводниковое устройство – источник широкополосных сверхслабых электромагнитных импульсов в диапазоне частот, охватывающих диапазон частотных колебаний диссипативных структур воды в организме человека. При возникновении резонанса между широкополосным импульсом, посылаемым ручкой «ЭМАТ» с частотой патологической диссипативной структуры возникают условия обмена энергии. В зависимости от полярности внешнего стимула, резонансный импульс ручки «ЭМАТ» либо возбудит систему, если этот импульс однополярен, либо погасит доминанту, если знак противоположен. В обоих случаях, диссипативная структура перейдет в состояние динамического хаоса и нивелируется. Таким образом, происходит изменение патологических кластеров диссипативной структуры и переход в устойчивый режим функционирования. При этом нормализуется эндоэкологическое пространство данной зоны, сосудистый тонус, происходит уменьшение отека, детоксикация, активируется деятельность лимфоузлов.

Эти три физиотерапевтических метода использовались нами при лечении дорсопатий шейно-грудного отдела позвоночника в комбинациях с другими видами физиотерапии.

В зависимости от стадии заболевания, применялись разные комбинации этих методов.

В острую стадию заболевания с преобладанием болевого и мышечно-тонического синдрома применялся чаще электростатический массаж системой ХИВАМАТ с частотой 160 герц в течение 10 минут и 25 герц в течение 5 минут при средней моде и максимальной интенсивности и синусоидальные модулированные токи по стандартной методике.

Таблица 1

Эффективность системы ХИВАМАТ в сочетании с СМТ-терапией

Название методики	Система ХИВАМАТ и СМТ	СМТ с применением других методов лечения
Полное купирование болевого синдрома	40 (76,8 %)	35 (67,3 %)
Уменьшение болевого синдрома на 70 %	8 (15,3 %)	13 (25 %)
Уменьшение болевого синдрома на 50 % и менее	4 (7,7 %)	4 (7,7 %)
Всего	52	52

В течение года такой методикой было пролечено 52 человека. Эффективность лечения была выше, чем у больных без применения системы «Хивамат».

Таким образом, у больных, пролеченных таким способом в остром периоде заболевания, отмечалось более быстрое обратное развитие болевого синдрома, чем у больных с применением СМТ в сочетании с магнитотерапией и дарсонвализацией. Больные, получающие в комплексном лечении ХИВАМАТ, отмечали значительное уменьшение головных болей. У больных, лечившихся без применения системы ХИВАМАТ, головные боли сохранялись на более продолжительное время и чаще приходилось назначать второй курс физиотерапии.

Одним из перспективных вариантов лечения дорсопатий шейно-грудного отдела позвоночника в подостром периоде с нейрососудистым синдромом является сочетание электротерапии системой ХИВАМАТ с низкоинтенсивной лазеротерапией.

Головные боли и головокружения являются очень частыми симптомами при дорсопатиях шейного отдела позвоночника. Во многих случаях данный синдром, сохраняется более длительно, чем болевой и мышечно-тонический, часто является ведущим и существует самостоятельно без проявления другой симптоматики.

Данные клинические симптомы обусловлены раздражением симпатических нервных волокон в позвоночном канале крючковатыми разрастаниями, спазмом позвоночных артерий и венозным стазом. Возникающий при этом эндотоксикоз, способствует усугублению спазма сосудов и возникновению порочного круга. Эти изменения сказываются на деятельности головного мозга, общем самочувствии, состоянии зрения, трудоспособности.

Применение системы ХИВАМАТ и лазеротерапии здесь является патогенетически обоснованным, так как является средством, улучшающим микроциркуляцию восстанавливающим кровоток, тонус спазмированных сосудов и нормальный ток жидкости в данной области.

Для решения этой проблемы применялась методика с применением низкоинтенсивной лазеротерапии с частотой 80 герц и постепенно увеличивающимся временем воздействия от 30 секунд до 2-х минут на поле с общим временем воздействия от 6 до 12 минут и электротерапии системой ХИВАМАТ с частотой 130 и 30 герц последовательно. Данные частоты способствуют снятию спазма, улучшению микроциркуляции и оттоку жидкостей в лимфатические и венозные сосуды.

По данной методике пролечено 27 человек в течение 2013 года

Все больные отмечали значительное улучшение самочувствия, уменьшение головных болей и головокружения.

Таблица 2

**Эффективность системы ХИВАМАТ в сочетании с лазеротерапией
при дорсопатиях шейно-грудного отдела**

Наименование методики	Полное купирование симптомов	Уменьшение симптомов на 70 % и более	Уменьшение симптомов на 50 % и менее
Лазеротерапия в сочетании с ХИВАМАТ	4 (51,9 %)	8 (29,7 %)	5 (18,4 %)
Лазеротерапия в сочетании с другими методами лечения	3 (11,5 %)	6 (21,6 %)	18 (66,6 %)

Учитывая, что пациенты с этим заболеванием, получали также лазеротерапию с другими методами физиолечения, результаты данной методики были оценены следующим образом (табл. 2).

Таким образом, результаты лечения свидетельствуют о том, что данная лимфотропная методика является достаточно эффективной при лечении дорсопатий шейно-грудного отдела позвоночника и позволяет справиться с довольно проблемной симптоматикой этого заболевания.

Следующим патогенетически обоснованным методом при дорсопатиях шейно-грудного отдела позвоночника является ЭМАТ-терапия.

На данный метод лечения принимались больные, у которых отсутствовала значимая положительная динамика после применения стандартных физиотерапевтических методов лечения

Лечение производилось через максимально открытые точки данной зоны, которые выявлялись по сенсорным ощущениям больного при воздействии прибора. При этом есть возможность подействовать на точки, расположенные близко к лимфоузлам, на водную среду в интерстициальном пространстве, на клеточные структуры различных тканей.

Воздействие производилось электроручкой «ЭМАТ» на паравертебральные точки и точки шейного отдела низкоэнергетическими импульсами в диапазоне частот, охватывающих диапазон частотных колебаний диссипативных структур воды в организме.

По данной методике было пролечено 48 человек в течение 2009 года. Нужно отметить, что у этих больных не было ни одного случая плохой переносимости процедуры или отсутствия положительной динамики в течение патологического процесса. У 28 человек, отмечалась значительная положительная динамика к 3-5-й процедуре, а к 10-й процедуре – полное купирование болевого синдрома. У остальных положительная динамика наступала более медленно – к 5-7-й процедуре, и к 10-12-й процедуре – полное купирование болевого синдрома.

Эффективность ЭМАТ-терапии

Наименование методики	Полное купирование симптомов	Уменьшение симптомов на 70 %	Уменьшение симптомов на 50 %
ЭМАТ-терапия	43 (89,6 %)	4 (8,3 %)	1 (2,1 %)
СМТ-терапия	30 (62,4 %)	13 (27,1 %)	5 (10,5 %)

Из таблицы видно, что метод ЭМАТ–терапии является самым эффективным методом лечения дорсопатий шейно-грудного отдела позвоночника и значительно превосходит по эффективности стандартные физиотерапевтические методы.

Таким образом, можно сделать вывод, что все вышеперечисленные методы физиотерапии патогенетически обоснованы при дорсопатиях шейно-грудного отдела позвоночника и нашли свое место в разных стадиях и при разных симптомах данного заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЯЗЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Н.А. Левченкова

Осетровская больница – филиал № 3 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, г. Усть-Кут

Лечебные препараты, приготовленные на основе природных минеральных лечебных грязей, достаточно давно и эффективно используются в медицине. В отличие от классического грязелечения, которое с давних времен зарекомендовало себя как высокоэффективный метод лечения хронических заболеваний, использование грязевых препаратов является менее нагруженным, имеет меньше противопоказаний и поэтому может применяться более широко.

Вариантами таких лечебных препаратов являются: грязевой отжим лечебной грязи Усть-Кутского месторождения, который относится к высокоминерализованным природным растворам сульфидно-хлоридно-натриевого состава с повышенным содержанием органических веществ и минеральная вода для наружного применения.

Состав грязи: Радон 8-10 нанакюри на литр:

сол.грязи – 148 г на литр;

сероводород – 2040 объемных единиц;

микроэлементы – магний, йод, бром.

Грязевой отжим – это концентрированный раствор лечебной грязи, имеет вид прозрачной бесцветной жидкости без определенного запаха. Перед применением для слизистой оболочки полости рта разводится дистиллированной водой в соотношении 1:4.

Минеральная вода для наружного применения является крепкой сульфидной слабарадоновой рассольной хлоридно-натриевой: содержание сероводорода до 180 мг/л, радона до 14 нки/л, минерализация до 160 г/л, брома до 50 мг/л.

К примеру, курорты в Израиле, в частности на Мертвом море, содержат 200 г/литр NaCl, содержание сероводорода близко по составу к Магистинской воде (Сочи).

Грязевые препараты в практике применяются нами в течение 15 лет. Под наблюдением находились пациенты с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (артриты, остеоартрозы, болевой синдром дисфункции и контрактуры нижней челюсти), с заболеваниями тканей пародонта (гингивиты, пародонтиты, пародонтоз). При этом пациенты получали процедуры в виде аппликаций с грязевым отжимом или полосканий десен им в сочетании с минеральной водой в разведении 1:3 ежедневно. Применялась электротерапия в виде электрофореза с грязевым отжимом. В этом случае действует два фактора – лекарственный препарат и гальванический ток. В растворе, как и в тканевой жидкости, многие лекарственные вещества распадаются на ионы и в зависимости от их заряда вводятся при электрофорезе с того или иного электрода. Проникая при прохождении тока в толщину ткани под электродами, лекарственные вещества образуют так называемые «депо», из которых они медленно поступают в организм.

Введение лекарственных веществ методом электрофореза имеет ряд преимуществ по сравнению с обычными способами их использования:

1. Лекарственное вещество действует на фоне измененного под влиянием гальванического тока электрохимического режима клеток и тканей.
2. Лекарственное вещество поступает в виде ионов, что повышает его фармакологическую активность.
3. Образование «депо» увеличивает продолжительность действия лекарственного средства.
4. Высокая концентрация лекарственного вещества создается непосредственно в патологическом очаге.
5. Обеспечивается возможность одновременного введения нескольких лекарственных веществ.

Пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава электрофорез проводился в физиокабинете аппаратом «Поток-1», длительность воздействия 20 минут ежедневно. На курс лечения 10-15 процедур. Электро-

форез на десны проводился в стоматологическом кабинете аппаратом для стоматологического электрофореза. Плотность тока – 0,05-0,1 Ма/см, длительность воздействия 15 минут ежедневно или через день. На курс лечения 10 процедур. Грязевой отжим вводился с анода.

В результате лечения с использованием электрофореза у 32 % пациентов уже после 3-4 процедуры отмечали уменьшение болевого синдрома, при использовании аппликаций и орошений облегчение симптоматики отмечено к 5-7 процедуре. У 67 % больных получен положительный эффект к 10-й процедуре. В остальных случаях (1 %) потребовалось дополнительное лечение.

Выраженность болевого синдрома по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) уменьшилась в среднем на 85,6 %, увеличилась амплитуда движений за счет уменьшения мышечного тонуса, вызванного болевым синдромом. При заболеваниях полости рта отмечено уменьшение воспалительных реакций, кровоточивости десен.

Проведенные исследования показали хорошую переносимость процедур. При проведении электропроцедур выявлена хорошая электропроводность грязевого раствора, отсутствие побочных явлений в виде раздражения или аллергических реакций.

Полученные результаты использования грязевых препаратов из высокоминерализованных сульфидно-хлоридно-натриевых иловых грязей Усть-Кутского месторождения показали, что грязевые препараты обладают выраженным обезболивающим, противовоспалительным, рассасывающим и регенерирующим действием у больных с дегенеративно-дистрофическими и воспалительными заболеваниями суставов, при воспалительных заболеваниях полости рта.

Преимуществом применения грязевых препаратов из лечебной грязи является возможность применения их на более ранних стадиях, чем это обычно принято для классического грязелечения. Это обусловлено тем, что при использовании грязевых препаратов сохраняется действие химического фактора и снижается значение теплового и механического (компрессионного) факторов воздействия, что позволяет избежать обострения, сочетание с электротерапией способствует увеличению терапевтической эффективности при вышеуказанной патологии. Применение грязевых препаратов позволяет проводить процедуры в отделениях физиотерапии поликлиник, а также в стоматологическом кабинете.

Литература

1. Никитина Т.В. Пародонтоз / Т.В.Никитина. – М: «Медицина». 1982. – 258 с.
2. Рабухина Н.А. Патология височно-нижнечелюстных суставов / Н.А.Рабухина. - «Практическая медицина». 2011. – 168 с.

3. Ласкарис Дж. Атлас по пародонтологии. Проявления местных и системных поражений. / Дж. Ласкарис. 2005. – 350 с.
4. Каспарова Н.Н. Колесов А.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Н.Н. Каспарова, А.А. Колесов, Ю.И. Воробьев. – М: «Медицина», 1981. – 160 с.
5. Лукиных Л.М. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии / Л.М. Лукиных, О.А. Успенская. – НН «Учебное пособие». 2003. – 36 с.
6. Луцкая И.К. Болезни пародонта / И.К. Луцкая. – М: «Медицинская литература». 2010. – 256 с.
7. Ковалевский А.М. Лечение пародонтита / А.М. Ковалевский «Медицинское информационное агенство» 2010. – 160 с.
8. Пастухов О.Г. Шефтелович Т.К. Физиотерапия в стоматологии: метод, рекомендации / О.Г. Пастухов, Т.К. Шефтелович, Л.С. Ермошенко 2002. – 103 с.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ.

***А.П. Мищенко, Н.Б. Капустинская, Н.В. Березюк, А.А. Хегай,
О.И. Чепурнов, А.М. Трепольская, В.Н. Ковалев***

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

В хирургической детской оториноларингологии наиболее распространенными операциями являются вмешательства на лимфоаденоидном глоточном кольце [3]. Проблема выбора обезболивания при данных операциях окончательно не решена. В настоящее время подавляющее большинство этих операций выполняются под общей анестезией [1].

Общее обезболивание позволяет снять психоэмоциональное напряжение, чувство страха, двигательное беспокойство ребенка [4]. В время общей анестезии значительно облегчается работа хирурга. Минимизация операционного стресса обеспечивает щадящие условия для детей, страдающих сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой, нервной системы, бронхолегочной патологией, для которых избыточная активизация симпатoadреналовой системы может ухудшить общее состояние. Основные показатели гемодинамики у детей, оперированных под общим обезболиванием, отличаются большей стабильностью во время операции и быстрее приходят к исходному уровню после нее[2].

Наиболее перспективное направление связано с профилактическим принципом в лечении боли (preemptive analgesia), при этом важнейшая роль в профилактике снижения послеоперационного болевого синдрома принадлежит ненаркотическим агентам – анальгетикам периферического действия,

подавляющим зарождающееся болевое возбуждение (равно как и воспаление) у самых его истоков, т.е. на уровне болевых (ноцицептивных) рецепторов операционной раны. Сочетание опиодных и неопиодных анальгетиков дает мощную антиноцицептивную защиту, и обеспечивает так называемую мультимодальное обезболивание, так как препараты воздействуют на разные звенья механизма боли. С целью дополнительной антиноцицептивной защиты и последующего послеоперационного обезболивания в предоперационной палате всем пациентам вводился парацетамол ректально в виде свечей Цефекон в дозе 100 мг или 250 мг (в зависимости от возраста и веса).

Все пациенты во время индукции в анестезию получали атропина сульфат в дозе 0,005 мг/год жизни. Его назначение обусловлено ваголитическим, антисиагогенным, антиэмитическим действием, способностью предотвращать ларингоспазм и повышать тонус кардиального сфинктера желудка. Максимально бережное отношение к ребенку, позитивный психологический контакт с ребенком и родителями и быстрая безболезненная индукция современными галогенсодержащими анестетиками (севораном), позволили исключить внутримышечную премедикацию препаратами бензодиазепинового ряда (реланиум, дормикум), и обеспечить меньшую травматизацию ребенка [5].

Методика анестезии в условиях интубации трахеи состоит из следующих этапов:

1. Предоперационная подготовка пациента.
2. Индукция в анестезию.
3. Миоплегия, интубация трахеи и принудительная вентиляция легких.
4. Тампонирование ротоглотки, установка роторасширителя.
5. Поддержание анестезии на основном этапе.
6. Экстубация и перевод в послеоперационную палату.

Индукцию в анестезию у детей младшего возраста осуществляем севораном 6-8 об % на потоке 4,5 л/мин (закась азота:кислород = 2:1), у детей старшего возраста можно осуществить пункцию вены в сознании и тогда использовать для индукции пропофол 3 мг/кг. Интубацию трахеи осуществляли оротрахеальным способом после предварительной миоплегии деполаризующим миорелаксантом (листенон 2 мг/кг) и ручной преоксигенации посредством прямой ларингоскопии «южными» эндотрахеальными трубками, сверху на которые устанавливался роторасширитель. Таким образом, эндотрахеальная трубка плотно фиксировалась и отсутствовала в операционном поле хирурга, что исключало экстубацию или ее случайное повреждение. В дальнейшем можно выбрать либо принудительную вентиляцию легких и поддержание миоплегии антидеполяризующими миорелаксантами средней продолжительности действия (тракриум), либо спонтанное

дыхание пациента в условиях пульсоксиметрии и капнографии [6, 7]. Интраоперационная анальгезия поддерживалась введением фентанила в дозе 1-2 мкг/кг/час и введенным до операции ректально парацетамолом, то есть осуществлением мультимодальной анестезии (наркотические анальгетики + НПВС). Поддержание анестезии можно осуществлять двумя способами – ингаляционно севораном 2-2,5 об. % или внутривенно пропофолом 6-9 мг/кг/час. Каждая из методик имеет свои преимущества и недостатки. Восстановления мышечного тонуса отмечалось после отключения севорана на 3-5 мин. Однако при недостаточном обезболивании, часто отмечалось повышенное возбуждение и психомоторная активность. При использовании пропофола восстановление происходило чуть медленнее на 7-10 минуте, но не встречалось возбуждение у детей. Следует сказать, что к моменту пробуждения пациента после наркоза, после окончания действия не только общего анестетика, но опиоидного анальгетика, развивается острая гипералгезия. И важно именно в этот момент использовать базовую неопиоидную анальгезию. Это позволит избежать назначения опиоида в ранний послеоперационный период, когда важно активизировать дыхание и избегать аспирации крови из ротоглотки и гипоксии и предупредить послеоперационное возбуждение.

В послеоперационном периоде для обезбоживания использовались ректальные свечи с парацетамолом (Цефекон) в суточной дозе 25-40 мг/кг разделенной на 4 приема.

Схему анестезии можно выбрать любую и провести анестезию адекватно травматичности оперативного вмешательства, но хирургу будет удобнее если:

1. Обзор операционного поля хороший.
2. Не будет осложнений в послеоперационном периоде, связанных с анестезией (рвота, возбуждение, подъем артериального давления, аспирация, гипоксия).
3. Кровоточивость из операционной раны минимальная.
4. Небольшая длительность периода пробуждения (т.е. пропускная способность операционного стола выше).

Таким образом адекватная анестезиологическая защита в детской оперативной оториноларингологии складывается из многих компонентов: адекватная психологическая подготовка, быстрая безболезненная индукция, мультимодальное периоперационное обезбоживание (наркотические анальгетики + НПВС), использование южных интубационных трубок (удобство работы хирурга, хорошая фиксация трубки, минимизирован риск экстубации и повреждения трубки), адекватное поддержание анестезии, быстрое спокойное пробуждение.

Литература

1. Коломенский Е.Е., Зингер В.Г. Анестезия при аденомотомиях и аденотонзиллотомиях у детей. Материалы седьмого всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов. – М., 2000. – С. 25
2. Методические рекомендации для врачей оториноларингологов под ред. Солтанова И.Б. Тонзиллэктомия и аденотомия под общим обезболиванием у детей и послеоперационная реабилитация. – Куйбышев: «Волжская коммуна». – 1981. – 15 с.
3. Мишунин Ю.В., Каманин Е.И., Ерохов С.А. и др. Комбинированная премедикация при аденомотомиях у детей //Анестезиология и реаниматология. – 2003. – № 1. – С. 60-62.
4. Пивоваров С.А., Шеврыгин Б.В., Миленин В.В. и др. Особенности анестезиологического пособия при аденотонзиллэктомиях у детей.//Анестезиология и реаниматология. – 1999. – № 4. – С. 59-61.
5. Monoyama, Peter J. Davis Anaesthesia for Infant and Children. – 2006.
6. Stow P.J., White J.B. Anaesthesia for pediatric tonsillectomy / Compression of spontaneous ventilation and intermittent positive pressure ventilation // Br.J. Anaesth. – 1987. – Vol 59(4). – P. 419-23
7. Valentin N., Lomholt B., Thorup M., Halothane anaesthesia with spontaneous respiration for tonsillectomy in children.//Acta Anaesthesiol Scan. – 1982. – Vol. 26(1). – P. 53-5

ВЗАИМОСВЯЗЬ АНОМАЛИЙ АРХИТЕКТониКИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ДАННЫМ ФАРМАКОДОПЛЕРОГРАФИИ

И.Н. Печурина, А.А. Еркович, Н.И. Голубовская

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

В настоящее время среди наиболее значимых этиопатогенетических механизмов развития эректильной дисфункции (ЭД) рассматривают изменения артериального русла. Которые развиваются вследствие воздействия различных факторов: дислипидемия с исходом в атеросклероз пенильных артерий, никотиновая зависимость, андрогенодефицит, нейрогенные расстройства. Патогенетически это проявляется в изменениях артериальной стенки в виде спазма гладкой мускулатуры, стойкого сужения внутреннего диаметра артерий на фоне атеросклеротических изменений артериальной стенки. Что приводит к временному или стойкому снижению артериального притока иногда с вторичными изменениями со стороны венокклюзивного механиз-

**Варианты строения артериального русла
с гемодинамически значимым снижением кровотока**

Вариант аномалии	Пациенты с артериальной или артериовенозной формой ЭД (всего 711 человек)		Пациенты с врожденной эректильной деформацией полового члена (всего 41 человек)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствие одной из дорзальных артерий	62	12	8	23,5
Вариант отхождения одной из дорзальных артерий из другой с уменьшением диаметра дочерней артерии	108	20,9	10	29,4
Вариант отхождения одной из кавернозных артерий из дорзальной с уменьшением ее диаметра	134	25,9	7	20,6
Наличие гемодинамически значимых межкавернозных перфорантов с наличием «обкрадывания донорской артерии»	72	13,9	4	11,8
Итого выявлено аномалий по группе:	517	71,7	34	82,9

ма. При фармакодупплерографическом исследовании это проявляется сужением внутреннего диаметра кавернозных и/или дорзальных артерий, утолщению, усилению эхоструктуры их стенки, снижению скорости кровотока по артериям в фазу тумесценции, увеличению индекса резистентности. За 2004-2013 г. нами наблюдались 711 пациентов с артериальной и артериовенозной формой ЭД и 41 пациент с врожденной эректильной деформацией полового члена. Всем пациентам до лечения проведена фармакодупплерография полового члена. Кроме вторичных изменений артериальной стенки были выявлены различные варианты строения артериального русла с гемодинамически значимым снижением кровотока (табл.).

