

**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 1

Новосибирск 2012

УДК 614.2:616-082 (063)

ББК 51.1 (2)

Н 34

Редакционная коллегия:

к.м.н. О.В. Стрельченко, к.м.н. Е.А. Бабенко, д.м.н., проф.

А.А. Еркович, к.м.н. О.А. Зарубенков, Т.А. Лейтан, д.м.н., проф.

Н.А. Малкова, И.Ф. Мингазов, Н.Г. Синяговская, д.м.н. В.М. Чернышев

Н 34 **Научные труды ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» / Том 1.** / Под общей редакцией О.В. Стрельченко – Новосибирск: ООО ТД «Сибирский», 2012. –208 с.

ISBN 978-5-905902-05-5

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

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

Работы опубликованы в авторской редакции

УДК 614.2:616-082 (063)

ББК 51.1 (2)

ISBN 978-5-905902-05-5

©ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

Предисловие	8	Preface	8
О.В. Стрельченко Некоторые итоги работы ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в последние годы и перспективы развития	10	O.V. Strelchenko Some results of the work and prospects FGBUZ SOMC FMBA RUSSIA	10

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. ORGANIZATION OF HEALTH CARE

Т.И. Алексеевская, С.В. Макаров, Н.В. Шеломидо Результаты социологической оценки результатов профилак- тики искусственных прерываний беременности и пропаганды ме- тодов контрацепции обществен- ными организациями	20	T.I. Alekseevskaya, S.V. Makarov, N.V. Shelomido Sociological results of evaluating the prevention abortion and contraception propaganda methods of public organizations	20
Е.А. Бабенко, А.И. Бабенко Интегрированная оценка значи- мости классов болезней при гос- питализации пациентов в ста- ционар ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России	25	E.A. Babenko, A.I. Babenko Integrated assessment of the significance of the classes of disease in hospitalization-patient FGBUZ SOMC FMBA RUSSIA	25
Н.И. Гомерова, Е.Л. Жиленко, М.А. Захарова Здоровье, образ и качество жиз- ни населения старшей возрас- тной группы г. Новосибирска (в рамках международного проекта «Здоровые города»)	31	N.I. Gomerova, E.L. Zhilenko, M.A. Zakharova Health, image and quality of life, the senior age group Novosibirsk (within the project "Healthy cities")	31
Е.Н. Дергачёва, М.А. Захаро- ва, Н.С. Виноградова Оценка качества питания насе- ления города Новосибирска (на примере работников учреждения бюджетной сферы города Ново- сибирска)	42	E.N. Dergacheva, M.A. Zakh- arova, N.S. Vinogradova Power quality assessment of population city of Novosibirsk (for example, employees of public sector institutions of the city of Novosibirsk)	42

Е.Н. Дергачева, М.Л. Фомичева Роль скрининговых методов исследования в выявлении факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья города Новосибирска	50	E.N. Dergacheva, M.L. Fomicheva The role of research screening methods to identify risk factor for chronic noncommunicable diseases in the city of Novosibirsk health centers	50
П.Ю. Зверев О состоянии инфекционной безопасности в стационаре ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (2009-2011 гг.)	55	P.Y. Zverev State security hospital infection FGBUZ SOMC FMBA Russia (2009-2011 yy.)	55
С.И. Кулинич, В.А. Крамарский, А.С. Таюрская Эпидемиология гестозов в условиях крайнего севера	59	S.I. Kulinich, V.A. Kramarsky, A.S. Tayurskaya Epidemiology of gestosis in the far north	59
С.И. Кулинич, В.А. Крамарский, А.С. Таюрская Частота гестозов в районах крайнего севера как проявление дезадаптации организма беременных в особых климатических условиях	63	S.I. Kulinich, V.A. Kramarsky, A.S. Tayurskaya Frequency of gestosis in the far north as a manifestation of the body of a pregnant disadaptation in distinct climate	63
И.Ф. Мингазов О некоторых аспектах влияния социально-экономических факторов на состояние здоровья населения	66	I.F. Mingazov Some aspects of the influence of socio-economic factors in the state of public health	66
Л.В. Проскура, Л.А. Хван Особенности работы врачебной комиссии многопрофильного медицинского учреждения	69	L.V. Proskura, L.A. Hvan Features of the board of medical institutions diversified medical	69
Л.П. Радченко, О.В. Стрельченко, Н.А. Ворошилова, Л.В. Осадчук, Т.А. Лейтан, А.А. Еркович, А.В. Попова, И.Н. Печурина Скрининговое исследование репродуктивной функции у студентов и сотрудников НГАВТ	73	L.P. Radchenko, O.V. Strelchenko, N.A. Voroshilova, L.V. Osadchuk, T.A. Leitán, A.A. Erkovich, A.V. Popova, I.N. Pechurina Ckriningovoe reproduction studies have students and staff	73