Как видно из таблицы, гемодинамически значимые отклонения в развитии артериального русла встречаются в 71,7 % у пациентов с артериальной и артериовенозной формой ЭД и в 82,9 % у пациентов с врожденной эректильной деформацией. Данные были подтверждены интраоперационно. Причем аномалии строения дорзальных артерий чаще встречаются у пациентов с

врожденной эректильной деформацией. Высокий процент сосудистых аномалий у пациентов с врожденной эректильной деформацией полового члена доказывает системность этого проявления и сопряженность с дефектами развития белочной оболочки полового члена.

Заключение. Наличие «асимметричного» артериального кровотока делает таких мужчин более чувствительными к этиологическим аспектам развития ЭД, провоцируя раннее начало и более тяжелый вариант течения ЭД.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

Е.П. Роголева, И.С. Гаек

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Фотодинамическая терапия (ФДТ) представляет собой метод локальной активации светом накопившегося в опухоли фотосенсибилизатора, что в присутствии кислорода тканей приводит к развитию фотохимической реакции, разрушающей опухолевые клетки.

В 2012 году исполнилось 20 лет со времени разработки и практического применения ФДТ России. Инициатором разработки метода ФДТ в масштабах СССР был директор Института лазерной хирургии Минздрава СССР (ныне ГНЦ лазерной медицины ФМБА России), член-корр. РАМН, проф. О.К. Скобелкин. Официальным признанием достижений по разработке методов ФДТ и флуоресцентной диагностики в России служит присуждение в 2011 году группе ведущих онкологов страны премии Правительства РФ в области науки и техники. [1]

Одним из преимуществ метода является селективность фотодеструкции опухолевой ткани, которая достигается опухолетропностью фотосенсибилизаторов и направленным потоком лазерного излучения при оптимальных дозах света и препарата. [2]

В эндоскопическом отделении Центра за 15 месяцев (начиная с июля 2012 по сентябрь 2013 года) был проведен 21 сеанс фотодинамической терапии. Возрастная группа составила от 28 до 73 лет. При этом мужчин было 15, женщин – 6. Патология, при которой проводилась ФДТ представлена в таблице 1.

У некоторых пациентов сеансы проводились дважды:

1. Пациент с ранним раком на фоне пищевода Барретта.
2. Больной раком тела желудка.
3. Пациентка с семейным полипозом толстой кишки.

Количество сеансов у пациентов с различной патологией

Патология	Пищевод Барретта	Рак желудка	Рак пище- вода	Рак легких	Семейный полипоз
Количество сеансов	7	7	2	3	2

У пациента с пищеводом Барретта, которому дважды проводились сеансы лазерного облучения, при гистологическом исследовании первоначально была обнаружена дисплазия высокой степени и ранний рак (аденокарцинома) на фоне пищевода Барретта. Учитывая глубину инвазии на уровне слизистой оболочки, было принято решение обойтись без радикального вмешательства. Ему было проведено 2 сеанса ФДТ цилиндрическим диффузором длиной 1,0 см с интервалом 3 недели на фоне постоянного приема ингибиторов протонной помпы в дозе 40 мг в сутки. В качестве фотосенсибилизатора использовался отечественный препарат **радахлорин** из расчета 1,0 мг/кг, введенный за 3 часа до проведения сеанса. Длина волны лазерного излучения 662 нм, световая доза поглощенной энергии составляла 300 Дж/см². При контрольной биопсии через 4 недели после повторного сеанса эпителий покровный-цилиндрический с участками **умеренно выраженной дисплазии**, неравномерно выраженной гиперхромией ядер, умеренным их полиморфизмом. Говорить о полном замещении метаплазированного эпителия сквамозным эпителием слишком рано, требуется постоянный динамический контроль на протяжении длительного времени, но при этом наступила полная регрессия аденокарциномы. У остальных пациентов с пищеводами Барретта еще не подошло время для проведения динамического контроля и о каких-либо результатах говорить рано.

Еще у одного пациента с аденогенным раком тела желудка также дважды проводились сеансы лазерного облучения. Выбор методики лечения был обусловлен неоперабельностью опухоли и выбором самого пациента. При первоначальном осмотре был выявлен обширный участок пораженный опухолью с глубоким изъязвлением на большой кривизне, с выраженной инфильтрацией окружающей слизистой распространяющейся на переднюю стенку тела желудка. При проведении ФДТ использовался сферический диффузор, весь пораженный участок был разделен на несколько полей с перекрывающимися световыми пятнами. Облучение проводилось из расчета 250 Дж/см² поглощенной световой энергии. Само дно изъязвления не облучалось из-за риска осложнения перфорацией стенки желудка. При контрольном осмотре через 4 недели заметно снизилась инфильтра-

ция стенок желудка, дно изъязвления очистилось от фибрина, образование визуально уменьшилось в размере с 6,0 см до 4,0 см. Еще через 4 недели (после очередного курса химиотерапии) был проведен повторный сеанс ФДТ.

У пациентки с семейным полипозом выбор пал на проведение ФДТ из-за тяжести заболевания. До сеансов лазерного облучения ей была выполнена правосторонняя гемиколонэктомия. Сеанс на оставшейся части толстой кишки проводился в 2 этапа с промежутком в 3 недели. Однако провести анализ успешности данного метода лечения не представляется возможным, поскольку одним из недостатков фотодинамической терапии остается отсроченная оценка результатов лечения, которую объективно можно провести самое раннее только через 3-4 недели после сеанса ФДТ.

Во всех случаях использовался препарат радахлорин, вводимый внутривенно за 3 часа до сеанса. В качестве лазерного генератора был аппарат «Лахта-Милон». Каких-либо осложнений ни в одном случае не было зарегистрировано.

Таким образом, ФДТ является безопасным и эффективным методом паллиативного лечения. Как показывает проведенное исследование, у ФДТ сохраняется большой потенциал для применения у больных с ранним раком и может быть альтернативой хирургическому лечению. Однако в настоящий момент у большинства пациентов он еще не стал методом выбора. При пищеводном раке оправдано использование ФДТ у больных с дисплазией либо с раком пищевода на фоне пищевода Барретта.

Определенную сложность для равномерного распределения света представляют перистальтика и форма просвета пищевода и желудка.[3]

Литература:

1. Странадко Е.Ф. Основные этапы развития и современное состояние фотодинамической терапии в России / Е.Ф. Странадко // Лазерная медицина – 2012. – Т. 16(2).
2. Белова Г.В. Методы высокоэнергетического воздействия на структуры стенки органов пищеварительного тракта с точки зрения доказательной медицины / Г.В. Белова, В.В. Соколов, А.А. Будзинский // Клиническая эндоскопия – 2008. № 3(16).
3. Дуванский В.А. Фотодинамическая терапия в гастроинтестинальной эндоскопии / В.А. Дуванский, М.В. Князев, П.В. Праведников // Клиническая эндоскопия – 2012 – № 4(38).

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РЕПРОДУКТИВНЫХ НЕУДАЧ

*О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков, Н.В. Шангурова, К.А. Самойлова,
О.А. Ортнер, Ю.В. Шоркин, М.В. Серякова*

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Древняя мудрость гласит: «Пища, которую съел человек, впоследствии съедает его самого!». Существует много народных пословиц и поговорок, которые оправдывают пристрастие человека к еде: «Худая девка – больная девка», «Хорошего человека должно быть много». А такие фразы, как «Я сыт этим по горло», «Меня тошнит от этого», известны всем. Проблемой избыточного веса и ожирения последние годы все больше занимаются врачи-психотерапевты, а нарушение пищевого поведения вместе с алкогольной зависимостью и наркоманией, признано химической (пищевой) зависимостью, и называется пищеволизмом [1, 2].

Ожирение – это хроническое многофакторное заболевание, характеризующееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее осложнения и высокую вероятность рецидива после курса лечения. Результаты ряда эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в Европе число пациентов с ожирением в популяции составляет около 30 %, а с избыточной массой тела – около 25 %. Аналогичные показатели зарегистрированы и в России, причем растет число людей с данной патологией репродуктивного и трудоспособного возраста [3]. Доказана взаимосвязь ожирения и нарушений менструальной и репродуктивной функции: повышение риска аменореи, олигоменореи, меноррагии, повышение риска ановуляции и бесплодия [4, 5]. В результате проведенных европейскими учеными исследований выяснено, что при повышении индекса массы тела (ИМТ) более 29 кг/м², возможность забеременеть снижается на 4 % по сравнению с теми женщинами, чей ИМТ находится в пределах 21-29 кг/м². Для тех пациенток, которые страдают от ожирения (ИМТ составляет 30-40 единиц), вероятность забеременеть без дополнительно медицинского вмешательства снижается на 26 %, а в более тяжелых случаях – на 43 % [6, 7].

Проблема ожирения в РФ и в мире в целом давно занимает одно из ведущих мест как фактор риска многих соматических заболеваний, оказывает неблагоприятное влияние на фертильность.

Учитывая вышеизложенное, **целью исследования** явилось изучение влияния избыточной массы тела и ожирения на течение и исходы беременности и родов для матери и плода.

Материал и методы. Были изучены особенности течения беременности и родов (проходивших в учреждениях здравоохранения г. Новосибирска и Новосибирской области) у женщин, находившихся на стационарном лечении в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, по поводу самопроизвольного угрожающего аборта, начавшегося самопроизвольного выкидыша от 5 до 22 недель за период 2011-2013 гг. Пациенты были распределены по следующим группам: 1 группу составили 50 беременных женщин с избыточной массой тела и ожирением, 2 группа состояла из 50 беременных женщин с нормальными росто-весовыми показателями (далее – РВП). РВП считался по массе тела пациента до беременности. Всем женщинам проводилась комплексная беременность сохраняющая терапия (спазмолитическая, антиоксидантная, седативная терапия, витаминотерапия). Полученные результаты были обработаны с использованием современного пакета прикладных программ статистического анализа.

Результаты и обсуждение. Возраст пациенток в 1 группе колебался от 20 до 39 лет, и в среднем составил $28,3 \pm 0,64$ года. Во 2 группе 22-37 лет, в среднем $30,4 \pm 0,51$ года, соответственно. В 1 группе в зависимости от ИМТ беременные женщины распределились следующим образом: с избыточной массой тела (ИМТ = 26,0-27,9) 22 женщины (44 %), с ожирением 1 степени – 20 женщин (40 %), с ожирением 2 степени – 6 женщин (12 %), с 3-ей степенью ожирения – 2 женщины (4 %). Во 2 группе 48 (96 %) женщин имели нормальные росто-весовые показатели (ИМТ=20,0-24,9), а 2 (4 %) пациентки – с дефицитом массы тела (ИМТ менее 18,5).

В анамнезе пациенток обеих групп с наибольшей частотой среди соматической патологии встречались заболевания верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Среди заболеваний верхних дыхательных путей лидирующее место занимал хронический тонзиллит. Причем в 1 группе эта нозология встречалась у 11 (22 %) женщин, а во 2 группе лишь у 1 (2 %) пациентки. Сравнивая пациенток обеих групп по наличию в анамнезе хронического бронхита, оказалось, что в 1 группе 8 женщин (16 %) страдали хроническим бронхитом, а во второй – 4 (2 %). Хронический гастрит встречался в 1 группе у 6 (12 %), а во второй группе – у 4 пациенток (8 %).

Среди гинекологических заболеваний в обеих группах наиболее часто встречались хроническая урогенитальная инфекция – у 6 (12 %) женщин 1 группы и у 5 (10 %) – из 2 группы, кандидозный вагинит у 8 (16 %) женщин 1 группы и у 6 (12 %) пациенток 2 группы, и бактериальный вагиноз обнаруживался у 3 (6 %) женщин из 1 группы и у 2 (4 %) женщин 2 группы.

Обращают на себя внимание данные по наличию гормонозависимых пролиферативных заболеваний у женщин с избыточной массой тела: эктропион шейки матки наблюдался у 34 (68 %) пациенток, эндоцервикоз – у 20

(40 %), в 9 (18 %) случаях встречалась миома тела матки и 5 (10 %) женщин имели эндометриоз в анамнезе. В сравнении с пациентками 2 группы: эктропион шейки матки встречался у 16 (32 %) женщин, не было зарегистрировано ни одного случая эндоцервикоза, у 1 (2 %) женщины в анамнезе была обнаружена миома тела матки, и у 1 (2 %) – эндометриоз. В анамнезе у пациенток 1 группы с избыточным весом и ожирением наблюдались нарушение овариально-менструального цикла по типу гиперполименореи и бесплодие у 10 (20 %) женщин, а у пациенток 2 группы гиперполименорея и бесплодие имели место только в 3 (6 %) случаях.

Жировая ткань является источником продукции биологически активных веществ, гормонов, провоспалительных цитокинов, что приводит к снижению функции иммунной системы, проявлявшихся частыми явлениями ОРВИ, обострения хронических воспалительных процессов бактериальной этиологии, нарушениям гормонального гомеостаза у женщин с избыточной массой тела.

Путем ретроспективного анализа исходы беременности в группах распределились следующим образом: в 1 группе у 34 (68 %) женщин беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, выносили беременность 16 (32 %) женщин; во 2 группе у 20 (40 %) пациенток беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, выносили беременность 30 (60 %) женщин. У женщин 1 группы в 30 (60 %) случаях беременность прервалась в сроке до 12 недель, у 4 (8 %) женщин случились поздние выкидыши. Наиболее частой причиной прерывания беременности в первом триместре у женщин 1 группы было нарушение гормонального гомеостаза, наличие нейро-обменно-эндокринного синдрома, на фоне которого происходило развитие беременности, недостаточность функции яичников и ожирение II-III степени. Самопроизвольные выкидыши во втором триместре беременности у женщин 1 группы происходили при наличии сопутствующей хронической урогенитальной инфекции, миомы тела матки, эндометриоза. Во 2 группе выкидыши произошли в раннем сроке у 18 (36 %) женщин, в позднем – у 2 (4 %) женщин. Причиной самопроизвольного выкидыша в первом триместре беременности у пациенток с нормальными росто-весовыми показателями чаще всего являлось наличие хронического эндометрита и функциональной недостаточности эндометрия, а также хромосомные аномалии развития плода у первобеременных. Во втором триместре причиной прерывания беременности в одном случае послужила истмико-цервикальная недостаточность, а в другом – преждевременная отслойка низко расположенной плаценты и наличие хронической урогенитальной инфекции у женщины.

Из 16 (32 %) пациенток 1 группы, выносивших беременность, течение настоящей беременности во 2-3 триместрах осложнилось отечным вариан-

том гестоза легкой степени тяжести у 2 (4 %) женщин, сочетанный гестоз средней степени тяжести наблюдался у 15 (30 %) пациенток, и у 1 (2 %) женщины роды осложнились преэклампсией на фоне сочетанного длительнотекущего гестоза отечно-гипертензионного варианта. У 30 (60 %) пациенток 2 группы, которые доносили беременность до срока, гестоз легкой степени тяжести встречался в 14 (28 %) случаях, сочетанный длительнотекущий гестоз средней степени тяжести наблюдался у 12 (24 %) женщин, случаев тяжелого течения гестоза во 2 группе не было.

Самопроизвольные срочные роды произошли у 4 (8 %) женщин 1 группы, причем у 2 (4 %) из них осложнились разрывом шейки матки 1-2 степени, 12 (24 %) женщин родили путем операции кесарева сечения. Причем преждевременные роды наблюдались только у женщин 1 группы в 3 (6 %) случаях. Пациентки 2 группы в 20 (40 %) случаях родили самопроизвольно и в срок, а оперативные роды были у 10 (20 %) женщин.

Заключение. Таким образом, сравнивая результаты проведенного обследования, можно сделать выводы, что у пациенток с ожирением в 3,3 раза чаще наблюдались нарушение овариально-менструального цикла и бесплодие в анамнезе, в полтора раза более произошло самопроизвольных выкидышей, чем у женщин с нормальными ростовыми показателями. Осложнения в течение беременности наблюдались практически у всех женщин с ожирением, оперативные роды в этой же группе составили 75 %.

Следовательно, программы, направленные на снижение массы тела и повышение физической активности женщин фертильного возраста, способствуют снижению количества репродуктивных неудач, улучшают прогноз родов для матери и плода, уменьшают экономические затраты на ведение беременности и родов, позволяя высвободить большие суммы на лечение и профилактику осложнений беременности, вызванных некорректируемыми причинами.

Литература

1. Andersen A.E. Progress in eating disorder research. 2001; 158 (4): 570-8.
2. Вознесенская Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М. – 2001. – № 12. – С. 19-24.
3. Sheidell JS. The worldwide epidemic of obesity. In: Progress in obesity research. 8th International congress on obesity. B. Guy-Grand, G. Ailband, eds. London: John Libbey and Company Lid 1999; 661-8.
4. Прилепская В.Н., Гогаева Е.В. Ожирение у женщин в различные возрастные периоды, «Гинекология» журнал для практических врачей, Издательство Media Medica, Том 4 – № 1 – 2002.

5. Светлаков АВ., Яманова М.В., Михалова Н.А., Филиппов О.С., Особенности гормонального статуса у женщин с абдоминально-висцеральным ожирением. Пробл. репрод. 2001, 3: 16-18 с.

6. Hollmann M., Runnebaum B., Gerhard I. Effects of weight loss on the hormonal profile in obese infertile women. Human reproduction. 1996, vol. 11, № 9, pp. 1884-1891.

7. Gesink Law D.C., Maclehorse R.F., Longnecker M.P. Obesity and time to pregnancy. 2007, vol. 22, № 2, pp. 414-420.

СИНДРОМ ДИССОЦИАЦИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Д.В. Сазонов¹, Н.А. Малкова^{1,2}

¹ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

²ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Рассеянный склероз (РС) – прогрессирующее аутоиммунное заболевание нервной системы, в основе патогенеза которого лежит хронический процесс воспалительной демиелинизации и нейродегенерации в центральной нервной системе, проявляющееся вариабельной неврологической симптоматикой. Обычно заболевание начинается в молодом возрасте и практически неизбежно ведет к инвалидизации. Выключение в связи с этим большого числа трудоспособных людей из активной жизни, большие расходы на диагностику, лечение, реабилитацию и социальную помощь делают проблему РС социально и экономически значимой.

В литературе, посвящённой РС, достаточно давно встречается термин «клиническая диссоциация», подразумевающий несоответствие выраженности различных проявлений РС. Существует два варианта чисто клинических диссоциаций при РС. Во-первых, в то время как одна система может быть поражена очень значительно – другие могут оставаться практически не затронутыми и сохранными. Во-вторых, может наблюдаться диссоциация выраженности симптомов поражения внутри одной системы, что может быть обусловлено как неодинаковой вовлечённостью различных её структур в патологический процесс, так и опосредованным влиянием со стороны других систем.

Как пример первого варианта можно привести различные клинические проявления поражения зрительного нерва при РС. Так, при наличии клинически выраженного оптического неврита с существенным снижением зрения могут не обнаруживаться какие-либо изменения глазного дна и не выявляться дефекты при периметрии. Так же и наоборот, существенные изменения глазного дна, ограничение полей зрения и наличие скотомы или нескольких скотом могут выявляться при нормальной остроте зрения.

Второй вариант описан ещё в первых руководствах по диагностике РС и проявляется при одновременном поражении пирамидной и экстрапирамидной систем. В этом случае в клинической картине может выявляться выраженная мышечная дистония. При этом поражение пирамидной системы приводит к развитию классического центрального пареза с выраженной гиперрефлексией вплоть до клонусов, патологическими пирамидными знаками. В то же время, одновременное вовлечение в процесс мозжечка и его проводящий путей приводит к тому, что характерное для всех центральных парезов повышение мышечного тонуса не развивается. Наоборот, для этого случая характерна выраженная гипотония из-за поражения проводников глубокой чувствительности и/или мозжечка.

Ещё одним вариантом диссоциаций при РС можно обнаружить при исследовании когнитивной функции пациентов с РС. Этот феномен привлекает большое внимание исследователей в последние годы в связи с широким внедрением в клиническую практику простых в применении и высокоинформативных когнитивных тестов. Известна тесная связь прогрессирования когнитивного дефицита с нарастанием аксональной дегенерации и накоплением неврологического дефицита при РС. Однако если снижение интеллекта связано с причинами, не имеющими прямого отношения к РС (сопутствующие психические заболевания и т.п.) у ряда пациентов может наблюдаться феномен обратного развития некоторых неврологических симптомов. Дана ситуация на настоящее время практически не изучена и на взгляд многих исследователей заслуживает специального внимания.

Тем не менее, не смотря на всю важность клинических диссоциаций, на настоящий момент наиболее актуальным является другой вариант диссоциаций – клиничко-томографические. В настоящее время в связи с доступностью высокоэффективных препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС) весьма остро встаёт вопрос максимально ранней диагностики РС для как можно более раннего назначения адекватной терапии. В то же время, на ранних стадиях РС клиническая и томографическая картина заболевания может быть достаточно далёкой от «классической», наиболее характерной для развёрнутых стадий, что значительно осложняет диагностику заболевания и в ряде случаев может приводить как к гипо-, так и к гипердиагностике.

В связи с тем, что основным методом диагностики помимо клинического анализа течения заболевания на сегодня является магнитно-резонансная томография (МРТ), большое внимание уделяется корреляциям клинической и томографической картины РС у каждого конкретного пациента. Характерная для РС томографическая картина многократно описана в литературе и подразумевает наличие в головном и спинном мозге множественных (более 10) округлых или овальных очагов демиелинизации среднего размера, ло-

кализирующихся в характерных зонах (перивентрикулярно, субкортикально, в мозолистом теле). Как правило, выраженность воспалительного и нейродегенеративного процесса с ЦНС, отображающаяся на МРТ имеет довольно сильные корреляции с клиническими проявлениями заболевания. Так, для распространённого демиелинизирующего процесса в сочетании с выраженной аксональной дегенерацией, наличием множественных крупных, сливающихся очагов в клинической картине характерно наличие тяжёлого поражения практически всех систем: пирамидной, мозжечковой, чувствительной, тазовых органов. И наоборот – строго локализованный, не распространённый демиелинизирующий процесс, отсутствие ярких признаков нейродегенерации наблюдаются у больных в дебюте заболевания, при наличии благоприятного течения РС, на фоне адекватной терапии.

Тем не менее, в клинической практике довольно часто встречаются случаи, «не укладывающиеся» в рамки представлений о характерном клиническом и томографическом течении РС. Помимо диагностически сложных случаев с нехарактерной для РС томографической картиной в виде очагов демиелинизации необычной формы и локализации, наличием в клинической картине не свойственных РС симптомов, встречаются и такие, при которых можно обнаружить выраженное несоответствие выраженности тяжести течения заболевания в клиническом и томографическом аспекте. Такие случаи принято называть клинико-томографическими диссоциациями (КТД).

Данная ситуация может быть выражена равновозможно в обе стороны. В ряде случаев при обследовании больного с грубым неврологическим дефицитом, неуклонно-прогрессирующим течением заболевания могут обнаруживаться лишь немногочисленные некрупные очаги демиелинизации на МРТ. Не менее вероятна и обратная ситуация: у клинически абсолютно стабильного пациента с минимальным неврологическим дефицитом на МРТ могут выявляться крупные, множественные, сливные очаги с признаками высокой воспалительной активности и/или признаки грубого нейродегенеративного процесса.

Обе ситуации являются весьма сложными в диагностическом плане, поскольку вызывают сомнения в правильности установленного диагноза и пересмотре перспектив дальнейшего течения заболевания, а также в плане выбора дальнейшей терапии РС у данного конкретного пациента.

Материалы и методы

Был проведён анализ клинических наблюдений пациентов, состоящих на учёте в Новосибирском Центре РС с целью выявления случаев клинико-томографических диссоциаций. Все пациенты проходили МРТ-исследование на томографах с напряжённостью магнитного поля 1,5 Тес-

ла с контрастированием с записью результатов на цифровые носители для дальнейшего анализа.

Результаты и обсуждение

Как уже упоминалось выше, можно выделить два основных варианта среди всех случаев клинико-томографических диссоциаций при РС: наличие благоприятной МРТ-картины у пациентов с тяжёлым неврологическим дефицитом и «обратный» вариант – выраженный демиелинизирующий и нейродегенеративный процессы у клинически практически полностью пациентов. Эти «полярные» варианты значительно отличаются друг от друга, что требует их отдельного рассмотрения.

Клинико-томографическая диссоциация с преобладанием неврологического дефицита

Такой вариант КТД наиболее часто встречается при прогрессирующих формах заболевания, особенно – при первично-прогрессирующем РС. Причина данного явления – в преобладании процессов нейродегенерации на фоне умеренной или даже малой выраженности демиелинизации. В связи с тем, что данные формы РС достаточно сложны для ранней диагностики, такие пациенты могут длительное время оставаться без диагноза и не получать адекватной терапии, что приводит к ещё большему нарастанию неврологического дефицита и усугублению диссоциации между выраженностью клинических проявлений и поражения на МРТ. Эти случаи являются «классическими» ситуациями для дифференциальной диагностики методом исключения. Помимо привлечения всех возможных методов лабораторной диагностики (в первую очередь – исследования ликвора на наличие характерных олигоклональных полос) необходимо исключение наличия у пациента всех возможных патологий ЦНС со сходной клинической картиной. На первом месте в дифференциальном диагнозе этого варианта КТД стоят первично нейродегенеративные заболевания, которые могут сопровождаться наличием в головном и/или спинном мозге очагов с признаками демиелинизации, в том числе – сопутствующими (как следствие хронической ишемии головного мозга и т.п.). Также следует проводить тщательный скрининг нейроинфекций с хроническим течением, и прежде всего – нейроборрелиоза, для которого также характерно наличие выраженного неврологического дефицита с умеренным или даже малым количеством очагов демиелинизации. Помимо собственно серологической диагностики нейроинфекций в данной ситуации помогает выявление характерно «инфекционного» анамнеза: наличие укуса клеща, общеинфекционный синдром, мигрирующая эритема и т.д. Помимо этого имеет смысл более детальное МРТ-обследование пациента, поскольку стандартное «скрининговое» МРТ только головного мозга, как правило, не даёт полной картины выраженности и распространённости

демиелинизирующего процесса в ЦНС. Актуально проведение МРТ шейного отдела спинного мозга, где в таких случаях достаточно часто выявляются очаги демиелинизации размером даже крупнее церебральных. Кроме того, при наличии характерной клинической картины («спинальная» симптоматика) рекомендовано проведение исследования также грудного отдела спинного мозга.

Клинический случай № 1

Пациентка БЕС, 40 лет.

Пациентка обратилась к неврологу районной поликлиники с жалобами на слабость в ногах, шаткость при ходьбе, головокружение, двоение в глазах, нарушения функции тазовых органов (императивные позывы, недержание мочи). Данные симптомы прогрессивно нарастали в течение 2,5 лет. В анамнезе у пациентки – оптический неврит в 2005 году, эпизоды двоения в глазах, онемения конечностей в 2006-2009 годах. Ранее к врачам по этому поводу не обращалась. С предварительным диагнозом «РС» пациентка направлена на МРТ головного мозга и на консультацию в Центр РС.

На МРТ: определяются единичные мелкие очаги демиелинизации в больших полушариях, стволе головного мозга и несколько более крупных очагов в шейном отделе спинного мозга (рис. 1).

Проведён серологический скрининг, исключены диагнозы нейроинфекций, ревматических васкулитов, системных заболеваний соединительной ткани. Пациентке проведён курс противорецидивной терапии (метилпреднизолон №5) со слабopоложительным эффектом, назначена терапия ПИТРС препаратом бета-интерферона, рассматривается вопрос о назначении иммуносупрессантов.

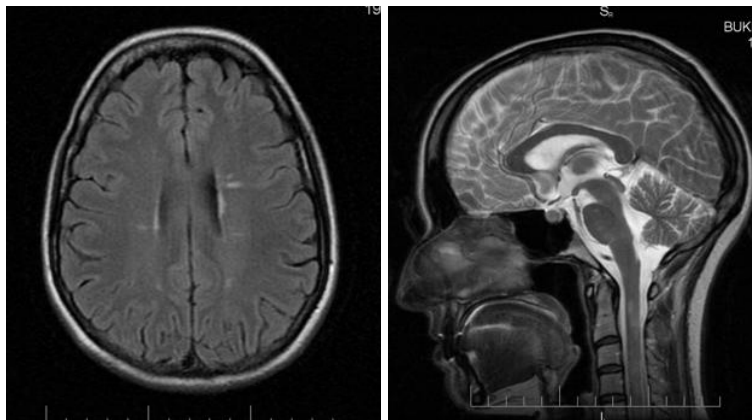


Рис. 1. МРТ исследование пациентки БЕС, 40 лет.

Клинико-томографическая диссоциация с преобладанием поражения на МРТ

Данный вариант КТД наиболее часто выявляется в дебюте РС, при начальной диагностике, а также в случаях благоприятного течения заболевания при проведении планового МРТ. Патогенетическая основа феномена этой КТД заключается в двух основных моментах. Во-первых, большую роль играет локализация очагов: известно, что даже очень крупные очаги, локализованные в функционально «немых» зонах головного мозга могут оставаться абсолютно бессимптомными по той лишь причине, что не затрагивают никакие проводящие пути и структуры ЦНС. Во-вторых, важным является факт активности самого очага – «спокойный», частично ремиелинизированный очаг может также не проявлять себя клинически по причине как частичного восстановления функций данной области за счёт ремиелинизации, так и за счёт «включения» компенсаторных возможностей ЦНС.

Кроме того, в условиях повышения доступности МРТ-исследования в современной неврологической практике, частота встречаемости этого варианта КТД значительно увеличилась. В ряде клиник МРТ-исследование, по сути, становится скрининговой процедурой и широко используется при многих неврологических заболеваниях вплоть до головных болей напряжения и сотрясения головного мозга с целью ранней диагностики более серьёзной патологии. Соответственно, увеличивается количество случаев обнаружения как малосимптомных, так и «молчащих» очагов на МРТ.

Можно выделить два подварианта этой КТД: первый – с наличием нескольких крупных вплоть до опухолевидных очагов и второй – с наличием очагов среднего и мелкого размера, но количеством, значительно превышающим характерное.

Второй подвариант более актуален в дифференциальной диагностике с ОРЭМ и некоторыми нейроинфекциями. В дифференциальной диагностике КТД с преобладанием поражения на МРТ наиболее актуален вопрос острого рассеянного энцефаломиелита (ОРЭМ). Для ОРЭМ также характерно наличие крупных, множественных, часто – сливных и высокоактивных очагов демиелинизации на МРТ. Однако клинические проявления могут варьировать у каждого конкретного пациента в довольно широких пределах: от выраженного неврологического дефицита с общемозговыми проявлениями (вплоть до нарушений сознания) до минимальной симптоматики. Ключевым моментом в дифференциальной диагностике ОРЭМ и данного варианта КТД при РС является детальное рассмотрение анамнеза заболевания: для ОРЭМ характерно наличие в анамнезе предшествующих инфекций, вакцинаций, острое или острейшее начало, часто – с общемозговых и психических проявлений.

Однако более актуальным в клинической практике представляется первый случай, поскольку именно он наиболее часто приводит к постановке ошибочного диагноза и выбору неправильной тактики ведения пациента. Обнаружение одного или немногих крупных, часто накапливающих контраст, иногда – с масс-эффектом очагов нередко побуждает неврологов и радиологов (которые в существующей реальности часто выполняют роль врачей-диагностов первого уровня) направлять таких пациентов к нейрохирургам с подозрением на опухолевый процесс в ЦНС. К сожалению, нередко данные ситуации заканчиваются проведением необоснованных оперативных вмешательств у таких пациентов, что мы несколько раз встречали в нашей практике.

Рассмотрим ещё два клинических случая, демонстрирующих этот вариант КТД.

Клинический случай № 2.

Пациентка КЕС, 24 года.

Пациентка обратилась к неврологу районной поликлиники с жалобами на лёгкое онемение в правых конечностях, беспокоящее в течение месяца. С предварительным диагнозом «Остеохондроз шейного отдела позвоночника» пациентка направлена на МРТ шейного отдела позвоночника и головного мозга.

На МРТ: определяются множественные мелкие очаги демиелинизации в больших полушариях и мозолистом теле и один крупный опухолевидный в левой теменно-затылочной области с накоплением контрастного вещества.

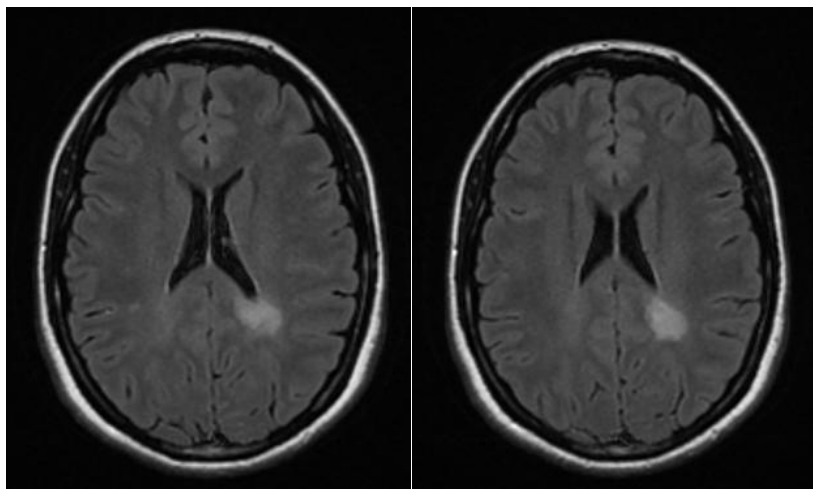


Рис. 2. МРТ исследование пациентки КЕС, 24 года.

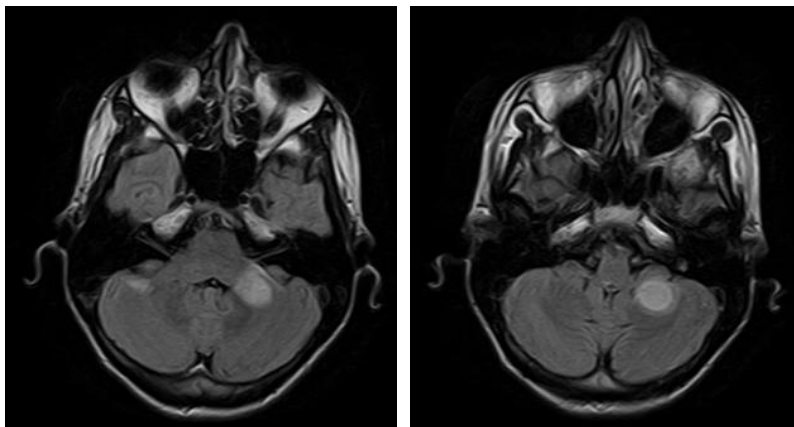


Рис. 3. МРТ исследование пациентки ФИС, 23 года.

В неврологическом статусе определяется только лёгкая гипестезия в правых конечностях, парестезии в правой ноге.

Клинический случай № 3.

Пациентка ФИС, 23 года.

Пациентка обратилась к неврологу районной поликлиники с жалобами на головные боли, беспокоящие в течение 1-2 дней в неделю в течение последних трёх месяцев. С предварительным диагнозом «Мигрень» пациентка направлена на МРТ головного мозга.

На МРТ: определяются множественные мелкие очаги демиелинизации в больших полушариях, стволе головного мозга и один крупный активный очаг в левой средней ножке мозжечка с распространением на левое полушарие мозжечка.

В неврологическом статусе у пациентки не определяется неврологического дефицита за исключением некоторого оживления сухожильных рефлексов справа.

Учитывая наличие высокой радиологической активности у этих пациенток, им были проведены стандартные курсы противорецидивной терапии (метилпреднизолон 1000 мг № 5). На контрольных МРТ исследованиях, проведённых после лечения, определялось значительное уменьшение размеров наиболее крупных очагов. Общим пациенткам была назначена терапия ПИТРС интерферонового ряда.

Выводы

Случай клинико-томографических диссоциаций составляет достаточно большую часть клинической практики в диагностике и лечении РС. Нали-

чие у пациента одного из вариантов КТД осложняет диагностический процесс, часто приводя к ошибочному диагнозу и лечению. Также выявление КТД при уже установленном диагнозе РС влияет на выбор тактики дальнейшей терапии.

На основании данных клинического осмотра и МРТ-исследования можно выделить два варианта КТД:

1. Клинико-томографическая диссоциация с преобладанием неврологического дефицита.

2. Клинико-томографическая диссоциация с преобладанием поражения на МРТ.

2.1. С наличием нескольких крупных вплоть до опухолевидных очагов.

2.2. С наличием очагов среднего и мелкого размера, но количеством, значительно превышающим характерное.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ВETERANОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.Н. Торгашов¹, А.И. Пальцев², В.С. Мякотных³

¹Новосибирский областной госпиталь №2 ветеранов войн,

²Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

³Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Перенесённый боевой стресс, выходящий за рамки обычного человеческого опыта, может приводить к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР). Когнитивные области головного мозга, в первую очередь префронтальная кора, у человека управляют более древними эмоциональными, и любое нарушение этого контроля приводит к различным психопатологическим состояниям. Дизрегуляция в центральной нервной системе (ЦНС) при ПТСР проявляется в первую очередь снижением активности ГАМК-рецепторов корковой области, увеличением автономной реактивности и снижением контроля над подкорковыми структурами [1]. Пониженная активность вентро-медиальной префронтальной коры, передней поясной извилины, гиппокампа приводит к нарушению контроля и ограничению повышенной активации в первую очередь таких структур головного мозга как миндалины и островка Рейля [2]. В результате изменяется реактивность определённых областей ЦНС в ответ как на физические, так и на психологические

стрессы. Морфологические изменения, наблюдаемые при ПТСР, приводят к устойчивым нарушениям в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе. Являясь основным звеном в инициализации стрессового ответа, миндалина через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, синее пятно участвуют в секреции кортизола, катехоламинов, а гиперактивность этих образований вследствие снижения контроля тормозных структур приводит к интенсивной и продолжительной стресс-реакции. Непосредственно стрессовая реакция характеризуется увеличением выделения кортизола, катехоламинов, а при развитии ПТСР эта реакция приобретает более интенсивный характер вследствие изменения функций стресс-лимитирующей системы, и, как показано в ряде исследований [3], при ПТСР может наблюдаться пониженное содержание кортизола в крови, изменение его циркадного ритма. Нарушения адаптации организма к повторным стрессам, которые присутствуют при ПТСР, заключаются в длительной гормональной нагрузке и неспособности «выключить» стресс-ответ. Таким образом, если при непродолжительном стрессовом воздействии кортизол и катехоламины проявляют свои защитные и адаптивные функции, то при повторных, хронических стрессах, при дизрегуляции нейрогормонального ответа на стресс включается уже патогенетическое действие названных биохимических агентов [4]. Патогенетическим принципом дизрегуляционной патологии нервной системы является нарушение соотношения систем её химической регуляции, её соразмерности. Эта многоуровневая система включает низкомолекулярные регуляторы (ацетилхолин, допамин, норадреналин, адреналин, серотонин, глутамат, ГАМК, оксид азота), регуляторные пептиды (эндокринные, иммунные, опиоидные, кортикотропин-релизинг фактор, адренкортикотропный гормон, соматотропный гормон и др.), систему нейротрофических ростовых факторов (NGF, BDNF, TNF, VEGF, Ig) [5]. Причём, преобладание одних и недостаточность других регуляторов являются не только следствием воздействия ряда внутренних и наружных факторов, но и может быть наследственно детерминировано.

В целом, как принято считать, в основе нейроэндокринных нарушений у пациентов с ПТСР лежит дизрегуляция, которая заключается в повышенной активности симпатoadреналовой системы и снижении секреции кортизола. Изменения затрагивают и рецепторный аппарат [3]. Происходит уменьшение альфа-2-адренэргических рецепторов и пониженное содержание MAO (моноаминоксидазы), увеличение числа рецепторов к кортизолу в гиппокампе, уменьшение объёма гиппокампа и префронтальной коры [6]. Дисбаланс наблюдается в нейротрансмиттерных системах, ответственных за лимитирующие функции в реализации стресс-реакции. Если в состоянии «покоя» дисбаланс проявляется коморбидными ПТСР синдромами, то в состоянии

стресса происходит патологическая стрессовая реакция с изменением нейрорегенных механизмов. Данный многоуровневый процесс Д.С. Эверли и Р. Розенфельд (1985) определили в качестве реакции через прямую нейронную иннервацию «концевых» органов, реакцию «борьбы или бегства» через нейроэндокринные механизмы, реализующиеся, в свою очередь, через общий адаптационный синдром с вовлечением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и симпатoadреналовой систем[7].

С течением времени формируются дегенеративные изменения в ЦНС, которые определяют клинические проявления ПТСР. Причём, каждые группы симптомов ПТСР характеризуются определёнными поведенческими нарушениями и психопатологическими состояниями, которые сопровождаются и/или являются следствием дисбаланса нейротрансмиттерных систем [8]. Так, недостаточность ГАМК, опиоидных пептидов приводит к хроническим болям, тревожности, агрессивности, блокированию эмоциональных реакций; повышение норадреналина и адреналина проявляется в ощущении страха, кошмарными сновидениям, повышением артериального давления, сердцебиением, патологией со стороны желудка; снижение серотонина приводит к депрессии, хроническим болям; снижение допамина к постепенной потере уровня мотиваций, двигательной активности, к когнитивным нарушениям, хроническим болям, к слабости верхнего сфинктера желудка. Частое сопровождение ПТСР чрезмерным употреблением алкоголя на начальном этапе связано с пониженным содержанием эндогенных опиоидных пептидов, ГАМК, допамина и повышенной реактивностью симпатoadреналовой системы [9]. Коморбидные состояния ПТСР в каждом случае представлены сочетанием психопатологических симптомов и их различной степени выраженности. Но, необходимо отметить, что большинство исследований затрагивают отдельные звенья патогенеза ПТСР, соматической патологии и хронической боли у ветеранов боевых действий, рассматривают данный вопрос разрозненно по принципу, какой специалист изучает данную проблему. Кроме того часто не учитываются возрастные характеристики пациентов, послевоенный период в развитии заболеваний и ПТСР. В связи с этим представляется необходимым изучение звеньев патогенеза ПТСР и нозологических форм заболеваний с позиции современных представлений об патогенезе этого заболевания и возрастными факторами у ветеранов боевых действий.

Целью нашего исследования явилось уточнение вопросов патогенеза ПТСР и соматической патологии у ветеранов боевых действий в зависимости от их возраста, выраженности ПТСР.

Материалы и методы. Наблюдался 161 пациент – участник боевых действий на территории Афганистана и Северного Кавказа в возрасте от 25 до

69 лет ($m = 42,8 \pm 0,7$ лет). У 77 (47,8 %) наблюдавшихся пациентов выявлена та или иная сердечно-сосудистая патология. Наиболее часто диагностировались артериальная гипертензия ($n = 65$; $40,3 \pm 0,22$ %) и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) ($n = 19$; $11,2 \pm 0,03$ %). ИБС диагностирована у 6 ($3,7 \pm 0,25$ %) пациентов, нейроциркуляторная дистония – у 5 ($3,1 \pm 0,22$ %). Патология желудочно-кишечного тракта выявлена у 82 ($50,9 \pm 0,04$ %) пациентов, опорно-двигательного аппарата у 145 ($90,1 \pm 0,03$ %) ветерана.

Для диагностики ПТСР и определения степени его интенсивности использовался опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенёва. Той или иной степени интенсивности ПТСР диагностировано у 147 (91,3 %) наблюдавшихся пациентов. Средние показатели интенсивности ПТСР составили $65,5 \pm 0,95$ баллов (от 40,3 до 98,1). ПТСР легкой степени (или незначительное) выявлено у 42 (28,6 %) пациентов, умеренное – у 47 (32 %), выраженное – у 58 (39,5 %). Таким образом, ПТСР было в основном выраженным и умеренным – в 105 (71,4 %) наблюдениях.

Биохимические показатели крови натошак определялись на клинических химических анализаторах «Labio 200» (Китай), «Энзискан ультра» (Германия). Определение хеликобактерной инфекции проводилось по уреазному тесту. Статистическая обработка материала проведена с помощью пакетов прикладных программ «Statistica 6», значимость различий в группах вычислялась при помощи критерия Фишера (F), связь между признаками – с использованием коэффициента корреляции Пирсона (r). В ряде случаев для вычисления статистической значимости полученных результатов использовались критерии хи-квадрат (χ^2) и Стьюдента. Вероятность различий между группами считалась достоверной при значениях $p < 0,05$. У всех пациентов получено информированное согласие на проведение необходимых исследований.

Результаты исследований и их обсуждение. На начальном этапе развития патологии у ветеранов боевых действий происходит формирование изменений в системе нейромедиаторов ЦНС. При хроническом же или интенсивном стрессе возникает усиленная секреция кортизола и адреналина, которая выражается как в увеличении выделяемого количества этих веществ в единицу времени, так и в продолжительности секреции надпочечниками [4]. Ограничения этого процесса при ПТСР не происходит в результате изменений стресс-лимитирующей системы, а именно дисбаланса её нейротрансмиттерной системы на уровне ГАМК, серотонина, дофамина, норадреналина, а также эндогенных опиоидных пептидов. В состоянии «покоя» данные изменения проявляются в первую очередь психопатологическими нарушениями, формированием нейродегенеративных изменений, которые усиливаются постконтузионными. При стрессе возникает плохо

контролируемая нейроэндокринная реакция организма, выражающаяся, прежде всего, в интенсивности реакции на внешние воздействия. Простой пример – резкое вздрагивание на внезапный шум, т.е. повышенная, неадекватная реакция на раздражитель. Такой гиперинтенсивный тип реагирования в нашем исследовании отметили 61 (37,9 %) ветеран, и он коррелировал с интенсивностью ПТСР ($r = 0,61$; $p = 0,000$). Так, интенсивность ПТСР при резком вздрагивании была $73,5 \pm 1,4$ балла, а при отсутствии такого гиперинтенсивного типа реагирования – $56,3 \pm 1,4$ балла ($F = 64,9$; $p = 0,000$). Немедленная гиперинтенсивная стрессовая реакция на звук естественно сопровождается выбросом норадреналина на фоне гиперактивности симпатoadреналовой системы. Особенностью подобного рода реакции является также закрепление в памяти пациентов на рефлекторном уровне ситуаций, напоминающих пережитый боевой стресс.