Н.Г. Синяговская История филиала № 1 – ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ (Ал- тайская больница)	78	N.G. Synyagovskaya History of hospitals branch № 1 – FGBUZ SOMC FMBA Russia (Altai hospital)	78
О.В. Стрельченко, В.М. Чер- нышев, И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова, В.Г. Семено- ва Анализ состояния заболева- емости населения Сибирского федерального округа за 2011 год	87	O.V. Strelchenko, V.M. Cher- nyshev, I.F. Mingazov, E.V. Gerasimova, V.G. Seme- nova Analysis of incidence population Siberian federal district for the year 2011	87
О.В. Стрельченко, А.А. Ерков- вич, В.Н. Федоренко, М.В. Тур- ганова, О.С. Каменских, С.П. Деревянко Эпидемиологи- ческие данные о распространен- ности эректиль-ной дисфункции у мужчин г. Новосибирска	97	O.V. Strelchenko, A.A. Erko- vich, V.N. Fedorenko, M.V. Turganova, O.S. Kamens- ky, S.P. Derevianko Epidemiological data on the prevalence of erectile dysfunction in men Novosibirsk	97
И.М. Строганова Изучение уровня и характера поражения слуховой системы у сотрудников ОАО «Томская су- доходная компания» в условиях профвредности с целью раннего выявления нейросенсорной ту- гоухости и предотвращения ин- валидизации	99	I.M. Stroganova Study level and character of employees auditory system in "Tomskaya sudohodnaya company" in profvrednosti for early detection and prevention sensorineural hearing loss disablement	99
И.М. Строганова Скрининговое исследование распространенности атероскле- роза брахиоцефальных артерий	104	I.M. Stroganova Screening ubiquitous atherosclerosis of brachiocephalic arteries	104
С.А. Чернигина О работе тера- певтического отделения стацио- нара ФГБУЗ СОМЦ ФМБА Рос- сии (1988-2012 гг.)	106	S.A. Chernigina On the therapeutic hospital division FGBUZ SOMC FMBA Russia (1988-2012 yy.)	106
В.М. Чернышев, О.В. Стрель- ченко Место и роль ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в здраво- охранении Сибирского феде- рального округа	109	V.M. Chernyshev, O.V. Strelchenko Place and role FGBUZ SOMC FMBA Russia in healthcare Siberian federal district	109

2. ДИАГНОСТИКА

2. DIAGNOSTICS

Н.П. Гурьянова Применение методов функциональной диагностики в условиях многопрофильного стационара	116	N.P. Guryanova Application of functional diagnostics in general hospital	116
Н.П. Гурьянова Опыт применения методов стимуляционной электромиографии в отделении функциональной диагностики	122	N.P. Guryanova Application of methods stimulus electromyography in department of functional diagnostics	122
Е.В. Копылова, А.И. Пальцев Лучевые методы исследования в диагностике моторно-кинетических нарушений желчного пузыря при хроническом описторхозе	128	E.V. Kopylova, A.I. Paltsev Beam methods in the diagnosis of motor kinetic-infringement with gallbladder chronic opisthorchiasis	128
О.А. Якубенко, А.П. Дергилев, Г.А. Бойко Возможности ультразвукографии при обследовании пациенток до и после реконструктивно-восстановительных операций в области тазового дна	136	O.A. Yakubenko, A.P. Dergilev, G.A. Boyko Opportunities in ultrasonography examination of patients before and after reconstruction-reduction of operations for the pelvic floor	136