Основу интегративной функции мозга составляют три системы – вегетативная, нейроэндокринная и иммунная [10]. Взаимосвязь этих систем определяет адаптивные возможности организма, содержание его гомеостатических реакций при различных стрессовых факторах. Изучение соматической патологии у ветеранов с ПТСР выявило определённую этапность её развития, связанную в основном с тремя моментами: а) возрастом ветеранов, б) периодом, прошедшим после боевых действий, в) процессами ускоренного старения ветеранов. В таблице 1 представлены данные о клинических вариантах дебюта ряда заболеваний после окончания боевых действий.

Раннее развитие патологии опорно-двигательного аппарата является следствием чрезмерной физической нагрузки в период боевых действий. Именно в период боевых действий у 30 % ветеранов произошел дебют заболеваний опорно-двигательного аппарата. При рентгенологическом обследовании позвоночника ($n = 61$) у всех 100 % пациентов определялась патология в виде врождённых, посттравматических и дегенеративных изменений, из них у 27,8 % ветеранов сформировались хронические боли в нижней части спины. Немаловажным фактором, который приводит к хроническим болям в нижней части спины, является лечение данной группы пациентов без учёта последствий боевого стресса. Наше исследование убедительно показало, что данный вид хронических болей был связан с ПТСР ($p = 0,003$) и его выраженностью ($p = 0,038$). Изменения в ЦНС при ПТСР приводят к снижению антиноцицептивного контроля и, как следствие, к усилению центральной сенситизации боли и нейрогенному воспалению. Формирование хронической боли в мышцах часто связано с двигательной дисфункцией и патологией опорно-двигательного аппарата, хроническим стрессом и связанным с ним изменением интегративного контроля ЦНС. Таким образом, хроническая боль в нижней части спины у пациентов с ПТСР является ре-

**Клинические варианты дебюта заболеваний в разные периоды
после окончания участия в боевых действиях (n – %)**

Клинический вариант дебюта	В период боевых действий	Дебют заболеваний после окончания боевых действий					
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет
Опорно-двигательный аппарат (n = 145)	44-30,3	41-28,3	25-17,2	25-17,2	5-3,5	3-2,1	2-1,4
Сердечно-сосудистая система (n = 77)	6-7,8	20-26,0	14-18,2	9-11,7	10-13,0	15-19,5	2-2,6
Желудочно-кишечный тракт (n = 82)	25-30,5	12-14,6	15-18,3	9-11,0	7-8,5	12-14,6	2-2,4

зультатом как дезадаптивных нейропластических процессов в ЦНС [11], так и дегенеративных изменений опорно-двигательного аппарата, которые формируются не только в период нахождения в зоне боевых действий, но и часто выступают в качестве врождённой патологии.

Дебют заболеваний сердечно-сосудистой системы так же в основном развивался в первые 10 лет после боевых действий. В основном диагностировалась артериальная гипертония. Возрастной фактор был важным в развитии цереброваскулярной патологии (табл. 2). Но дебют заболевания происходил в первые 5 послевоенных лет, что подтверждает роль боевого стресса и его последствий в развитии более ранних атеросклеротических изменений сосудов.

Гиперфункция симпатoadренальной системы способствует развитию сердечно-сосудистой патологии посредством действия катехоламинов на сердце, сосуды и функции тромбоцита. Наше исследование показало этапность развития сердечно-сосудистой патологии у пациентов с ПТСР: формирование её происходит очень постепенно, в течение 15-25 лет; вначале основную роль здесь играют изменения, связанные с последствиями боевого стресса, но в дальнейшем патология развивается в соответствии с возрастными закономерностями. Имеются данные о том, что изменения функциональной активности префронтальной коры при хроническом стрессе могут быть связаны с контролем уровня артериального давления, а повышение активности миндалин приводит к развитию атеросклероза [4, 12]. Учитывая период времени, прошедший с момента окончания участия в боевых действиях, можно предположить, что степень выраженности ПТСР может

**Средний возраст ветеранов
в период дебюта цереброваскулярных заболеваний (M ± m)**

	Дебют цереброваскулярных заболеваний после окончания боевых действий					
	До 5 лет (n = 8)	6-10 лет (n = 3)	11-15 лет (n = 1)	16-20 лет (n = 3)	21-25 лет (n = 4)	26-30 лет (n = 1)
Средний возраст (годы)	40,6±1,4	41,3±6,2	50,0	50,7±2,9	45,5±4,2	43,0

постепенно снижаться по мере увеличения послевоенного периода аналогично тому, что было отмечено у бывших участников Великой Отечественной войны [13]. При этом запущенный боевой стресс и следующим за ним ПТСР ускоренный процесс формирования и развития сердечно-сосудистой патологии, в том числе на основе атеросклероза и связанной с ним гиперлипидемии, переходит в новую, возраст-зависимую стадию и становится неразрывно связанным уже более с процессом старения организма в целом, чем с воздействием ПТСР.

Нарушения липидного обмена могут проявляться под воздействием стресс-факторов и даже без формирования ПТСР. А вот само ПТСР, развивающееся уже в постстрессовом периоде, в силу принципиально различных по отношению к стрессу патогенетических механизмов уже не способствует ускоренному развитию гиперлипидемии, а следовательно, и атеросклероза, что и показано в наших наблюдениях. Выявляемая у ветеранов современных боевых действий гиперлипидемия не находится в прямой зависимости от выраженности ПТСР, а связана более с увеличением возраста наблюдавшихся пациентов. Кроме возраста, в формировании и последующем развитии нарушений липидного профиля имеет значение период времени, прошедший с момента участия в боевых действиях, при увеличении которого, выраженность ПТСР может снижаться, а сердечно-сосудистая патология, связанная с атеросклерозом и нарастающими параллельно снижению интенсивности ПТСР расстройствами обмена липидов, наоборот, приобретать более выраженное клиническое проявление. При постепенном снижении влияния ПТСР данный атеросклероз развивается уже по своим законам – происходит трансформация атеросклеротических бляшек по известным стадиям. Другими словами, с годами развитие атеросклероза становится в значительной степени более зависимым не столько от ПТСР, все более и более уменьшающимся в своей интенсивности, сколько от процесса старения, который формируется у ветеранов боевых действий ускоренными темпами. Кроме того, в сложную палитру биохимических процессов человеческого

организма включен холестерол (около 40 мг холестерола) в синтез кортизола в надпочечниках. Возможно, это не столь большая составляющая холестеринового обмена в целом, но у ветеранов боевых действий с ПТСР на фоне привязанности к алкоголю и последствий перенесённых инфекционных заболеваний она играет немаловажную роль, в особенности на начальном этапе развития сердечно-сосудистой патологии.

Таким образом, последствия боевого стресса в сочетании с особыми условиями ведения боевых действий (территориальными, эпидемическими, психологическими и т.д.), рассматриваемые в нашей стране в качестве афгано-чеченского синдрома или синдрома современных локальных войн. Содержательной частью данного синдрома является участие в боевых действиях, в местностях, характеризующихся иными климатическими и природно-ландшафтными факторами, выраженным прогредиентным психологическим напряжением, получением психологической и/или физической боевой травмой и особенностями характера боевых действий. Кроме того, социальное отчуждение, конфликты и трудности самореализации в обществе являются дополнительными дезадаптивными факторами, наслаивающимися на данный синдром. Все выше перечисленные факторы могут приводить к ПТСР и, как следствие, к дизрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, нарушениям липидного обмена и в принципе к отчетливым нарушениям гомеостаза, о чём свидетельствует полиорганный характер заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых. Происходит замыкание патогенетической цепи в кольцо, в так называемый патогенетический порочный круг. Именно данный порочный круг на начальных этапах формирования и развития сердечно-сосудистых заболеваний, до 40-45-летнего возраста, и является сложным, многозвенным триггером, «запускающим» всё новые и новые очаги-мишени сердечно-сосудистой патологии. Затем, на фоне старения, пусть и в ускоренном патологическом режиме, дальнейшее развитие сердечно-сосудистой патологии подчиняется более законам именно данного процесса старения согласно популяционным закономерностям. Воздействие целого ряда социальных, экономических, материальных и других факторов мирного времени становится более значимым, чем ПТСР, но, тем не менее, ПТСР и запущенные им звенья описанного порочного круга не утрачивают полностью своей роли в дальнейшем патогенезе сердечно-сосудистой патологии.

Изучение патологии желудочно-кишечного тракта у ветеранов современных боевых действий также выявило ряд особенностей. Например, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в большинстве случаев диагностировалась в первые 10 лет после участия в боевых действиях. Пациенты в этот период реадаптировались к мирной жизни, и этот процесс реадапта-

ции нередко сопровождался стрессами мирной жизни, которые «накладывались» на патофизиологические последствия боевого стресса. Нарушение адаптации и острые стрессовые реакции этого периода являлись, пожалуй, основным патогенетическим моментом формирования и развития патологии желудочно-кишечного тракта. Кислотозависимая патология желудка и 12-перстной кишки оказались более характерными для более позднего периода по отношению к срокам окончания боевых действий, диагностированные гастриты относились к В и С типу. Но особенно часто у пациентов выявлялась гастроэзофагальная рефлюксная болезнь.

Уровень патогенности воздействия *Helicobacter pylori* (Нр) на слизистую желудка и 12-перстной кишки зависел, как правило, от психопатологического состояния пациента. У ветеранов боевых действий Нр чаще сочетался с выраженными ПТСР ($F = 7,5$; $p = 0,016$): при положительных пробах на Нр выраженность ПТСР среди пациентов, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, была $66,2 \pm 2,2$ балла, при отрицательных пробах – на уровне $55,2 \pm 3,8$ баллов ($p = 0,046$).

Обсеменённость Нр оказалась также связанной с длительностью периода, прошедшего после участия в боевых действиях. В период до 15 лет после участия в боевых действиях обсеменённость Нр встречалась у 80 % обследованных, от 20 до 30 лет – у 57,1 % ($p < 0,001$). Полученные данные подтверждаются результатами исследований других авторов, свидетельствующих о том, что постстрессовые нейроэндокринные нарушения приводят к изменению не только моторной функции желудочно-кишечного тракта, но и изменению иммунного ответа организма. При этом изменение иммунитета у ветеранов боевых действий с ПТСР имеет свои закономерности и определяется как вторичное иммунодефицитное состояние нейрогенной природы [14]. Стресс в сочетании с наследственной предрасположенностью обуславливает дезинтеграцию неспецифических систем мозга, расстройства адаптации в форме эмоциональных, эндокринных и иммунных сдвигов [14, 15] и, в конечном итоге, ослабленный иммунитет способствует обсеменённости Нр.

Отчетливо определяется связь хронического болевого синдрома у ветеранов боевых действий с ПТСР, что может свидетельствовать об общей сущности патологического процесса, заключающегося в изменении, прежде всего, лимитирующих антисистем. Большая распространенность ПТСР в структуре хронических болей (свыше 90 %) показывает, что изменения происходят не только в ноцицептивной системе ЦНС, но и затрагивают центры, включающиеся в ограничение и контроль стрессовой реакции. Среди хронических болей в нашем исследовании преобладали хронические головные боли и хронические боли в нижней части спины, хотя хронические голов-

ные боли имели связь не только с ПТСР, но и с перенесёнными травмами головного мозга, особенно повторными. В качестве причинных факторов развития хронических головных болей пациенты чаще всего отмечали стрессы, отрицательные эмоции. Формирование хронической боли в нижней части спины, как уже отмечено, было связано не только с ПТСР, но и с дегенеративными изменениями в опорно-двигательном аппарате. Обращает на себя внимание двунаправленность хронических болей. С одной стороны, формирование изменений в ЦНС у ветеранов с ПТСР формирует основу развития хронической боли, с другой, патологические изменения внутренних органов, проявляющиеся болевым синдромом, являются источником ноцицепции, происходит усиление афферентной периферической импульсации, приводящей к центральной сенситизации. Подобным образом при нарушенных лимитирующих системах формируется хроническая боль.

Таким образом, основным пусковым механизмом многих заболеваний ветеранов современных боевых действий являются последствия боевого стресса в виде ПТСР, которые в последующем, с возрастом ослабевают, и в патогенезе патологических процессов более значимую роль начинают играть возрастные изменения организма. Частые злоупотребления алкоголем, курение усиливают морфологические органные изменения. Неудовлетворительные социальные и материальные условия являются дополнительным дестабилизирующим фактором. В целом можно представить, что заболевания у ветеранов боевых действий с ПТСР формируются в двух основных направлениях. Первое – это заболевания, развивающиеся в результате дисрегуляции ЦНС с формированием многоуровневой патологической системы с первичным звеном в ЦНС и вторичным – в органах-мишенях. Именно при этом варианте развития формируется хроническая боль. Второе – формирование патологии, которая связана с возрастными изменениями организма, но проявляется в более раннем возрасте, чем это описано для популяционных стандартов [13, 16]. Сюда относятся дегенеративные изменения опорно-двигательного аппарата с хронической болью, патология сердечно-сосудистой системы, нарушения липидного обмена, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хеликобактерная инфекция, а также заболевания и так называемые вредные привычки, которые связаны, в том числе и с образом жизни, нарушением иммунитета, аддиктивными наклонностями. Эти факторы, наряду с другими, также провоцируют формирование патологии желудочно-кишечного тракта, артериальную гипертензию и т.д. Выявленные особенности патогенеза, формирования и развития множественной патологии у ветеранов современных боевых действий необходимо учитывать при разработке конкретных схем патогенетического лечения.

Литература

1. Benedek D.M. Posttraumatic Stress Disorder: From Phenomenology to Clinical Practice / D.M. Benedek, R.J. Ursano // Focus. – 2009. – Vol. 7, № 2. – P. 160-175.
2. Stress regulation in the central nervous system: evidence from structural and functional neuroimaging studies in human populations – 2008 Curt Richter Award Winner / J.C. Pruessner [et al.] // Psychoneuroendocrinology. – 2010. – vol. 35, № 1. – P. 179-191.
3. Yehuda R. Neuroendocrine aspects of PTSD / R. Yehuda // Handb Exp. Pharmacol. – 2005. – № 169. – P. 371-403.
4. McEwen B.S. The Brain is the Central Organ of Stress and Adaptation / B.S. McEwen // Neuroimage. – 2009. – Vol. 47, № 3. – P. 911-913.
5. Гомазков О.А. Уровни нейрохимической регуляции при патологии мозга / Дизрегуляционная патология нервной системы. Под ред. Е.И. Гусева, Г.Н. Крыжановского. – М.: МИА, 2009. – С. 423-471.
6. Bedi U.S. Cardiovascular manifestations of posttraumatic stress disorder / U.S. Bedi, R. Arora // J. National med. association. – 2007. – Vol. 99, № 6. – P. 642-649.
7. Эверли Дж.С. Стресс: природа и лечение: пер. с англ. / Дж.С. Эверли, Р. Розенфельд. – М.: Медицина, 1985. – 224 с.
8. Фоа Э.Б. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства: пер. с англ. / под ред. Э.Б. Фоа, Т.М. Кин, М.Д. Фридман. – 2005. – М.: «Когито-Центр». – 467 с.
9. Воробьёва О.В. Вегетативные симптомы и злоупотребление алкоголем при генерализованном тревожном расстройстве: взгляд невролога / О.В. Воробьёва, В.В. Русая // Рус. мед. журн. – 2010. – № 26. – С. 1581-1585.
10. The Rebirth of Neuroscience in Psychosomatic Medicine, Part II: Clinical Applications and Implications for Research The Rebirth of Neuroscience in Psychosomatic Medicine / R.D. Lane [et al.] // Psychosom. Med. – 2009. – № 71. – P. 135-151.
11. Niddam D.M. Neuroimaging of Muscle Pain in Humans / D.M. Niddam, J.-C. Hsieh // J. Chin. Med. Assoc. – 2009. – Vol. 72, № 6. – P. 285-293.
12. Roy M. Ventromedial prefrontal-subcortical systems and the generation of affective meaning / M. Roy, D. Shohamy, D.T. Wager // Trends in Cognitive Sciences. – 2012. – Vol. 16, № 3. – P. 147-156.
13. Мякотных В.С. Атеросклеротические поражения у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих нейропсихическими расстройствами / В.С. Мякотных, Т.А. Боровкова. – Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2009. – 141 с.
14. Mayer E.A. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease / E.A. Mayer // Gut. – 2000. – Vol. 47, № 6. – P. 861-869.
15. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. – М.: Медицина, 2001. – 328 с.
16. Gulf War and Health: Volume 6. Physiologic, Psychologic, and Psychosocial Effects of Deployment-Related Stress / C. Fulco [et al.]. – Washington: THE NATIONAL ACADEMIES PRESS, 2008. – 339 p.

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ПАЦИЕНТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

С. А. Чернигина

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Пациент Б, 76 лет, мужчина поступил в терапевтическое отделение с жалобами на выраженную слабость, одышку смешанного характера при обычной ходьбе, нестабильное АД, головную боль, головокружение, периодический дискомфорт в прекардиальной области, отёки на нижних конечностях, сердцебиение, дискомфорт в правом подреберье, похудание более 17 кг за два месяца, периодическую субфебрильную температуру.

Из анамнеза: артериальная гипертония более 20 лет, максимальное повышение АД до 200/120 мм рт ст, адаптирован к АД 130-140/80 мм рт ст. Гипотензивную терапию получает регулярно (название препаратов не помнит). Много лет ИБС Стенокардия напряжения ФК III., Хр. обструктивный бронхит. Последнее стационарное лечение в другом медицинском учреждении в июле 2013 г.

Ухудшение с августа 2013 г., когда появились вышеперечисленные жалобы. Госпитализирован в терапевтическое отделение для полного обследования и лечения.

При осмотре. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение ограничено из-за слабости. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные, чистые обычной влажности. Периферические отеки на голенях и стопах. Периферические л/узлы не пальпируются. Щитовидная железа при пальпации мягкая, умеренно неоднородная, подвижна при глотании. Питание повышенное, ИМТ 38. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно легочной звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, в нижних отделах ослабленное. ЧДД 22 в мин. Сердце: перкуторно границы расширены влево. Ритм правильный, тоны приглушены. ЧСС 78 в мин. АД 160/90 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации мягкий, болезненный в области эпигастрия и правого подреберья. Печень выступает из-под реберной дуги на 3-4 см. Селезенка выступает из под реберной дуги на 2-3 см. Стул, мочеиспускание в норме.

Данные обследования амбулаторно:

Анализ крови: Эр – 4,5; Нв – 139 г/л; Лейкоциты – 5,4; эозинофилы – 2; сегментоядерные – 2; лимфоциты – 7; моноциты – 5; СОЭ – 12 мм/ч;

ЭХОКГ (13.0913): ПП – 3,8-4,4 см.; ЛП – 4,3-5,3 см.; КСО – 21,1 мл.; УО – 48,4мл.; ФВ – 68 %.; МЖП – 1,5 см. Полости сердца не увеличены.

Умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ. Нарушений локальной сократимости миокарда левого желудочка не выявлено. Стенки аорты плотные. Краевое уплотнение створок аортального клапана. Аортальная регургитация минимальная. Створки МК уплотнены, митральная регургитация 0-1 ст. Трикуспидальная регургитация 1 ст. Расчётное давление в лёгочной артерии 36 мм.рт.ст. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа.

При ультразвуковом исследовании щитовидной железы от 18.09.13 выявлен узловой зоб, гиперплазия правой доли.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости от 18.09.13 установлено эхоскопически: гепатоспленомегалия, диффузно неоднородные изменения паренхимы печени, хронический холецистит, 2-х сторонний нефроптоз 1 ст.

С учетом жалоб, анамнеза, осмотра, данных обследования выставлен диагноз: гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3, риск 4. ХСН II Б ФК III (НУНА), ИБС. Стенокардия напряжения ФК III. ХОБЛ 2 ст. Дн. 2. Диффузно-узловой зоб. Гипотиреоз?

Необходимо было исключить объемный процесс.

Учитывая похудание пациента, изменения по данным УЗИ брюшной полости, не исключающие цирроза или метастазов в печени, назначено обследование, включая компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости и грудной клетки с целью исключения объемного процесса.

В результате обследования выявлено. В анализе крови: Эр – 1,64; Нв – 54г/л; лейкоциты-24,9; гематокрит – 16; Тр – 112; лимфоциты 63, бласты – 17 %; моноциты – 7; эозинофилы – 1; сегментоядерные – 9; палочкоядерные – 3; СОЭ – 65 мм/ч.

Анализ мочи без особенностей.

Биохимия: О. белок – 65; альбумин – 24; мочевины – 8,8; креатинин – 79; о билирубин – 25; прямой – 5,2; непрямой – 19,8; АЛТ – 30,3; АСТ – 30,0; ГГТП – 89,9; глюкоза – 5,4; калий – 4,7; натрий – 141; О. холестерин – 2,5; ХСЛВП – 0,36; ХСЛПНП – 1,7; триглицериды – 1,6;

ТТГ – 1,28; Т4 св. – 13,1.

ЭКГ: Синусовая тахикардия 92-98 в минуту. Признаки дилатации левого предсердия. Нарушение процессов реполяризации в области боковой стенки, верхушки миокарда, возможно, обусловлено ухудшением коронарного кровообращения.

При проведении ФГС выявлено: хронический атрофический гастрит, полные хронические эрозии тела желудка и антрального отдела.

КТ органов брюшной полости: признаки диффузных изменений печени, спленомегалии, портальной гипертензии, липодистрофии поджелудочной железы, образования левого надпочечника жировой плотности (липоматоз-

ная струма?), простые паренхиматозные кисты правой почки (по Bosniak I типа), атеросклероз аорты и крупных сосудов брюшной полости.

КТ органов грудной клетки: выявлены признаки инфильтративных изменений в S1, S4 правого легкого, признаки буллезной эмфиземы правого легкого, дисковидный ателектаз нижней доли справа, двухсторонний гидроторакс. Изменения в верхней доли правого легкого необходимо дифференцировать с периферическим образованием (?). Рекомендовано динамическое наблюдение через 3-4 недели после лечения.

В связи с выявленными изменениями в крови, данных КТ органов грудной клетки: сложилось впечатление о наличии у пациента миелодиспластического синдрома, подозрение на острый лейкоз, Suspicio С-г правого легкого.

Назначена консультация онколога, гематолога с целью проведения стеральной пункции и уточнения диагноза.

Осмотрен онкологом: Заключение: Suspicio С-г правого легкого. Рекомендовано КТ органов грудной клетки через 3-4 недели

Проведена стеральная пункция, по результатам которой гематологом выставлен заключительный диагноз: острый лейкоз, недифференцированный вариант, впервые выявленный. Вторичная анемия тяжелой степени тяжести, субкомпенсация. Вторичная тромбоцитопения.

Учитывая возраст, сопутствующую патологию к активной полихимиотерапии пациент не толерантен. Рекомендован прием пуринола 100 мг ежедневно под контролем крови, симптоматическая терапия.

Пациент выписан на амбулаторный этап, под наблюдение гематолога, онколога.

АКНЕФОРМНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В.Е. Шугаев

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях, около 30 % имеют изменения на коже (сыпь, угри и т.д.), которые далеко не всегда являются признаками ее заболеваний, нередко это проявления внутренних болезней. В связи с этим знания элементов **дерматологии** является большим плюсом в практической деятельности многих специалистов, а не только дерматологов.

Главным инструментом **дерматолога** являются его глаза, и никакие самые передовые технологии не заменят врачу умения поставить правильный

диагноз, определить перечень заболеваний, с которыми надо проводить дифференциальный поиск. Диагностика на основании анамнеза и физикального обследования больного не утратила своего значения. Каждому, кто испытал затруднения в постановке диагноза или наблюдал подобные **случаи из клинической практики**, представленные в виде иллюстраций, анамнеза, данных физикального и дополнительных исследований, будут побуждать к активному мышлению и самостоятельному изучению рассматриваемой темы.

Рассмотрим отдельный клинический случай влияния медикаментозного лечения одного заболевания на возникновение побочного эффекта со стороны кожного покрова в форме медикаментозного акне

Женщина 50 лет обратилась к врачу неврологу с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника при движении, длительном фиксированном положении, с иррадиацией в нижние конечности. Был поставлен диагноз: Дорсопатия поясничного отдела позвоночника, Люмбалгия. Назначена терапия: Мовалис 1,5 мл – в/м № 5. Вольтарен гель 2 раза местно, Сирдалуд 4 мг – вечером. Мильгамма 2 мл – в/м № 10.

По данным анамнеза данная пациентка ранее обращалась к неврологу с подобным диагнозом и ей назначались указанные выше первые три препарата, которые она успешно применяла с положительным эффектом. Препарат Мильгамма был назначен впервые.

На фоне 9-10-й инъекции мильгаммы пациентка отметила усиление жирности кожи лица, области декольте, общей потливости. Появилась умеренно зудящая узелковая и гнойничковая сыпь. Проведённая самостоятельно пациенткой местная терапия гормональной мазью положительного эффекта не оказала Пациентка обратилась к **дерматологу**.

Физикальное обследование. В области лба, щек, шее, груди (декольте) с переходом на плечи определяется обильная сыпь, представленная фолликулярными папулами и папуло-пустулами, полусферической формы, выступающими над окружающей видимо здоровой кожей, величиной с чечевицу, округло-овальных очертаний, застойно-красного цвета, несколько отечны, часть из которых эксфолирована под кровянистыми корочками. Единичные элементы сгруппированы попарно, однако изолированы и не демонстрируют тенденции к слиянию. Воспалительный процесс локализуется на жирной блестящей коже, не имеющей комедонов и милиумов. Субъективно пациентку в области высыпаний беспокоит умеренный зуд. **Диагноз:** медикаментозное акне.

Обсуждение. Под термином «акнеформные дерматозы» объединена большая группа кожных заболеваний, в которую входят: медикаментозное акне, радиогенное акне, невоидные акнеформные дерматозы (болезнь Бурневия

и др.), стеатоцистома множественная, милиарная диссеминированная волчанка лица, стерильные акнеформные дерматозы (ВИЧ-ассоциированный акнеформный дерматоз, питироспоральный фолликулит, милиум и др.). К ним также причисляют акнеподобные высыпания, наблюдаемые при различных болезнях (acrocephalosyndactylia, тип 1, врожденная адренальная гиперплазия, болезнь Крона метастатическая, синдром Кушинга, синдром Фавра-Ракушо, болезнь Гровера, синдром Габера, трихоэпителиома, синдром САФО). Этиопатогенез. Причиной акнеформных дерматозов чаще всего являются побочные действия лекарственных препаратов. Даже препараты, используемые для лечения угрей, могут быть источниками акнеформных высыпаний.

Медикаментозное акне – это воспалительные реакции кожи, развивающиеся остро или подостро, при воздействии лекарств, принимаемых внутрь в течение нескольких недель или месяцев. По-видимому, их можно рассматривать как токсидермии, возникшие вследствие своеобразной медикаментозной интоксикации. Акнеформным действием обладают кортикостероиды, андрогены, пероральные контрацептивы, туберкулостатики (изоникотиновая кислота), этионамид, рифампицин, литий, антидепрессанты (азатиоприн, циклоспорин А), 8-метоксисорален, фенобарбитураты, тетрациклины, стрептомицины, дисульфидран, тиреостатические лекарства, противосудорожные препараты (триметадон, дифенилгидантрон), витамины В1, В6, В12, (в нашем случае – комплексный витаминный препарат), галогены (бромиды, йодиды).

Различают следующие разновидности медикаментозного акне:

- кортикостероидные акне;
- галогеновые акне (йодакне, бромакне, хлоракне);
- акне от применения андрогенов или препаратов для лечения заболеваний щитовидной железы;
- бодибилдинговые (допинговые) акне от применения анаболиков и витаминов группы В;
- акне, вызванные другими медикаментами: цитостатиками, иммунотропными препаратами (циклоспорин, азатиоприн, соли золота), противосудорожные средства (барбитураты, фенитоин), противотуберкулезные препараты (этамбутол, изониазид, рифампицин), прочие (витамин Д, литий, хлоралгидрат).

Акнеформные элементы, как правило, представлены типичными первичными морфологическими высыпаниями, однако для них не характерны патогенетические признаки, свойственные акне. Комедоны обычно отсутствуют или формируются позднее, вследствие инкапсуляции и развития первичного процесса. Начало заболевания, как правило, внезапное (в течение нескольких дней или недель). Страдают лица не юношеского возраста

та. Течение процесса короткое, заболевание разрешается после устранения причины. Рубцы на пораженных участках не наблюдаются.

Гистопатология. Патогистологическим признаком вначале является спонгиоз, затем в связи с разрывом фолликулярного эпителия и попадания содержимого канала в дерму, развивается неспецифическая нейтрофильная инфильтрация.

Диагноз «медикаментозное акне» основывается главным образом на данных анамнеза о приеме медикаментов, вызывающих акне (в частности, на примере нашей пациентки – это прием комплексного препарата витаминов группы В), и внезапном начале заболевания в течение нескольких дней. Обращает на себя внимание необычный возраст больных (пациентке 50 лет), не характерный для угревых элементов. И, наконец, наблюдается быстрое разрешение воспалительных высыпаний после прекращения приема лекарств (в нашем случае в течение двух недель, когда был отменён препарат Мильгамма). Проводимая десенсибилизирующая, дезинтоксикационная и местная противовоспалительная терапия ускоряет излечение больного.

В данном клиническом случае диагноз основан на данных анамнеза, развития, течения дерматоза и быстром благоприятном исходе заболевания после отмены витаминных препаратов, вызвавших кожный процесс.

Литература

1. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. – М.: Медицинская книга. – 2003.
2. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. Избранная дерматология. – Пермь. – 2004.
3. Кубанова А.А., Потехаев Н.С., Потехаев Н.Н. Руководство по практической микологии. – М.: ФИД. «Деловой экспресс». – 2001.
4. Машкиллейсон А.Л. Инфекционные и паразитарные болезни кожи. – М.: Медгиз. – 1960.
5. Машкиллейсон А.Л. Частная дерматология. – М.: Медицина, 1965.
6. Новоселов В.С., Новоселов А.В. Рациональные подходы к терапии поверхностных микозов. Consilium Medicum. //Дерматология №1, – 2007. – С. 24-27.

4. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИНГОВЫХ РАБОТ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ОСНОВЕ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДА БЕЗВЕДЕРНОЙ УБОРКИ

Е.Ю. Орлова, П.Ю. Зверев

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Основными направлениями деятельности здравоохранения в настоящее время является обеспечение доступности и качества медицинской помощи, в т.ч. создание безопасной среды пребывания для пациентов и персонала, осуществляющих медицинскую деятельность. В связи с этим все чаще в обиходе можно услышать слово клининг – от английского слова clean (чистить, убирать) – это не что иное, как уборка, но не просто, а профессиональная, силами специализированных компаний (клининговых), либо подготовленных, квалифицированных специалистов. Современная профессиональная уборка представляет собой целую индустрию, со своими технологиями, специализированной бытовой химией, квалифицированным персоналом. Стоимость услуг клининговых компаний не выше расходов на собственную службу уборки. Они закладывают в стоимость контракта свою прибыль, но, при этом экономят на масштабах при закупке химических средств и оборудования, а также минимизируют затраты на рабочую силу и расходные материалы, оптимально рассчитывая процессы уборки. В связи с выше изложенным клининговые компании все чаще привлекаются для поддержки чистоты в ЛПУ на условиях аутсерсинга. Вместе с тем очевидно, что их услугами целесообразно пользоваться в то время, когда будет сформирован рынок соответствующих услуг, на котором будут конкурировать действительно профессиональные организации, располагающие как соответствующим оборудованием, так и квалифицированными специалистами. Такой рынок в Новосибирске пока отсутствует в связи с чем, в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в марте месяце была внедрена профессиональная система поддержания чистоты в отделениях стационара методом безведерной уборки, который имеет ряд преимуществ по сравнению с ранее используемыми. В осно-

ве его заложены принципы, используемые клининговыми компаниями, что и обеспечивает его гигиеничность, эргономичность и экономию средств, выделяемых на уборку помещений.

Известно, что при традиционном методе уборки персонал тратил слишком много усилий и времени на вспомогательные операции (отжим ветоши, смену воды, перемещение инвентаря и пр.), вследствие этого – усталость, низкая производительность труда и высокий расход дезинфицирующих, моющих средств. Кроме того, возможно перекрестное загрязнение различных поверхностей вследствие использования одной и той же ветоши.

Метод безведерной уборки предполагает использование штангидержателя (простая – длиной 1,4 м или телескопическая), на нее надевается насадка «моп», которая в свою очередь может быть разных видов. Одной насадкой обрабатывается поверхность – до 20 кв. м., гарантированное количество стирок каждой не менее 400.

Уборка начинается с подготовки мопов, делается это двумя способами: в стиральной машине и вручную. Подготовка вручную заключается в том, что сложенные пополам и ворсом внутрь мопы помещаются в специальный контейнер. Необходимое количество моющего раствора (около 220-250 мл на 1 моп) равномерно распределяется по поверхностям насадок. Мопы готовы к работе уже через 5-10 минут. При подготовке в стиральной машине в отсек для кондиционера добавляется концентрат моющего средства. Скоростью отжима регулируется влажность мопов, которые готовы к работе по окончании стирки.

Во время уборки все расходные материалы укладываются в специальные контейнеры на комплексную тележку и меняются по мере загрязнения. После уборки салфетки и мопы стираются.

Основой всей представленной системы является комплексная уборочная тележка, которая оснащена специальными мешками для грязных салфеток и мопов, а также фиксаторами ручек и прочими полезными приспособлениями.

Как уже отмечалось, безведерный метод имеет ряд существенных преимуществ. В процессе уборки персоналу не требуется выполаскивать и отжимать ветошь, менять воду и производить другие вспомогательные операции, что позволяет значительно снизить физическую нагрузку и повысить производительность труда.

Выдающимся достоинством, которое дает указанная технология уборки, является ее высокое качество, которое достигается, в первую очередь, за счет физических свойств микроволокна большинства насадок (мопов). Этому способствует и то, что после уборки территории даже небольшой площади, использованный моп немедленно отправляется в стирку. Кроме того,

цветовая кодировка предусматривает уборку и дезинфекцию помещений различного класса чистоты. В зависимости от целевого назначения помещения относятся к той или иной зоне, для каждой из которых соответствует определенный цвет мопов и салфеток: очень чистая зона (процедурные, перевязочные) – зеленый цвет, чистая зона (палаты, кабинеты и т.п.) – синий цвет, грязная зона (санузлы) – красный цвет.

Использование данного метода позволяет полностью отказаться от отжимов, ведер с водой и тому подобных приспособлений. Необходимость большого количества мопов для уборки компенсируется долгим сроком их службы и существенным увеличением производительности труда. Возможность четкого контроля над расходом моющих дезинфицирующих средств позволяет снизить затраты на клининговые работы более чем на 40 %.

Заключение. Современная технология уборки значительно повышает ее качество, экономит время, сокращает расход дезинфицирующих и моющих средств, гарантирует высокий уровень гигиены, максимальное удобство в работе и значительную экономию финансовых средств.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПТИМИЗИРОВАННОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

***М.А. Садовой^{2,3}, Т.В. Климчук¹, Л.А. Шпагина^{1,3}, О.Н. Герасименко^{1,3},
В.А. Дробышев^{1,3}***

¹ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 2»,

²ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии
и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна»
Минздрава России,

³ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Медико-социальная значимость проблемы мозгового инсульта (МИ) связана с его высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, а также ведущим местом среди всех причин инвалидности [2, 5]. В России показатели летальности в остром периоде инсульта достигают 35 %, а через год возрастают до 50 % [6, 8]. Двигательные нарушения составляют одно из наиболее частых и тяжелых последствий инсульта, при этом восстановление утраченных функций проявляется максимально в течение 3-6 месяцев с момента заболевания [1,3].

В активизации восстановительных процессов важную роль играет своевременное проведение реабилитационных мероприятий, эффект которых в значительной степени определяется адекватной организацией сестринского ухода, которая включает вопросы адаптации к окружающей среде, обучению приемам самообслуживания, психологической помощи больному и родственникам [4,7].

Таким образом, вопросы оптимизации сестринского ухода пожилых в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта изучены недостаточно, что и определило цель проведения настоящего исследования: на основе комплексного медико-социального исследования, оценить эффективность мероприятий по совершенствованию организации и сестринского ухода за лицами пожилого возраста в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта, в условиях специализированного городского реабилитационного центра.

Материал и методы исследования

База исследования: Городской центр реабилитации больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения при ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 2» г. Новосибирска (главный врач д.м.н. профессор Шпагина Л.А.).

Объект исследования: Сестринский уход за лицами пожилого возраста в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта.

Единицы наблюдения: респонденты (пациенты и медицинский персонал ЛПУ); эксперты.

Общая характеристика больных. В исследование включено 2250 больных (основная группа), мужчины и женщины 60-75 лет, (средний возраст – $71,6 \pm 2,3$ лет), получавших в 2009-2011 гг. восстановительное лечение в палатах интенсивного сестринского наблюдения (ПИСН) городского центра реабилитации больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения при ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 2» г. Новосибирска. Группу сравнения составили 1515 пациентов с ОНМК, получавших в 2006-2008 гг. терапию в палатах неврологического отделения МУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Новосибирска.

Критерии включения: ишемический инсульт в раннем восстановительном периоде, ясное сознание с уровнем бодрствования, достаточным для выполнения инструкций в процессе реабилитационных мероприятий.

Критерии исключения: болезнь Альцгеймера и иные варианты грубых когнитивных нарушений; грубая сенсо-моторная афазия, препятствующая активному вовлечению больных в реабилитационные мероприятия; острые и хронические заболевания в стадии обострения; артериальная гипертен-

зия выше II степени; клинически выраженные формы ишемической болезни сердца (ИБС); нарушения ритма, выраженная сердечная недостаточность, выше II функционального класса по НТНА.

На момент поступления проводился неврологический осмотр по общепринятой схеме с использованием традиционных методов, оценкой функций черепных нервов, двигательной и чувствительной сфер, оценкой мозжечковых функций и функций тазовых органов. состояние всех пациентов расценивалось как легкое и средней тяжести.

Исследование проводилось на основе добровольного информированного согласия больных и их родственников и в соответствии с международными этическими требованиями ВОЗ (Женева, 1993). Программа лечения была одобрена локальным этическим комитетом.

Лечебно-реабилитационный комплекс осуществлялся в условиях организованных при реабилитационном центре палат интенсивного сестринского наблюдения (ПИСН), укомплектованных специально подготовленным средним медицинским персоналом. В обязанности медицинских сестер ПИСН входил круглосуточный уход за больными, в соответствии с уровнем двигательного дефицита, с учетом функционального состояния сердечно-сосудистой системы (коррекция положения, дыхательная гимнастика, пассивная лечебная физкультура) при условии на грузки на одну медсестру-не более 10 пациентов

Методы исследования: 1) статистический; 2) социологический; 3) экономический; 4) экспертный; 5) организационное моделирование.

Статистическая обработка

Анализ данных проводился с помощью статистического пакета программ SPSS 15.0. Статистическое сравнение средних значений между двумя параллельными группами проводилось с помощью двустороннего критерия Стьюдента (для нормального распределения признака). В случае относительно небольшого объема выборки использовался его непараметрический аналог – критерий Манна – Уитни – Вилкоксона. Вероятность ошибки I рода (двусторонний уровень значимости) устанавливалась на уровне 5 %.

Результаты и их обсуждение

В 2006-2008 гг. для неврологического отделения ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 2» были характерными низкая укомплектованность средним медицинским (55,3 %) и младшим медицинским персоналом (44,8 %), а также высокая производственная нагрузка на персонал (80,0 %) и текучесть кадров (56,0 %). Указанное затрудняло выполнение медицинскими сестрами прямых функциональных обязанностей, большой удельный вес в структуре производственного процесса занимали прочие виды

работ (от $24,2 \pm 0,99$ до $26,1 \pm 4,6$ %), а нерациональные затраты составляли $26,2 \pm 4,31$ % рабочего времени.

Организация в условиях городского центра для восстановительного лечения больных с последствиями нарушений мозгового кровообращения палаты интенсивного сестринского наблюдения (ПИСН), определило наличие подготовленного медицинского персонала, а также изменение методических подходов к сестринским навыкам. Анализ заболеваемости цереброваскулярных заболеваний и летальности при их осложнениях, уровня информированности пациентов и родственников, позволил разработать программу обучения по модели «медицинская сестра ПИСН – медсестра – пациент». В основу модели была положена инновационная сестринская технология – сестринский процесс, базирующаяся на пяти этапах: обследование пациентов; выявление их проблем, связанных со здоровьем; планирование сестринской деятельности; реализация планов и оценка результатов.

Для оптимизации системы управления качеством сестринской помощи были разработаны стандарты по сестринскому процессу, проведено обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от стандартов, созданы группы качества в отделениях, снижена внутрисменная нагрузка на одну медсестру. В рамках исследования были проведены разработка и апробация комфортной больничной одежды с функционально-конструктивными элементами, которые обеспечивают легкость и безболезненность проведения лечения в областях выполнения манипуляций.

Наиболее значимыми факторами при оценке качества сестринской помощи, по мнению руководителей ЛПУ, являются: качество выполнения врачебных назначений, качество ухода за пациентами, санитарно-эпидемиологическое благополучие отделения, соблюдение правил работы с медикаментами, в том числе подлежащими предметно-количественному учету (рис. 1).

По мнению медицинских сестер, индикаторными показателями являются: качество выполнения врачебных назначений; соблюдение правил работы с медикаментами, в том числе подлежащими предметно-количественному учету; санитарно-эпидемиологическое благополучие отделения; организация труда медсестер; информационно-методическое обеспечение деятельности медсестер, качество ухода за пациентами.

Анализ деятельности сестринского персонала по уходу за пожилыми пациентами в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта, основанные на разработанных в исследовании принципах систематичности и оперативности сбора показателей работы, позволил принять управленческие решения, позволившие оптимизировать работу медицинских сестер (табл. 1).

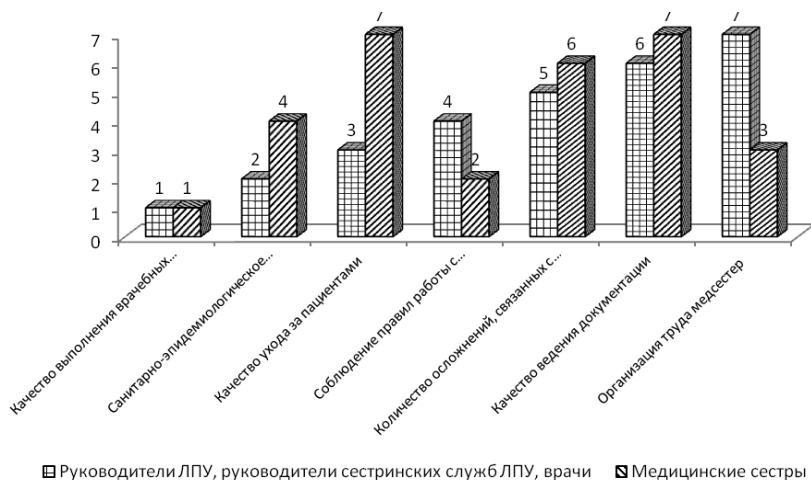


Рис. 1. Оценка качества выполнения функциональных обязанностей средним медицинским персоналом.

Так, было установлено, что в течение 2009-2011 гг. в 1,2 раза повысился уровень требований к оснащению рабочего места медсестры, в 1,16 раза – к уровню соблюдения медсестринских технологий, в 1,17 раза – контролю исправностей медицинских изделий. Результаты итоговой оценки процессуального компонента качества сестринской помощи (ИОПККСУ) показали ее повышение в 1,1 раза с 2009 г. до 2011 г., что свидетельствовало о перспективности внедрения оптимизированных методик сестринского ухода.

Внедрение в условиях городского реабилитационного центра оптимизированной технологии сестринского ухода в процесс реабилитации больны с последствиями ОНМК, улучшило показатели бытовой независимости согласно шкал Бартела и Е.И. Гусева в 1,52 раза, тогда как реабилитация в стандартных палатах неврологического отделения больницы – только в 1,2 раза (рис. 2).

При распределении пациентов по выраженности социально-бытовой адаптации в зависимости от применяемого сестринского ухода оказалось, что частота возвращения пациентов к труду при использовании оптимизированных форм сестринского ухода втрое превышает показатели традиционных технологий ухода, способность к самостоятельному посещению туалета и умыванию – в 2,0 и 1,8 раза соответственно, а приготовление и прием пищи – 4,0 и 2,2 раза соответственно (табл. 2).