3. КЛИНИКА

3. CLINIC

А.С. Базлов, М.Н. Малеев, А.П. Мищенко, О.В. Моргаева, Е.В. Смирнова, А.М. Трепольская, О.И. Чепурнов Положительные клинико-экономические эффекты реинфузии аутокрови	147	A.S. Bazlov, M.N. Maleev, A.P. Mishchenko, O.V. Morgaeva, E.V. Smirnova, A.M. Trepolskaya, O.I. Chepurnov Positive clinical and economic effects autologous blood reinfusion	147
Е.В. Жарикова, Д.А. Долженко, Н.В. Назаренко, А.Г. Ремнев Варикоз эпидуральных вен как один из факторов компрессионного корешкового синдрома у больных с грыжами поясничного отдела позвоночника	150	E.V. Zharikova, D.A. Dolzhenko, N.V. Nazarenko, A.G. Remnev Varicose epidural veins as a factor compression radicular syndrome in patients with hernias of lumbar spine	150
Е.В. Костюченко, Т.В. Куле-	157	E.V. Costuchenko, T.V. Kule-	157

шова, Н.Г. Синяговская Патогенетическое обоснование применения КВЧ терапии во вторичной профилактики арте- риальной гипертензии		shova, N.G. Synyagovskaya Pathogenetic substantiation of ehf therapy in secondary prevention of arterial hypertension.	
А.И. Пальцев, М.Н. Торга- шов, О.С. Попова Характер заболеваний желудоч- но-кишечного тракта и абдоми- нальных болей у пациентов с посттравматическими стрессо- выми расстройствами	163	A.I. Paltsev, M.N. Torgashov, O.S. Popova The nature of disease gastrointestinal and abdominal pain in patients with PTSD	163
Н.Н. Пикалова, Е.А. Мовчан Влияние осложнений уремии и сопутствующей патологии на качество жизни больных, нахо- дящихся на лечении программ- ным гемодиализом	177	N.N. Pikalova, E.A. Movchan Effect of uremia complications and associated health conditions on the quality of life in patients receiving treatment program hemodialysis	177
И.Н. Печурина, А.А. Еркович, Д.С. Врбие Роль ранней реабил- итационной терапии после ре- конструкции уретры в профи- лактике рецидивов и послеопе- рационных осложнений	185	I.N. Pechurina, A.A. Erkovich, D.S. Vrabie The role of early treatment rehabilitation after ure- thral reconstruction in the preven- tion of relapse and postoperative complications	185
Л.В. Пронина, Н.О. Пронина, О.В. Пронин Особенности клинических про- явлений у пациентов с синдро- мом хронической боли	186	L.V. Pronina, N.O. Pronina, O.V. Pronin Features clinical manifestations in patients with chronic pain syndrome	186
В.А. Чистякова, Н.Г. Катаева Оценка эффективности повтор- ных курсов реабилитации в ус- ловиях стационара в восстано- вительный период после перене- сенного инсульта	190	V.A. Chistyakova, N.G. Kataeva Evaluation of repeated courses of rehabilitation in a hospital in recovery period after stroke	190
Аннотации	192	Summary	192

Предисловие

В сборнике представлены материалы, подготовленные сотрудниками Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России). Несмотря на то, что наш Центр является учреждением практического здравоохранения, в нем в течение многих лет постоянно проводится и всячески поощряется, в т.ч. материально, проведение научно-исследовательской работы (НИР) и это нашло отражение в Уставе Центра. Причина одна, и суть ее заключается в том, что творческий подход к своей работе, это не только публикации, защищенные диссертации и получение патентов. Это, прежде всего, поиск и применение нестандартных решений, умение найти лучший вариант выхода их сложной ситуации, способность много работать, высокая ответственность за результаты своего труда. Это постоянное совершенствование профессионального мастерства, поиск новых более эффективных методов диагностики и лечение. В конечном счете, это то, что мы должны обеспечить – повышение качества и доступности медицинской помощи населению.