Таблица 1

Оценка процессуального компонента качества сестринской деятельности

№	Критерий	Годы		
		2009	2010	2011
1.	Уровень теоретической и практической подготовки	4,7	4,8	4,8
2.	Уровень требований к оснащению рабочего места	4,1	4,4	4,8
3.	Оценка своевременного и правильного заполнения медицинских документов	4,6	4,6	4,8
4.	Оценка правильность учета и хранения, медицинских изделий лекарственных и дезинфицирующих средств	4,4	4,3	4,7
5.	Уровень соблюдения технологий выполнения сестринских процедур	4,2	4,4	4,9
6.	Уровень соблюдения правил внутреннего трудового распорядка	4,8	4,8	4,9
7.	Уровень соблюдения правил санитарно-эпидемиологического режима	4,3	4,5	4,7
8.	Оценка соблюдение правил техники безопасности, охраны труда и противопожарной безопасности	4,6	4,6	4,9
9.	Уровень санитарно-просветительной работы	4,2	4,3	4,9
10.	Уровень обеспечения контроля исправности медицинских изделий	4,1	4,5	4,8
11.	Оценка соблюдения правил профессиональной этики и деонтологии	4,5	4,8	4,9
	Итоговая оценка процессуального компонента качества сестринской помощи (ИОПКСУ)	4,4	4,5	4,8

Внедрение новой модели сестринского ухода привело к увеличению времени сестер на выполнение основной работы до $66,2 \pm 0,35$ в 2011 г. против $55,6 \pm 1,53$ % в 2006 г. на проведение профилактической, санитарно-просветительной работы, выполнение медицинских манипуляций, ухода за пациентами палатных медицинских сестер с 8,3 %, до 25,59 %, сократить время, отводимое на работу с документацией с 21 % до 15,8 %, и работу по обеспечению санитарно-эпидемиологического режима с 12 % до 4,06 % .

У пациентов из палат интенсивного сестринского наблюдения, показатели социальной активности и шкалы ролевого эмоционального функционирования оставались достоверно выше – в 2,2 и 1,9 раза соответственно,

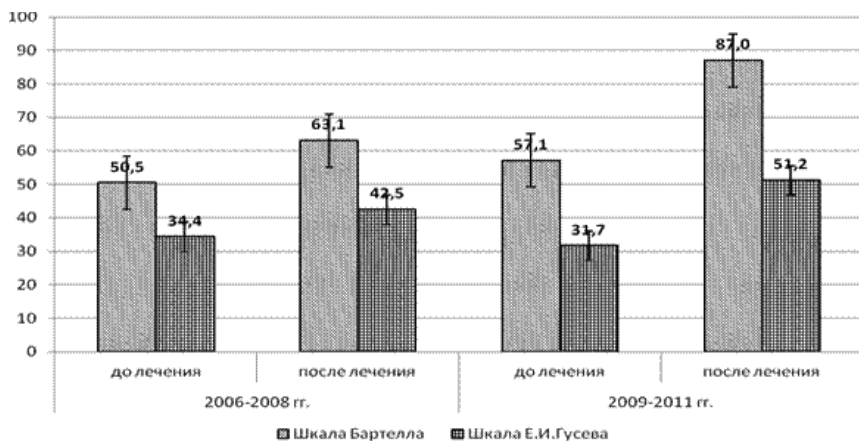


Рис. 2. Показатели бытовой активности больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта, пролеченных в городском реабилитационном центре в динамике наблюдения.

Таблица 2

Распределение пациентов по выраженности социально-бытовой адаптации в зависимости от применяемого сестринского ухода, % (абсолютное число)

Показатель	Внедряемая технология сестринского ухода	Традиционная технология	Коэффициент эффективности сестринской технологии
Возвращение к труду	36,6 (321)	12,2 (107)	3,0
Туалет	71,7 (628)	35,4 (310)	2,0
Умывание	85,7 (751)	46,6 (408)	1,8
Принятие ванны	69,5 (609)	29,2 (256)	2,4
Одевание	72,8 (638)	30,4 (266)	2,4
Прием пищи	81,9 (717)	36,7 (321)	2,2
Приготовление пищи	65,1 (570)	16,2 (142)	4,0

Таблица 3

**Показатели качества жизни больных пожилого возраста
в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта
на фоне дифференцированного сестринского ухода**

Шкалы вопросника SF-36	До начала наблюдения, баллы	После наблюдения в ПИСН, баллы	6 мес после реабилитации в ЛПУ, баллы
Физическое функционирование (PF)	28,6 ± 2,5	33,1 ± 1,4	78,8 ± 3,8
Физически ролевое функционирование (RP)	15,6 ± 1,6	17,6 ± 1,5	74,7 ± 2,9
Боль (P)	34,3 ± 1,7	42,8 ± 2,1	80,1 ± 3,2
Общее здоровье (GH)	38,9 ± 2,1	44,3 ± 2,5	63,3 ± 4,1
Жизненная сила (VT)	43,9 ± 2,3	35,1 ± 2,0	79,4 ± 3,6
Социальное функционирование (SF)	41,3 ± 2,4	42,2 ± 2,6	78,2 ± 2,8
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	49,8 ± 3,3	32,3 ± 2,1	66,4 ± 2,6
Ментальное здоровье (MH)	46,9 ± 2,9	46,3 ± 1,8	74,3 ± 3,2
Физическое функционирование (PF)	17,2 ± 1,5	18,5 ± 1,5	68,7 ± 4,6

по сравнению с аналогичными показателями у пациентов обычных палат неврологического отделения (табл. 3).

В группе больных, пролеченных в ПИСН, показатели депрессии и тревоги снизились в 1,8 раза, тогда как в группе получавших реабилитацию в обычных палатах – в 1,35 раза; уровень эмоциональной лабильности снизился в 1,9 и 1,35 раза соответственно.

Согласно результатов исследования, источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

- оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;
- оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства, на медперсонал, лечение, удовлетворенности фактом пребывания в стационаре, пожеланий;
- оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Экономическая эффективность за счет сокращения длительности случая нетрудоспособности у больных инсультом с различными технологиями сестринского ухода, составила на трехлетний период (2009-2011 гг.) по сравнению с 2006-2008 гг. – 3 925 922 рублей, а экономия за счет снижения первич-

Таблица 4

Финансовые затраты на больных инсультом в зависимости от группы инвалидности с учетом количества больных

Группа инвалидности	Реабилитация в условиях обычных палат (2006-2008)		Реабилитация в условиях ПИСН (2009-2011)	
	у мужчин (в руб.)	у женщин (в руб.)	у мужчин (в руб.)	у женщин (в руб.)
1	44921529,6	42481611,2	7486921,6	-
2	360714080,0	416109162,0	129857068,8	136721581,8
3	553991529,6	311211051,2	526649323,2	304521206,4

Таблица 5

Клинико-экономическая эффективность внедрения сестринских технологий

Показатели	До внедрения сестринских технологий	После внедрения
Количество койко-дней	25,2 (p<0,005)	13,8 (p<0,001)
Доля пациентов с пребыванием в ПИСН, %	34,6 (p<0,005)	10,5 (p<0,001)
Средняя длительность пребывания в ПИСН	2,8 (p<0,005)	2,0 (p<0,001)
Стоимость пребывания в стационаре, руб.	14653,5 p<0,005)	11611,9 (p<0,01)
Стоимость диагностических мероприятий, руб.	7883,9 (p<0,005)	5553,0 (p<0,001)
Стоимость лечения, руб.	10000,5 (p<0,005)	4839,0(p<0,001)
Затраты на медикаменты, руб.	8903,4 (p<0,005)	3204,8 (p<0,001)
Прямые затраты на курс лечения, руб.	32537,9 p<0,005)	22003,9 p<0,001)
Среднесуточная стоимость лечения, руб.	1923,7 (p<0,005)	1246,3 (p<0,001)

ного выхода на инвалидность таких больных составила за тот же период 634 192 861 рублей (табл. 4).

Анализ клинико-экономической эффективности оптимизации сестринского процесса, показал наибольшую рациональность реабилитации в ПИСН в группе наблюдения: общая стоимость комплексной реабилитации больных, перенесших мозговой инсульт, оказалась на 32,8 % ниже, чем в группе со стандартной медикаментозной терапией в неврологическом отделении (табл. 5).

Таким образом, оптимизация сестринского ухода за больными пожилого возраста в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта, про-

ведение лечебно-реабилитационных мероприятий в палатах интенсивного сестринского наблюдения позволяет улучшить у пациентов показатели бытовой независимости в 1,5 раза, снижает долю пациентов с выраженным неврологическим дефицитом в 1,7 раза, увеличивает показатели социальной активности в 2,2 раза, что достоверно опережает аналогичные показатели реабилитации больных в стандартных палатах неврологического отделения. Мониторинг выполнения медсестринской работы позволил разработать интегральный показатель качества для текущей оценки качества сестринского ухода за больными с последствиями нарушений мозгового кровообращения, что привело к увеличению времени сестер на выполнение основной работы в 1,3 раза. Разработка и внедрение современных технологий сестринского ухода за больными пожилого возраста в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта, позволило снизить продолжительность койко-дня на 5,3 % и сократить затраты на оплату случаев нетрудоспособности за трехлетний период на 3 925 922 рублей.

Литература

1. Белова А. Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей/ АН. Белова. – М., 2003. – 450 с.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. М. – 2003. – Т. 1. –347 с.
3. Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии/ Ю.В. Гольдблат – СПб.: Политехника, 2006. – 246 с.
4. Майорчикова С.А. Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательной и нервной систем / С.А. Майорчикова, Л.А. Черникова. – М., 2004. – 398 с.
5. Одинак В.В. Сосудистые заболевания головного мозга / В.В. Одинак, А.А. Михайленко, Ю.С. Иванов, Г.Ф. Семин Г. Ф. – СПб., 2003. – 148 с.
6. Яхно Н.Н. Инсульт как медико-социальная проблема / Н.Н. Яхно, Б.С. Виленский // Русский медицинский журнал, 2005. – № 12. – С. 807-815.
7. Chalmers J., MacMahon S., Anderson C. Clinicians manual on blood pressure and stroke prevention / J.Chalmers, S. MacMahon, C. Anderson Second ed. – London, 2000. – 129 p.
8. WHO MONICA Project, Principal Investigators / J. Clin. Epidemiol. – 1998. – Vol. 41. – P. 105-114.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТЕРИЛИЗАЦИИ И СОХРАННОСТИ ИНСТРУМЕНТАРИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

*О.В. Стрельченко¹, Е.Ю. Орлова¹, Л.Н. Наумова¹, Е.Н. Некрасова¹,
Е.Л. Жигалова²*

¹ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

² ГАОУ СПО НСО «Бердский медицинский колледж»

За последние годы научная и методическая работа по управлению качеством медицинской помощи значительно активизировалась, вместе с тем, участие в ней специалистов со средним медицинским образованием (ССМО) недостаточно изучено и регламентировано. Нет единого понимания качества сестринской помощи, не выработаны ее критерии и механизмы оценки. В большинстве случаев оценивается профессиональная деятельность конкретного специалиста сестринского дела, а не результат участия специалиста со средним медицинским образованием в лечебно-диагностическом процессе.

При организации работы ССМО, основными критериями оценки качества сестринского процесса должны стать профессиональные стандарты и алгоритмы (порядки) оказания сестринской помощи (СП), обеспечивающие соответствующий уровень безопасности и качества медицинской услуги. Вместе с тем, вопросам регламентации деятельности медицинских работников среднего звена до настоящего времени уделяется недостаточно внимания и этим занимаются в основном общественные сестринские ассоциации.

В связи с вышеизложенным в ФГБУЗ СОЛМЦ ФМБА России в последние годы уделяется самое пристальное внимание именно регламентации деятельности ССМО: разработаны профессиональные стандарты по основным специальностям для медицинских сестер стационара (постовой, перевязочной, операционной и т.д.), а так же алгоритмы выполнения некоторых манипуляций, требующих особого внимания и тщательности при их осуществлении.

В настоящей работе в качестве примера приводится методика размещения инструментария малоинвазивной хирургии на специализированную тележку термодезинфектора.

В ЦСО, отработан следующий алгоритм:

- Прием контейнера с инструментарием малоинвазивной хирургии (МИХ) из операционного блока в ЦСО.
- Проведение ревизии содержимого контейнера.

- Поэтапное осуществление размещения инструментария из сеток контейнера (две сетки) на моечную эндоскопическую тележку термодезинфектора G 7835 CD.

Ревизия содержимого контейнера:

- после открытия контейнера, производится осмотр крышки на отсутствие ее деформации и наличие фильтров;
- просматривается заполнение сеток контейнера эндоскопическим набором;
- переносится закрытая металлическая, индивидуальная сетка с оптической трубкой, эндоскопические зажимы, ножницы, диссектор, которые закреплены силиконовым держателем, в тележку термодезинфектора.

Поэтапное размещение эндоскопического инструментария из верхней сетки контейнера на тележку термодезинфектора.

1-й этап. Размещение троакаров с открытыми конвертерами на инжекторные сопла эндоскопической тележки термодезинфектора, подсоединение к ним силиконовых шлангов.

2-й этап. Размещение переходников с открытыми отверстиями на инжекторные сопла тележки термодезинфектора.

3-й этап. Размещение эндоскопических трубок и помещение их в промывочные втулки соответствующего диаметра специализированной тележки термодезинфектора.

4-й этап. Размещение ручек от оптических трубок и помещение их на инжекторные сопла тележки.

5-й этап. Размещение мелких деталей набора в закрытый, сетчатый контейнер размером (80 × 40 × 80mm).

Поэтапное размещение эндоскопического и общехирургического инструментария из нижней сетки контейнера на тележку термодезинфектора.

1-й этап. Световолоконный кабель наматывается на вставку – барабан, по спирали сверху вниз, не допуская его скрутки и ударов о металлические части барабана.

2-й этап. Силиконовый шланг наматывается на вставку – барабан между световолоконным кабелем и подсоединяется нижним концом к промывочной втулке тележки термодезинфектора.

3-й этап. Ручка от аспирационной трубки (один вход два выхода) помещается в инжекторное сопло тележки входной частью.

4-й этап. Аспирационная трубка помещается в промывочную втулку тележки, свободно, без закрепления.

5-й этап. Клепатор переносится в промывочную втулку тележки соответствующего диаметра и подсоединяется к силиконовому шлангу.

6-й этап. Общехирургический инструмент из контейнера переносится на сетчатый лоток от тележки (временно), т.к. контейнерная сетка для нашей эндоскопической тележки велика. Необходимо выполнить при размещении инструментарики некоторые особенности:

- инструмент на сетчатом лотке располагается без наложения замковой части друг на друга (не более двух слоев) для качественной обработки все замковые части инструмента, максимально раскрыты;
- инструменты с изогнутыми рабочими поверхностями располагаются вверх изогнутой частью.

7-й этап. Контейнер с мелкими деталями набора, переносится в большую сетку с общехирургическим инструментом и помещается в тележку.

8-й этап. На верхнюю часть тележки, переносятся силиконовые коврики со дна контейнерных сеток.

9-й этап. По окончании переноса эндоскопического набора из контейнера на тележку термодезинфектора, визуально проверяется правильность загрузки и подсоединения всех элементов набора.

Специализированная тележка, направляется внутрь камеры термодезинфектора и проверяется свободное движение верхнего коромысла над ней.

Полученный нами опыт свидетельствует о том, что для повышения эффективности предлагаемого алгоритма необходимо:

- Применение только проволочных корзин и сетчатых лотков.
- Для обработки контейнерных коробок в дезинфекционно-моечной машине (ДММ) пользоваться специализированной тележкой.
- При комплектации специализированных тележек (эндоскопических) необходимо предусмотреть набор инжекторных сопел, (2,5 mm, 4x100mm,) промывочных втулок (10-15mm), пружинных фиксаторов (4,0 mm).
- Использовать специализированные тележки для ДММ конкретно к определенному набору (общехирургический, эндоскопический, для силиконовых шлангов).
- Использование нейтральных (Рн = 7-8) дезинфицирующих, моющих и ополаскивающих средств в термодезинфекторе, т.к. инструмент эндоскопического набора, относится к многокомпонентному, сложному и дорогостоящему.

АЛГОРИТМ ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ МЕТОДОМ «СУХОЙ ЗАКЛАДКИ»

О.В. Стрельченко¹, Е.Ю. Орлова¹, Г.П. Кашуба¹, Е.Л. Жигалова²

¹ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

² ГАОУ СПО НСО «Бердский медицинский колледж»

В последние годы все большую актуальность приобретает инфекционная безопасность, являющейся важной составляющей частью системы обеспечения качества медицинской помощи. Актуальность ее обусловлена сложностью обработки современного хирургического инструментария и аппаратуры, а так же ростом резистентности микроорганизмов к средствам дезинфекции и антибактериальным препаратам, что обуславливает особенности течения госпитальной инфекции (агрессивность, устойчивость к антибиотикам и др.). Исходя из вышеизложенного в ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (далее Центр) этой проблеме уделяется достаточно много внимание, тем более, что с каждым годом указанной аппаратуры, прежде всего эндоскопической, становится все больше. В связи с этим в Центре активно внедряются современные технологии обработки инструментария, включающие не только смену средств для дезинфекции не реже одного раза в квартал, но и другие, обеспечивающие качество обезвреживания и сокращение времени на предстерилизационную обработку. Для этих целей в последнее время применяется метод «Сухой закладки», алгоритм которого отработан в нашем учреждении, используется при формировании лапароскопической и лапаротомической укладок инструментария и описан в настоящей работе.

Формирование лапароскопической укладки инструментария (алгоритм).

Загрузки использованного медицинского инструментария в контейнеры без дезинфекции (сухая закладка) в операционном блоке.

1. Подготовка инструментария для загрузки в контейнер после ЛХЭ (лапароскопическая холецистэктомия):

- многокомпонентный инструментарий максимально разобрать на составляющие;
- визуально оценить состояние инструмента на предмет целостности перед отправкой в ЦСО;
- убедиться в комплектации контейнера:
 - а) сетки, в т.ч. индивидуальной для оптической трубки;

б) силиконовые маты (коврики);
в) бирки с маркировкой данного набора инструментария на сетках и контейнере.

2. Размещение инструментария на сетках.

2.1. Общехирургический инструментарий:

- все замковые части максимально раскрыть;
- колющие и режущие рабочие части инструментов утопить в силиконовом коврике с направлением к центру сетки;
- располагать инструмент без наложения замковой части друг на друга (не более двух слоев);
- ручки от эндоскопических инструментов уложить по краям сетки кольцами к бортикам сетки горизонтально;
- эндоскопический эвакуатор максимально разобрать на составляющие;
- аспирационные трубки и световолоконный кабель уложить с максимальным диаметром сложения сверху;
- уровень всей загрузки, включая шланги, не должен превышать высоты сетки;
- погрузить готовую сетку в контейнер.

2.2. Укладка специализированного инструментария:

- укладка оптической трубки в корзину с силиконовыми держателями. Место подсоединения оптики к световолоконному кабелю утопить в силиконовый коврик или в боковой силиконовый держатель (силиконовый коврик должен заходить на боковые стенки сетки);
- эндоскопические инструменты, диссектор, ножницы разместить с открытой рабочей частью в корзину к оптике;
- закрыть корзину крышкой с силиконовыми прижимами (атравматическое размещение);
- корзину с оптикой уложить во вторую сетку;
- тубусы рабочих элементов утопить в силиконовый коврик по принципу «валета»;
- конвертеры троакаров в раскрытом состоянии разместить с торцов сетки;
- троакары укладываются на силиконовый коврик вдоль длинной стороны сетки;
- вторую сетку поместить в контейнер.

3. Заменить перчатки. Убедиться в наличии тефлоновых фильтров и отсутствии деформации плоскости крышки. Закрыть крышку контейнера (сопровождается двумя щелчками).

ПРИМЕЧАНИЕ: Для укладки лапароскопического набора необходим контейнер размер 1/1 (580 × 280 × 200 мм) международной классификации, две сетки для инструментария, корзина проволочная для оптической трубки.

Формирование лапаротомической укладки инструментария (алгоритм).

Загрузки использованного медицинского инструментария в контейнеры без дезинфекции (сухая закладка) в операционном блоке.

1. Подготовка инструментария для загрузки в контейнер после лапаротомии:

- многокомпонентный инструментарий максимально разобрать на составляющие;
- визуально оценить инструмент на предмет целостности перед отправкой в ЦСО;
- убедиться в комплектации контейнера:
 - а) сетки;
 - б) силиконовые маты (коврики);
 - в) бирки с маркировкой данного набора инструментария на сетках и контейнере.

2. Размещение инструментария на сетках.

Общехирургический инструментарий:

- все замковые части максимально раскрыты;
- колющие, режущие и изогнутые рабочие части инструментов утапливаются в силиконовый коврик в направлении к центру сетки;
- расположить инструмент без наложения замковой части друг на друга (не более двух слоев – условно);
- неделикатный инструмент может раскладываться в сетку без силиконового коврика: инструменты с изогнутыми рабочими поверхностями располагаются вверх изогнутой частью;
- для компактного размещения по периметру сетки уложить зеркала (печеночные, брюшно-стеночные);
- сетки по времени формируются параллельно.

Общие рекомендации для описанных алгоритмов:

- при подготовке заявки на приобретение контейнеров с комплектацией предусмотреть как минимум по 2 сетки в контейнер, предпочтительно проволочные, т.к. в перфорированных сетках качество мойки в дезинфекционно-моечной машине ниже (инструмент не промывается), с учетом высоты контейнера и состава инструментов в наборе;
- учесть количество инструментария для правильного заполнения контейнера;

- немаловажно: цветовая гамма контейнерных крышек должна соответствовать цвету маркировочных алюминиевых бирок; цвет крышек желательно формировать по профилям оперативных вмешательств (например: урология – желтые, гинекология – зеленые и др.);
- для деликатного инструмента и эндоскопов (оптическая трубка и др.) необходимо использовать проволочные сетки с силиконовыми держателями и крышками, соответственно размеру инструментария;
- обязательной составляющей является наличие специализированных транспортных тележек для доставки и получения из ЦСО контейнеров;
- запас контейнеров со стерильными наборами может храниться в ЦСО и запрашиваться по необходимости (срок стерильности 6 месяцев);
- желательно иметь 2-х кратный запас инструментария для работы таким методом.

Выводы. В результате перехода на обработку инструментария методом «Сухая закладка» выявлен ряд преимуществ:

1) Высвобождается часть времени у операционной сестры, которое ранее они тратили на обработку инструмента;

2) Существенно сокращается расход дезинфицирующих средств, что экономически выгодно и снижает риск возникновения профессиональных заболеваний (в т.ч. аллергии) у сотрудников операционного блока, работающих с дез. средствами.

3) Увеличивается срок службы инструментария в результате применения метода «Сухой закладки», машинной мойки и дезинфекции, с использованием нейтральных (рН = 7-8) моющих и дезинфицирующих средств.

АННОТАЦИИ

РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

О.В. Стрельченко

Участие Центра в реализации федеральной программы модернизации здравоохранения, а так же другие меры, принимаемые в учреждении, способствовали улучшению оснащения оборудованием структурных подразделений, росту профессионализма персонала, что позволило повысить качество оказываемой медицинской помощи населения, расширить перечень медицинских услуг, в т.ч. высокотехнологичных, а так же повысит конкурентоспособность учреждения.

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

А.И. Бабенко, Е.А. Бабенко

В статье указано на социально-гигиеническую значимость исследования патологической поражённости населения, которая формируется из двух основных информационных потоков: результаты массовой диагностики патологии населения в диагностических центрах, поликлиниках и многопрофильных стационарах; результаты вскрытия умерших в патологоанатомических и судебно-медицинских подразделениях. Приводится методический подход к изучению и анализу патологической поражённости, затрагиваются аспекты применения полученных данных для прогнозирования здоровья населения и планирования в здравоохранении.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Ю.В. Балабанова

На сегодняшний момент проблема билиарной гипертензии остаётся одной из

SUMMARY

MODERNIZATION PROGRAM HEALTH CARE IN FSBIIPH SDMC FMBA RUSSIA

O.V. Strelchenko

Participation in the Center of the federal program to modernize health care, as well as other measures taken by the institution contributed to the improvement equipping departments, improve the professionalism of staff, thus improving the quality of medical care of the population, to expand the list of medical services, including high-tech, as well as improve the competitiveness of the institution.

1. ORGANIZATION OF HEALTH CARE

SOCIAL STUDIES hygienically significant lesion is POPULATION

A.I. Babenko, E.A. Babenko

This paper presents the social and hygienic significance of the study pathological defects of the population that is formed of two main information streams: the results of the mass of the population in diagnostic pathology diagnostic centers, clinics and multidisciplinary hospitals, the autopsy of the dead in pathology and forensic units. We present a methodological approach to the study and analysis of pathological lesions, those aspects of application of the data to predict the health and health planning.

COMPREHENSIVE EVALUATION OF THE ECONOMIC PERFORMANCE OF MEDICAL DIAGNOSTIC PATHOLOGY IN bile ducts multi-hospital

Y.V. Balabanova

At the moment the problem of biliary hypertension remains one of the most common in surgery, requiring surgical correction, different variety of reasons and sufficient similarity

распространенных в хирургии, требующей оперативной коррекции, отличающейся многообразием причин и достаточной схожестью их клинической картины. При этом оперативные пособия на желчных протоках по частоте занимают одно из лидирующих мест среди всех операций в абдоминальной хирургии. Главной задачей врачей рентгенологов и хирургов является более точная диагностика, позволяющая применить наиболее оптимальную тактику лечения с учетом клинической и экономической эффективности. В данной статье приводится анализ комплекса диагностических мероприятий с оценкой финансовых затрат.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Г.В. Богомолова

Правильность ведения первичной медицинской документации имеет большое юридическое значение.

При расследовании преступлений против жизни и здоровья, человека важным источником доказательств могут быть документы, составленные врачом, наблюдавшим больного или оказывающим ему первую помощь.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ ПОДЧИНЕНИЯ

Е.И. Бондарева

Одним из оптимальных путей улучшения качества медицинской помощи является внедрение в медицинскую практику международных стандартов ИСО серии 9000, поэтому с 2010 года администрация ФГБУЗ Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России уделяется особое внимание сертификации системы менеджмента качества. В статье описывается опыт внедрения указанной системы в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России.

of their clinical picture. In this case, the operational benefits of bile ducts in frequency occupy a leading position among all operations in abdominal surgery. The main task of medical radiologists and surgeons is a more precise diagnosis, which allows to apply the most optimal treatment with the clinical and cost-effectiveness. This article provides an analysis of the complex diagnostic procedures with an estimate of financial costs.

LEGAL ASPECTS Medical Records

G.V. Bogomolova

Correctness of the primary medical records is of great legal significance.

The investigation of crimes against life and health, human important source of evidence may be documents drawn doctor who observed the patient or a first-aider.

PRACTICAL ASPECTS OF IMPLEMENTATION OF QUALITY MANAGEMENT ESTABLISHMENT OF FEDERAL HEALTH level of indentation

E.I. Bondareva

One of the best ways to improve the quality of health care is the introduction into medical practice of the international standards ISO 9000, so in 2010 the administration FGBUZ Siberian Regional Medical Center FMBA of Russia pays special attention to quality management system certification. This paper describes the experience of implementing this system in FGBUZ SOMTS FMBA Russia.

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ НАУЧНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ
УЧРЕЖДЕНИИ

А.Ф. Гусев, И.Ю. Бедорева, Э.Р. Хафизова

Одной из первостепенных задач медицинской науки остается повышение качества научных исследований. В научно-исследовательском учреждении здравоохранения наряду с оказанием специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи ключевыми процессами также являются научно-исследовательская и образовательная деятельность. Статья посвящена результатам разработки и внедрения системы процессного управления при планировании, проведении научных исследований и оценке их результативности.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО
ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ
ПОМЕЩЕНИЙ И ВОЗДУХА В СТАЦИОНАРЕ
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

П.Ю. Зверев

В статье описаны современные методы дезинфекции помещений и воздуха в стационаре с использованием специального оборудования, а так же преимущества по сравнению с обычными (влажными) и «полусухими» методами дезинфекции.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
ТРЕБОВАНИЯ ДЕЙСТВУЮЩЕГО
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

О.Ю. Лихачева

В статье рассматриваются вопросы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в условиях действующего законодательства. Обосновывается мысль о том, что вопрос информированного согласия на медицинское вмешательство является краеугольным камнем всей системы юридического обеспечения

DEVELOPMENT OF PERFORMANCE
EVALUATION SYSTEM OF SCIENTIFIC
ACTIVITY IN A MEDICAL RESEARCH
INSTITUTION

A.F. Gusev, I.Yu. Bedoreva, E.R. Khafizova

Improvement in quality of scientific researches remains to be among high-priority problems of the medical science. Key processes in a health research institution include, along with the process of healthcare delivery, research and education processes which until now were beyond the scope of Quality Management System application. The paper presents development results and the experience of process-based management system introduction into the research planning, conduction, and efficacy assessment in a medical research institution.

EXPERIENCE WITH MODERN EQUIPMENT
FOR INDOOR AND DISINFECTION OF AIR
HOSPITAL FSBIHP SDMC FMBA RUSSIA

P.Y. Zverev

This article describes the modern methods of disinfection space and air in hospital with specialized equipment and have the same advantages as compared with conventional (wet), and "semi-dry" methods of disinfection.

VOLUNTARY INFORMED CONSENT
(DISCLAIMER) PATIENT'S MEDICAL
INTERVENTION: REQUIREMENTS
APPLICABLE LAW

O.Yu. Lihacheva

The questions of informed consent to medical intervention and non-intervention in the health conditions of the current legislation. Substantiates the idea that the issue of informed consent to medical intervention is the cornerstone of the whole system of legal support medical activities. Showing the current theoretical and practical aspects of obtaining the patient's consent or refusal, the amount of information provided, the order of writing,

медицинской деятельности. Показаны актуальные теоретические и практические аспекты получения согласия или отказа пациента, объем предоставляемой информации, порядок составления документа, особенности оформления для различных видов медицинской помощи.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРЯДУЮЩЕЙ ЖИЗНИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ, КАК ВАЖНЕЙШИЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И УРОВНЯ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

И.Ф. Мингазов, О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев

Представлен анализ динамики изменения продолжительности предстоящей жизни населения Сибирского федерального округа в сравнении с Российской Федерацией. Отмечены особенности, которые заключаются прежде всего в том, что как в целом, так и в отдельных группах (мужчины и женщины, жители города и сельской местности) продолжительность предстоящей жизни в Сибири почти на два года ниже, чем в среднем по России.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИС «МЕДИАЛОГ»

Л.В. Проскура, Л.А. Хван

В статье обобщен первый опыт использования возможностей автоматизированной медицинской системы «Медиалог» для оптимизации работы Врачебной комиссии многопрофильного лечебного учреждения Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России.

СИСТЕМА НАКОПИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ КРЕДИТОВ КАК НОВАЯ ФОРМА ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РУКОВОДЯЩЕГО СОСТАВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Н.Г. Синяговская

В современном мире накоплен большой опыт по применению системы образова-

especially for the design of various types of medical care.

LIFE EXPECTANCY IN SIBERIAN FEDERAL DISTRICT, AS AN IMPORTANT CRITERION FOR THE QUALITY AND LIVING STANDARDS

I.F. Mingazov, O.V. Strelchenko, V.M. Chernyshev

The analysis of the dynamics of change in the life expectancy of the population of the Siberian Federal District, in comparison with the Russian Federation. Marked features which consist primarily in the fact that, as a whole, and in individual groups (men and women, city dwellers and rural areas), life expectancy in Siberia almost two years lower than the average in Russia.

FEATURES OF THE MEDICAL COMMISSION DIVERSIFIED MEDICAL INSTITUTIONS USING MIS "MEDIALOG"

L.V. Proskura, L.A. Hwan

In the article the first attempt to use the automated features of the medical system "Medialog" to optimize the medical commission of medical institutions in the Siberian Regional Medical Center FMBA of Russia.

SYSTEM OF THE ACCUMULATIVE EDUCATIONAL CREDITS AS THE NEW FORM OF POSTGRADUATE EDUCATION OF THE ADMINISTRATIVE BOARD IN HEALTH CARE

N.G. Sinyagovskaya

In the modern world the wide experience on use of system of the educational credits which is utilized as the tool for an assessment

тельных кредитов, который используется как инструмент для оценки уровня послевузовского образования, путем систематического целенаправленного обучения и накопления новых знаний и умений. Для системы здравоохранения в период модернизации отрасли одним из приоритетных направлений является совершенствование системы подготовки управленческих кадров нового поколения. Одним из критериев оценки работы руководящего состава является повышение качества медицинской помощи населению, соответствующую федеральным положениям и стандартам. Вопрос о введении новых форм послевузовского образования для руководителей медицинских учреждений приобретает важное значение.

РОЛЬ ЭКОНОМИКИ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Н.С. Слетникова

В статье рассматриваются роль экономических методов в совершенствовании организации оказания медицинской помощи населению, которые являются если не основополагающими, то очень важными, способными в значительной мере изменить сложившуюся систему здравоохранения в нашей стране. Анализируется динамика изменения заработной платы сотрудников филиала, которая существенно увеличилась в последние три года.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АВС/ВЕН АНАЛИЗ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ ЗА 2012 ГОД

О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков,
И.Ю. Шоркина

В современных экономических условиях для оказания качественной медицинской помощи необходимо контролировать целесообразность финансовых затрат на лекарственные средства. Наиболее простым и информативным методом, позволяющим изучить структуру применяющихся в учреждении медикаментов и соответствие расходов на лекарственные средства степени их необходимости, является фармакоэкономический АВС/ВЕН анализ.

of level of postgraduate education, by systematic purposeful training and accumulation of new knowledge and abilities is stored. For health system during branch modernization by one of the priority directions improvement of system of preparation of administrative shots of new generation is. One of criteria of evaluation of the work of an administrative board is improvement of quality of medical care to the population corresponding to federal provisions and standards. The question of new forms of postgraduate education for heads of medical institutions gets importance.

THE ROLE OF THE ECONOMY IN THE MANAGEMENT OF HEALTH CARE

N.S. Sletnikova

The article discusses the role of economic methods to improve the organization of medical care to people who are, if not fundamental, it is very important, able to significantly change the current health care system in our country. The dynamics of changes in wages of employees of the branch, which has increased significantly in the last three years.

PHARMACOECONOMIC ABC/VEN ANALYSIS FSBIPH SDMC FMBA RUSSIA FOR YEAR 2012

O.V. Strelchenko, O.A. Zarubenko,
I.Y. Shorkina

In the current economic conditions for the provision of quality health care to control the feasibility of the financial costs of medicines. The simplest and most informative method that allows to study the structure of the institution to apply the medicine and the expenditures on medicines extent of their need is pharmacoeconomic ABC/VEN analysis.

О МЕРАХ ПО ПОВЫШЕНИЮ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И
КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев

Анализируются перемены на рынке медицинских услуг в связи с переходом на одноканальное финансирование лечебно-профилактических учреждений в рамках обязательного медицинского страхования. Рассматриваются меры по совершенствованию деятельности медицинских организаций, позволяющих повысить качество медицинской помощи оказываемой ими и их конкурентоспособности.

О МЕСТЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ В СИСТЕМЕ
ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННЫХ
УСЛОВИЯХ

Г.Г. Тесейко

В статье приводятся данные о проведенных медицинских аборт (4866) в больнице за последние 15 лет, у женщин разного возраста. Основную группу составили пациентки в возрасте 20-29 лет (2377). Установлена тенденция снижения количества прерываний беременности у лиц 15-19 летнего возраста и первобеременных. Большинство женщин имеют высшее или среднее специальное образование (около 82 % от опрошенных), что свидетельствует о том, что уровень образования не является гарантией правильного репродуктивного поведения. Отмечено, что необходимо продолжить работу по предупреждению нежелательной беременности, в т.ч. пропаганде эффективных средств и методов контрацепции для профилактики абортов.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-
ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ
В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко,
И.Ф. Мингазов

В статье анализируется динамика демографических процессов, происходящих в Российской Федерации и в Сибирском фе-

ON MEASURES TO IMPROVE EFFICIENCY
AND COMPETITIVENESS OF A HEALTH CARE
INSTITUTION

O.V. Strelchenko, V. Chernyshev

Analyses the changes in the market of medical services in connection with the transition to one-channel financing of medical institutions in the framework of the obligatory medical insurance. Considered the measures on improvement of the activity of the medical organizations, to improve the quality of medical care provided to them and their competitiveness.

ABOUT THE PLACE Abortions IN THE FAMILY
PLANNING IN THE CURRENT CONDITIONS

G.G. Teseyko

The article presents data for a medical abortion (4866) in the hospital for the last 15 years, women of all ages. The main group included patients aged 20-29 years (2377). The tendency to reduce the number of abortions in individuals 15-19 years of age and primiparous. Most women have a higher or specialized secondary education (about 82 % of the respondents), indicating that the level of education is no guarantee of proper reproductive behavior. It was noted that further work was needed to prevent unwanted pregnancies, including promotion of effective tools and methods of contraception to prevent abortions.

FEATURES OF MEDICAL AND DEMOGRAPHIC
PROCESSES in Siberian Federal District

V.M. Chernyshev, O.V. Strelchenko,
I.F. Mingazov

The article analyzes the dynamics of demographic processes in Russia and in the Siberian Federal District in recent years. There have been positive results, including most

деральном округе в последние годы. Отмечаются положительные результаты, в т.ч. наиболее выраженные в округе, где в течение последних двух лет имеет место естественный прирост, в то время как в стране показатели общей смертности и рождаемости сравнялись. Так же говорить о том, что необходимо продолжить работу по стимулированию рождаемости и снижению общей смертности.

О МЕРАХ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

В.М. Чернышев

В статье проведен анализ мер, предпринятых государством по совершенствованию здравоохранения в последние годы и полученных результатов. В ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровья» и Федеральной программы модернизации здравоохранения значительно укрепилась материально-техническая база отрасли, повысилась заработная плата медицинских работников. Вместе с тем, очевидно, что преобразования могли носить более системный и комплексный характер, соответственно, быть эффективней. Предлагаются меры по рационализации реформирования отрасли и решению первоочередных проблем.

О РОЛИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «ВЕРТЕБРОЛОГИЯ» В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Л.С. Шалыгина, М.А. Садовой,
Т.А. Мыльникова

Целью исследования является научное обоснование разработки и реализации на территории России федеральной целевой программы «Вертебрология» как одного из приоритетных направлений в организации оказания высокотехнологичной помощи по профилю «Травматология и ортопедия».

На основе результатов анализа нормативно-распорядительных документов по орга-

pronounced in the area where in the past two years, there is a natural growth, while the country's rates of overall mortality and fertility rates equal. The same is said about the need to continue to stimulate the birth rate and lower total mortality.

ON MEASURES TO IMPROVE THE EFFICIENCY OF THE REFORM RUSSIAN HEALTH CARE

V.M. Chernyshev

In the article the analysis of measures taken by the state to improve health in recent years and the results obtained. In the course of realization of the priority national project «Health» and the Federal program of modernization of health greatly improved the material and technical base of the industry, increased the salaries of health workers. However, it is clear that the changes could be more systematic and comprehensive manner, respectively, be careful. Suggested measures on rationalization of the industry reform and address priority problems.

ON THE ROLE OF THE FEDERAL TARGET PROGRAM «VERTEBROLOGA» IN THE PROVISION OF HIGH-PROFILE FOR ASSISTANCE «TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS»

L.S. Shalygina, M.A. Sadovoi,
T.A. Mylnikova

The aim of this study is scientific justification of development and realization of the federal target program «Vertebrology» in the Russian Federation.

The concept of the federal target program «Vertebrology» is formed on the results of analyses of standard and administrative documents on development of the programs in the health care system and the realized federal target programs in the Russian Federa-

низации деятельности органов управления и учреждений здравоохранения по разработке программ в системе здравоохранения и реализованных целевых федеральных программ в Российской Федерации, изучения отечественных и зарубежных литературных источников, методов статистического анализа, организационного моделирования, сформирована концепция федеральной целевой программы «Вертебрология», в которой предусматривается совершенствование методов профилактики, ранней диагностики и лечения патологии и заболеваний позвоночника и их осложнений.

Ожидаемый медико-социальный эффект: возможность уменьшения среднего койко-дня во время лечения пациентов на высокозатратной стационарной койке, снижение показателей первичного выхода на инвалидность, снижение количества дней нетрудоспособности, увеличение доли пациентов, восстановившихся после заболеваний.

Программа предусматривает полный цикл современных, высоко эффективных профилактических и лечебно-диагностических мероприятий при повреждениях и заболеваниях позвоночника, направленных на предупреждение их и эффективное лечение, раннее выявление, создание федерального вертебрологического регистра, стандартизацию оказания медицинской помощи пациентам с вертебрологической патологией, модернизацию материально-технической базы медицинских организаций, занимающихся диагностикой, профилактикой, лечением и реабилитацией больных с повреждениями и заболеваниями позвоночника, включая создание системы медико-генетического и дистанционного консультирования населения, санаторно-курортное лечение, разработку и реализацию обучающих программ для больных с поражениями позвоночника и медицинских работников, выполнение фундаментальных и прикладных научно-исследовательских работ и более глубокое внедрение отечественных инновационных разработок в области вертебрологии.

tion, material of domestic sources, statistics, organization modeling .

The expected medico-social efficacy will be in possible decreasing of average bed per day at treatment of patients using high expensive stationary bed, decrease the induce of the initial invalidity, days of invalidity, increasing the number of patients, recovered after diseases.

The program deals with improvement of the methods of early diagnostics and treatment of spinal pathology to lower population invalidization and life quality of these patients.

The program presents preventive and medical and diagnostic measures at spinal pathology and diseases: early detection of spinal pathology and diseases, creation of the federal vertebrology register, standardization of medical care rendering to patients, modernization of technical base of medical institutions, engaging in diagnostics, prevention, and rehabilitation of patients with spinal pathology and diseases. It includes treatment, creation of the system of medical and genetic and distant consulting of population, development and realization of training programs for patients with spinal pathology and diseases, carrying out the fundamental and applied research works, introduction of the domestic innovation developments in the field of vertebrology.

2. ДИАГНОСТИКА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАССОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Р. Бухановская

Предлагается использовать метод анкетирования (с оценкой именно ведущих факторов риска) для формирования групп повышенного риска развития патологии молочных желез и первичного отбора пациентов для углубленного обследования. Установлено, что ведущими факторами риска развития патологии молочных желез являются болевой синдром, особенности репродуктивного анамнеза (нарушения менструального цикла), характер семейного положения (неудовлетворенность и ограничение половой жизни, длительное вдовство).

РОЛЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Н.П. Гурьянова

В статье проанализированы результаты суточного мониторинга артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией за 2009-2012 гг. Отмечен низкий процент нормального профиля артериального давления у пациентов, получающих гипотензивную терапию, что свидетельствует о недостаточной её эффективности.

СЛУЧАЙ Фолликулярного рака щитовидной железы с метастазированием в лимфоузлы, подтвержденный цитологическим

Е.С. Козорезова,
И.Ю. Ментюкова-Суздальцева

Описан случай возникновения рака щитовидной железы в раннем возрасте (манифестация заболевания в 17 лет), лимфогенное метастазирование высокодифференцированного фолликулярного рака. Прогресси-

2. DIAGNOSTICS

EFFICIENCY METHOD SURVEY DURING MASS MEDICAL EXAMINATIONS TO DETECT BREAST PATHOLOGY

I.R. Boukhanovskay

It is proposed to use the method of questioning (the assessment is the leading risk factors) for the formation of groups at high risk of breast pathology and initial screening of patients for in-depth examination. Found that the major risk factors for breast pathology is pain, especially reproductive history (menstrual irregularities), the nature of marital status (dissatisfaction and limitation of sexual activity, prolonged widowhood).

THE ROLE OF DAILY MONITORING OF ARTERIAL PRESSURE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY

N.P. Guryanova

The article analyzes the results of daily monitoring of blood pressure in patients with hypertension for 2009-2012 yy. The low percentage of normal blood pressure profile in patients receiving antihypertensive therapy, indicating a lack of effectiveness.

CASE FOLLICULAR THYROID CARCINOMA METASTASIS TO THE LYMPH NODES , THE CONFIRMATION OF THE CYTOLOGIC

E.S. Kozorezova,
I. Yu. Menturyjva-Suzdaltseva

A case of thyroid cancer at an early age (the manifestation of the disease in 17 years), lymph node metastasis of well-differentiated follicular cancer. The progression of the process with the active node in the growth and metastasis of prostate 8 years after removal

рование процесса с активным ростом узла в железе и метастазе через 8 лет после удаления первичного очага указывает на необходимость длительного наблюдения больных, перенесших оперативное лечение по поводу объемного образования щитовидной железы, несмотря на молодой возраст, небольшой размер образования, отсутствие признаков инвазии при удалении первичного очага.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОЛЛЕКТИВНОГО ИММУНИТЕТА К КОРИ СРЕДИ СОТРУДНИКОВ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

С.А. Королёва

Целью работы было проведение серологического мониторинга состояния коллективного иммунитета к кори среди сотрудников ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России.

Было обследовано 588 сотрудников СОМЦ обоих полов различного возраста. Из них отрицательный результат исследования на Ig G к вирусу кори у 32 человек (5,4%). Положительный выявлен у 556 обследованных (94,6%).

Серологический мониторинг состояния коллективного иммунитета к кори среди сотрудников ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России от кори – специфический иммунитет имеют 94,6 % обследованных.

АНАЛИЗ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

Н.А. Полянская, Н.П. Гурьянова

В статье говорится о применении метода электрокардиографии при проведении профилактических медицинских осмотров лиц, занятых на производстве с вредными и опасными условиями труда. Проведен анализ выявленной патологии за 2012 г. Полученные данные подтверждают необходимость данного метода обследования для своевременного выявления изменений со стороны системы органов кровообращения.

of the primary tumor indicates the need for long-term monitoring of patients after surgical treatment for thyroid volume of education, despite his young age, the small size of education, lack of signs of infestation by removing the primary tumor.

STUDY OF IMMUNITY TO MEASLES AMONG EMPLOYEES FGBUZ SOMTS FMBA RUSSIA

S.A. Koroleva

The goal was to serological monitoring of herd immunity to measles among employees FGBUZ SOMTS FMBA Russia.

We examined 588 employees SOMTS both sexes of all ages. Of these, a negative result on the Ig G to measles virus in 32 people (5.4%). The positive was detected in 556 patients (94.6 %).

Serological monitoring of herd immunity to measles among employees FGBUZ SOMTS FMBA Russia measles – specific immunity have 94,6 % of the patients.

ANALYSIS FOR THE FIRST TIME IN REVEALED PATHOLOGY CHECKUP ON FGBUZ SOMTS FMBA RUSSIA

N.A. Polyanskaya, N.P. Guryanova

The article refers to the application of the method of electrocardiography during preventive medical examinations of persons engaged in the production of harmful and dangerous working conditions. The analysis revealed pathology for 2012. These findings support the need for this method of examination for early detection of changes in the circulatory system.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ
СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ
У СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ
НОВОСИБИРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
АКАДЕМИИ ВОДНОГО ТРАНСПОРТА

О.В. Стрельченко, А.А. Еркович,
Л.В. Осадчук, Т.А. Лейтан, Н.А. Ворошилова,
А.В. Попова, И.Н. Печурина

В статье приводятся результаты изучения фертильности студентов и сотрудников НГАВТ мужского пола, установлена, что она у них снижена, выявлена тенденцию ухудшения репродуктивного здоровья этой категории. Приводятся меры, которые необходимы для восстановления репродуктивного здоровья и результаты их применения.

3. КЛИНИКА

РЕГИСТР ЖЕНЩИН С РАССЕЯННЫМ
СКЛЕРОЗОМ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.А. Бабенко, Н.А. Малкова

Проблема рассеянного склероза и беременности имеет неоспоримое научно-практическое значение, поскольку несёт в себе как очень серьёзные медицинские, так и социально-этические аспекты. Актуальность её связана ещё и с тем, что рассеянным склерозом (РС) чаще страдают женщины преимущественно репродуктивного возраста. Цель нашей работы: создание регистра женщин, болеющих рассеянным склерозом с анализом их репродуктивного статуса и его связей с рассеянным склерозом и патогенетической терапией. В настоящее время в регистр включено 267 женщин с достоверным диагнозом рассеянный склероз (согласно критериям McDonald 2005, 2010). В нашей работе мы исследуем следующие аспекты: 1. Влияние РС на беременность (на течение беременности и родов, на развитие плода); 2. Влияние беременности на течение РС (при ремитирующем и вторично прогрессирующем типах); 3. Течение РС у бездетных и рожавших женщин; 4. Роль иммунологических и эндокринных факторов на течение РС в период беременности и послеродовой период. 5. Роль лактации. 6. Лечение обо-

ORGANIZATION OF SCREENING STUDY OF
REPRODUCTIVE FUNCTION IN STUDENTS
AND EMPLOYEES NOVOSIBIRSK STATE
ACADEMY OF WATER TRANSPORT

O.V. Strelchenko, A.A. Jerkovich, L.V. Osadchuk,
T.A. Leitan, N.A. Voroshilova, A.V. Popova,
I.N. Pechurina

The article presents the results of a study of fertility students and staff NGAVT male, set it to be less, there was a trend of deterioration of reproductive health in this category. Outlines actions that are necessary to restore reproductive health and the results of their application.

3. CLINIC

REGISTER OF WOMEN WITH MULTIPLE
SCLEROSIS NOVOSIBIRSK REGION

L.A. Babenko, N.A. Malkova

The problem of multiple sclerosis and pregnancy has an indisputable scientific and practical importance, since the bears as a very serious health and socio-ethical aspects. Its relevance is also connected with the fact that multiple sclerosis (MS) usually affects women of reproductive age mostly. The aim of our work: creating the register of women who are suffering from multiple sclerosis with an analysis of their reproductive status and its relationship to multiple sclerosis pathogenesis and therapy. Currently, the registry included 267 women with a documented diagnosis of multiple sclerosis (according to the McDonald 2005, 2010). In this paper, we investigate the following aspects: 1. Effect of MS on pregnancy (in pregnancy and childbirth, the fetus), 2. Effect of pregnancy on the PC (with relapsing-remitting and secondary progressive types) 3. The course of MS and childless women who gave birth 4. The role of the immune and endocrine factors on the course of MS during pregnancy and the postpartum period. 5. Role of lactation. 6. Treatment of exacerbations during pregnancy, prevention and treatment of postpartum re-

стрений во время беременности, Профилактика и лечение обострений после родов. 7. Влияние ПИТРС на течение беременности, на развитие плода, возможность сохранения ПИТРС при беременности.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ

Т.В. Захарова

В современных условиях нейросенсорная тугоухость является достаточно распространенным профессиональным заболеванием и поэтому привлекает внимание врачей профпатологов и оториноларингологов. В настоящей статье приводятся данные литературы о современных подходах к профилактике, диагностике и лечению указанной патологии (литературный обзор).

РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ И НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ

И.С. Кунин

Проблемы хирургического лечения рака предстательной железы, и улучшения результатов – становится всё более актуальными для хирургов России. Метод неoadъювантной химиотерапии является стандартным и перспективным методом комбинированного лечения злокачественных новообразований. Гормональная терапия рака предстательной железы наглядно продемонстрировала свою эффективность в лечении РПЖ. Комбинация этих методов позволяет надеяться на улучшение ближайших и отдалённых результатов

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ФИЗИОЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Н.Д. Ладунка, О.В. Шухлеева, Н.В. Силантьева

Приводятся патогенетически обоснованные методы физиотерапии при дорсопатиях шейно-грудного отдела позвоночника и даны рекомендации по их использованию

lapse. 7. Influence PITRS on pregnancy, fetal development, the ability to save PITRS in pregnancy.

CONTEMPORARY ISSUES PREVENTION, DETECTION AND TREATMENT OF OCCUPATIONAL HEARING LOSS

T.V. Zakharova

In modern conditions, sensorineural hearing loss is a common occupational disease and, therefore, attracts the attention of doctors and pathologist otorinolaryngologov. This article presents the data in the literature on contemporary approaches to prevention, diagnosis and treatment of this pathology (literature review).

RADICAL PROSTATECTOMY AND NEOADJUVANT HORMONES

I.S. Kunin

The problems of the surgical treatment of prostate cancer, and improve outcomes – is becoming more and more relevant for surgeons Russia. The method of neoadjuvant chemotherapy is standard and a promising method for the combined treatment of cancer. Hormone therapy for prostate cancer has demonstrated its effectiveness in the treatment of prostate cancer. The combination of these techniques allows us to hope for improvement in short-and long-term results

EXPERIENCE WITH NEW METHODS FOR PHYSIOTHERAPY DORSOPATHIES CERVICAL-THORACIC SPINE

N.D. Ladunka, O.V. Shuhleeva, N.V. Silantyeva

Given pathogenesis based methods of physiotherapy in Dorsopathies cervical and thoracic spine, and recommendations for their use in different stages and with different symptoms of the disease.

в разных стадиях и при разных симптомах данного заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЯЗЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Н.А. Левченкова

Целью исследования (работы) было изучение действия лечебных препаратов, приготовленных на основе природных лечебных грязей с озера «Соленое» курорта «Усть-Кут» и использование их в практике врача-стоматолога.

Грязевые препараты применялись различными методами у больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава и с заболеваниями тканей пародонта, проведен сравнительный анализ действия данного лечения в зависимости от способа введения препарата.

Наблюдения показали, что применение грязевых препаратов в сочетании с электрофорезом, способствует увеличению терапевтической эффективности у пациентов данной группы заболеваний.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

А.П. Мищенко, Н.Б. Капустинская, Н.В. Березюк, А.А. Хегай, О.И. Чепурнов, А.М. Трепольская, В.Н. Ковалев

Описана адекватная анестезиологическая защита в детской оперативной оториноларингологии, которая складывается из многих компонентов: адекватная психологическая подготовка, быстрая безболезненная индукция, мультимодальное периоперационное обезболивание (наркотические анальгетики + НПВС), использование южных интубационных трубок (удобство работы хирурга, хорошая фиксация трубки, минимизирован риск экстубации и повреждения трубки), адекватное поддержание анестезии, быстрое спокойное пробуждение

APPLICATION OF MUD PRODUCTS IN CLINICAL PRACTICE DOCTORS-STOMATOLOGISTS N.A. Levtchenkova

The purpose of the study (work) was to study the effect of therapeutic drugs, prepared on the basis of natural therapeutic mud from the Lake "Salty" resort "UST-Kut" and use them in practice, a dentist.

A variety of methods were applied mud treatments in patients with temporomandibular joint disorders and periodontal tissues diseases, comparative analysis of the effects of the treatment depending on the method of application.

Observations have shown that the use of mud of drugs in combination with electrophoresis, helps to increase therapeutic efficacy in patients of this group of diseases.

MODERN TECHNIQUES OF ANESTHETIC PROTECTION IN ENT SURGERY IN CHILDREN

A.P. Mishchenko, N.B. Kapustinskaya, N.V. Berezyuk, A.A. Khegai, O.I. Chepurnov, A.M. Trepolskaya, V.N. Kovalev

Described an adequate anesthetic protection of children's operative otolaryngology, which consists of many components: adequate psychological preparation, quick painless induction, multimodal perioperative analgesia (narcotic analgesics + NSAIDs), the use of endotracheal tubes southern (convenience of a surgeon, good fixation of the tube, and minimized the risk of extubation damage to the tube), the adequate maintenance of anesthesia, rapid peaceful awakening.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ АНОМАЛИЙ
АРХИТЕКТониКИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА
ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ
ДИСФУНКЦИИ ПО ДАННЫМ
ФАРМАКОДОПЛЕРОГРАФИИ**

И.Н. Печурина, А.А. Еркoвич,
Н.И. Голубовская

Среди наиболее значимых этиопатогенетических механизмов развития эректильной дисфункции (ЭД) рассматривают изменения артериального русла. Установлено, что наличие «асимметричного» артериального кровотока делает таких мужчин более чувствительными к этиологическим аспектам развития ЭД, провоцируя раннее начало и более тяжелый вариант течения ЭД.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
В ЭНДСКОПИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ**

Е.П. Рогалева, И.С. Гаек

Описаны результаты применения фотодинамической терапии (ФДТ) при некоторых заболеваниях и установлено, что она является безопасным и эффективным методом паллиативного лечения. У ФДТ сохраняется большой потенциал для применения у больных с ранним раком и может быть альтернативой хирургическому лечению. Однако в настоящий момент у большинства пациентов он еще не стал методом выбора. При пищеводе Барретта оправдано использование ФДТ у больных с дисплазией либо с раком пищевода на фоне пищевода Барретта. Определенную сложность для равномерного распределения света представляют перистальтика и форма просвета пищевода и желудка.

**ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА
РЕПРОДУКТИВНЫХ НЕУДАЧ**

О.В. Стрельченко, О.А. Зарубенков,
Н.В. Шангурова, К.А. Самойлова,
О.А. Ортнер, Ю.В. Шоркин, М.В. Серякова

Изучалось влияние избыточной массы тела и ожирения на течение и исходы беременности. Мы ретроспективно отобрали 100 па-

**RELATIONSHIP ANOMALY ARCHITECTONICS
arterial bed SEX WITH A MEMBER
OF ERECTILE DYSFUNCTION IN THIS
FARMAKODOPLEROGRAFIИ**

I.N. Pechurina, A.A. Jerkovic, N.I.Golubovskay

Among the most important etiological and pathogenetic mechanisms of erectile dysfunction (ED) are considering changes in the arterial bed. Found that the presence of an "asymmetric" in blood flow makes these men more susceptible to the etiological aspects of ED, causing early onset and more severe clinical course of ED.

**FIRST EXPERIENCE OF THERAPY
FOTODINAMICHEKOY IN THE ENDOSCOPY
DEPARTMENT FGBUZ SOMTS FMBA RUSSIA**

E.P. Rogaleva , I.S. Gaek

The results of application of photodynamic therapy (PDT) in some diseases and found that it is safe and effective palliative treatment. In photodynamic therapy remains great potential for use in patients with early cancer and may be an alternative to surgical treatment. Currently, however, most of the patients he had not yet become the method of choice. When Barrett's esophagus is justified by the use of PDT in patients with dysplasia or cancer of the esophagus against the background of Barrett's esophagus. Certain complexity for uniform light distribution are peristalsis and shape of the lumen of the esophagus and the stomach.

**OBESITY AS A FACTOR OF REPRODUCTIVE
FAILLS**

O.V. Strelchenko, O.A. Zarubenko,
N.V. Shangurova, K.A. Samoilova, O.A. Ortner,
Y.V. Shorkin, M.V. Seryakova

Have been studied influence of obesity on pregnancy and labour. We divided 100 patients of gynecological department of FGBUZ

циенток ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, которых разделили на 2 группы по 50 человек: 1 группа – беременные с избыточной массой тела и ожирением; 2 группа – беременные с нормальными росто-весовыми показателями. Возраст пациенток колебался от 20 до 39 лет. В обеих группах самопроизвольные выкидыши случались чаще у женщин с хроническим тонзиллитом, бронхитом, гастритом. Частота гинекологических гормонозависимых заболеваний, инфекций полового тракта была в 3 раза выше у женщин с выкидышами. Основную долю указанной соматической и гинекологической патологии приносили женщины с избыточным весом и ожирением. В анамнезе пациенток 1 группы в 3 раза чаще наблюдались нарушения менструального цикла и бесплодие. У 78 % женщин 1 группы беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. Самопроизвольные срочные роды произошли у 60 % женщин 2 группы. В группе женщин с ожирением процент кесарева сечения составил 75. Женщины 2 группы чаще рожали самопроизвольно – 67 %. Преждевременные роды наблюдались только в 1 группе.

СИНДРОМ ДИССОЦИАЦИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Д.В. Сазонов, Н.А. Малкова

Описаны случаи клинико-томографических диссоциаций составляют достаточно большую часть клинической практики в диагностике и лечении РС. Наличие у пациента одного из вариантов КТД осложняет диагностический процесс, часто приводя к ошибочному диагнозу и лечению. Также выявление КТД при уже установленном диагнозе РС влияет на выбор тактики дальнейшей терапии.

На основании данных клинического осмотра и МРТ-исследования можно выделить два варианта КТД:

1. Клинико-томографическая диссоциация с преобладанием неврологического дефицита.

2. Клинико-томографическая диссоциация с преобладанием поражения на МРТ.

2.1. С наличием нескольких крупных вплоть до опухолевидных очагов

SOMTSC FMBA of Russia hospital on 2 groups: first group included pregnant women with obesity, second group included pregnant women with normal weight. All patients were from 20 to 39 years old. Abortions happened more often in women with chronic inflammatory diseases. Frequency of gynecological hormone-dependent disorders, genital infections was three times as high in women with abortions.

The main part of somatic and gynecological pathology was in group of women with obesity. Besides, first group women three times as frequent suffer from menstrual disorders and infertility. Pregnancy outcomes in first group were in 78 % abortions. Second group women delivered babies in 60 %. Operative labours were observed in 75 % cases in group of women with obesity. Women with normal weight delivered babies per vias naturalis in 67 % cases. Premature labours were observed only in first group.

DISSOCIATION SYNDROME IN MULTIPLE SCLEROSIS

D.V. Sazonov, N.A. Malkov

There are cases of clinical and tomographic dissociation are sufficiently large part of clinical practice in the diagnosis and treatment of MS. If the patient has one of the options KTD complicates the diagnostic process, often leading to erroneous diagnosis and treatment. And identifying at KTD already established diagnosis of MS affects the choice of tactics to further therapy.

On the basis of clinical examination and MRI studies at two possible KTD:

1. Clinical and tomographic dissociation with prevalence of neurologic deficit.

2. Clinical and tomographic dissociation with a predominance of lesions on MRI.

2.1. With the presence of several large until tumor foci

2.2. With pockets of medium and small size, but the amount is much higher than typical.

2.2. С наличием очагов среднего и мелкого размера, но количеством, значительно превышающим характерное.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ВETERANОВ БОВЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.Н. Торгашов, А.И. Пальцев, В.С. Мякотных

Изучение состояния здоровья ветеранов боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе позволили определить общность патогенетических механизмов развития ряда соматических заболеваний. Определена зависимость развития заболеваний от возраста ветеранов, интенсивности посттравматического стрессового расстройства. Показаны пути развития соматической патологии у ветеранов и хронической боли, приводящие к полиорганной патологии.

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ПАЦИЕНТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

С.А. Чернигина

В терапевтическом отделении находятся на лечении и обследовании пациенты преимущественно с сердечно-сосудистой патологией. Периодически встречаются другие заболевания, протекающие недостаточно типично. Описан случай выявления острого лейкоза, недифференцированный вариант, впервые выявленный у пациента в возрасте 76 лет.

АКНЕФОРМНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

В.Е. Шугаев

Представлен случай «медикаментозного акне», развившегося у женщины 50 лет на фоне медикаментозного лечения дорсопатии поясничного отдела позвоночника. Описана клиника, причина возникновения, особенности проявления.

PATHOGENETIC MECHANISMS OF DEVELOPMENT STRESS-INDUCED PATHOLOGIES AT VETERANS OF WARS WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

M.N. Torgashov, A.I. Paltsev, V.S. Myakotnykh

The study of health veterans fighting in Afghanistan, and in the Northern Caucasus have made it possible to identify common of pathogenetic mechanisms development of a some somatic diseases. Defined dependence development diseases of age veterans, intensity post-traumatic stress disorder. Shows the path of development somatic pathologies in veterans and chronic pain, causing the system organ dysfunction or pathology.

A CASE OF ACUTE LEUKEMIA PATIENT THERAPVTICHESKOGO BRANCH

S.A. Chernigina

In the medical ward are in treatment and examination of patients with predominantly cardiovascular disorders. Periodically, there are other diseases that occur not typical. A case of detection of acute leukemia, undifferentiated variant, first identified in a patient aged 76 years.

AKNEFORMNYYE dermatoses. Clinical CASE.

V.E. Shugaev

A case of acne «medication» that developed in a woman 50 years old with medical treatment dorsopathies lumbar spine. Describes the clinical features, causes, manifestations of features.

4. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИНГОВЫХ РАБОТ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ОСНОВЕ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДА БЕЗВЕДЕРНОЙ УБОРКИ

Е.Ю. Орлова, П.Ю. Зверев

В статье приводится современная технология выполнения клининговых работ в ЛПУ, которая позволяет значительно повысить качество уборки помещений, экономит время, сокращает расход дезинфицирующих и моющих средств, гарантирует высокий уровень гигиены, максимальное удобство в работе и значительную экономию финансовых средств.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПТИМИЗИРОВАННОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

М.А. Садовой, Т.В. Климчук, Л.А. Шпагина,
О.Н. Герасименко, В.А. Дробышев

Оптимизация сестринского ухода за больными пожилого возраста в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта, проведение лечебно-реабилитационных мероприятий в палатах интенсивного сестринского наблюдения позволила улучшить у пациентов показатели бытовой независимости в 1,5 раза, снизить долю пациентов с выраженным неврологическим дефицитом в 1,7 раза, увеличить показатели социальной активности в 2,2 раза, что достоверно опережало аналогичные показатели реабилитации больных в стандартных палатах неврологического отделения. Применение современных технологий сестринского ухода за больными перенесшими мозговой инсульт, позволило снизить продолжительность койко-дня на 5,3 % и сократить затраты на оплату случаев нетрудоспособности за трехлетний период на 3 925 922 рублей.

4. NURSING

IMPROVING THE EFFICIENCY OF CLEANING JOBS IN MEDICAL INSTITUTIONS BASED ON THE IMPLEMENTATION OF THE METHOD OF CLEANING WITHOUT BUCKETS

E.J. Orlova, P.Yu. Zverev

The article provides a modern technology of the cleaning work to a facility that can significantly improve the quality of cleaning the premises, saves time, reduces the amount of disinfectants and detergents, ensures a high level of hygiene, maximum convenience and significant financial savings.

MEDICAL SOCIAL AND ECONOMIC PERFORMANCE OPTIMIZED NURSING CARE OF PATIENTS AFTER STROKE

M.A. Sadovoi, T.V. Klimchuk, L.A. Shpagina,
O.N. Gerasimenko, V.A. Drobyshev

Optimization of nursing care for elderly patients in the early recovery period of stroke, treatment and rehabilitation measures in the intensive nursing supervision has improved in patients indicators of household independence of 1,5 times, reduce the proportion of patients with severe neurological deficits by 1.7 times, increase the performance of social activity 2.2 times, significantly ahead of the corresponding figures in the rehabilitation of patients with neurological department of the standard wards. The use of modern technologies of nursing care after stroke, reduced the prodolzhielnost bed-days by 5,3 % and reduce the costs of paying disability benefits for three years for 3,925,922 rubles.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ
ЭФФЕКТИВНОСТИ СТЕРИЛИЗАЦИИ
И СОХРАННОСТИ ИНСТРУМЕНТАРИЯ
МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова,
Л.Н. Наумова, Е.Н. Некрасова, Е.Л. Жигалова

В статье описаны современные подходы к повышению эффективности стерилизации очень сложной и дорогостоящей аппаратуры, которой становится все больше в лечебно-профилактических учреждениях. Использование предлагаемых методов позволяет не только повысить качество обезвреживания оборудования, но и продлить срок его эксплуатации.

АЛГОРИТМ ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ
ОБРАБОТКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ИНСТРУМЕНТАРИЯ МЕТОДОМ «СУХОЙ
ЗАКЛАДКИ»

О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова, Г.П. Кашуба,
Е.Л. Жигалова

Описана предстерилизационная обработка хирургического инструментария методом «Сухой закладки», которая значительно сокращает время подготовки и повышает качество его обработки. Приводятся алгоритмы формирования укладок инструмента для разных манипуляций.

MODERN APPROACH TO IMPROVE
EFFICIENCY AND CONSERVATION TOOLS
STERILIZATION MINIMALLY INVASIVE
SURGERY

O.V. Strelchenko, E.Y. Orlova, L.N. Naumova,
E.N. Nekrasova, E.L. Zhigalova

The article describes the current approaches to improve the efficiency of sterilization is very complex and expensive equipment, which is becoming more and more in health care settings. Using the proposed method not only improves the quality of decontamination equipment, but also to extend its service life.

ALGORITHM PREDSTERILIZATIONNOY
PROCESSING METHOD SURGICAL
INSTRUMENTS "DRY BOOKMARKS"

O.V. Strelchenko, E.Y. Orlova, G.P. Kashuba,
E.L. Zhigalova

Described prior-processing surgical instruments using «Dry bookmarks», which significantly reduces the time of preparation and enhances the quality of its processing. Algorithms for the formation of different hair styling tool for manipulation.

Под общей редакцией
Стрельченко Оксаны Владимировны

Научные труды ФГБУЗ
«Сибирский окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства»
Том 2



Сертификат системы менеджмента качества в соответствии с ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2011)

Художник обложки *В.И. Шумаков*
Оператор компьютерной верстки *С.А. Косолапова*

Подписано в печать 30,11.13. Формат 60*84/16.

Усл. печ. л. 14,75. Уч.-изд. л. 13,47.

Тир. 100 экз. Бумага офсетная.

Отпечатано в типографии ИП «Жидков И.Л.»
630091, г. Новосибирск, ул. Коммунистическая, 35