Известно, что все самое современное, эффективное, не приходит само собой, это результат длительного поиска, огромных усилий, целеустремленности и работы над собой, именно это и чаще всего появляется у людей неравнодушных, ищущих, творческих. Все это в полной мере относится к тем сотрудникам Центра, которые активно занимаются исследовательской работой.

Для организации эффективной НИР необходимо квалифицированное методическое руководство этим процессом, поэтому в течение многих лет мы сотрудничаем с медицинскими вузами Алтайского края, Новосибирской и Томской областей, а так же с НИИ Сибирских отделений РАМН и РАН. В последние годы наметилось сотрудничество с Иркутским медицинским университетом. Врач Осетровской больницы поступила в заочную аспирантуру при нем, и другие сотрудники ее проводят исследования под руководством профессоров и доцентов указанного вуза.

Сотрудничество с вузами и НИИ это не дань моде, а стремление специалистов Центра идти в ногу со временем, регулярно повышать свою квалификацию, совершенствовать лечебно-диагностический процесс, это и подготовка научных кадров. Благодаря такой позиции, у нас почти ежегодно сотрудники получают ученую степень. Это позволило сосредоточить в практическом ЛПУ достаточно представительный научный потенциал. По состоянию на 1.01.2012 года в ФГБУЗ СОМЦ

ФМБА России работало 16 человек, имеющих ученые степени и звания, в т.ч. 4 доктора и 12 кандидатов медицинских наук.

Сотрудники Центра щедро делятся со своими коллегами результатами проведенной ими НИР, накопленным опытом. Это и участие в работе научно-практических конференций, на которых только в 2011 году было представлено 26 докладов, опубликованные работы (47 в 2011 году), мастер-классы и многое другое. Вместе с тем, на Медицинском Совете было высказано предложение об издании собственных научных трудов, которое нашло поддержку. Подготовка и издание их это хорошая школа для начинающих ученых и возможность для опытных еще раз обнародовать полученные результаты, свое мнение, в т.ч. нестандартные подходы и решения актуальных проблем.

Мы искренне надеемся, что издание научных трудов ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России станет хорошей традицией и будет поддержана нашими многочисленными партнерами.

Мы, так же надеемся, что в сборнике читатель найдет интересную и полезную для себя информацию и, конечно же, мы с благодарностью примем все ваши замечания, предложения и пожелания по его оформлению и содержанию.

Мы всегда открыты для сотрудничества.

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

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

О.В. Стрельченко

Годы нового десятилетия были не простыми и насыщенным многими событиями важными как для страны в целом, так и для ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ (далее – Центр). Прежде всего, они были весьма политизированными – выборы в Государственную Думу и Президента. Началась реализация Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании», принят в новой редакции Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Серьезные изменения произошли и в Центре. В соответствии с Федеральным законом от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» изменился статус, принят новый устав, прошла реорганизация учреждения. В связи с этим в 2011 году проведено переоформление всех действующих лицензий, дополнительно в 2011 году получены еще 5, в т.ч. на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях

Важнейшим направлением в деятельности любого учреждения является работа с кадрами, основным ресурсом. В течение последних 3 лет количество физических лиц увеличилось на 18 %, занятость ставок по всем категориям приближается к 100 % (ФМБА – 87,5 %), вместе с тем, коэффициент совместительств составляет 1,6, т.е. остается достаточно высоким, в связи с низкой укомплектованностью физическими лицами, в т.ч. 63 % врачами. Самая низкая в Осетровском филиале (43 %), а наиболее благоприятное положение, в Томском (89 %) и Киренском (83 %).

Такое же положение и со специалистами со средним медицинским образованием. Наиболее сложная ситуация с укомплектованностью физическими лицами в Алтайской больнице (32 %).

Традиционно низкой (48 %) остается укомплектованность младшим медицинским персоналом (физическими лицами), особенно в том же Алтайском филиале (32 %).

Еще одна проблема – это возрастной состав сотрудников. Среди врачей удельный вес лиц в возрасте до 30 лет не превышает 17 %, еще ниже в Томской (9,4) и Киренской (6,4) больницах. Старше 50 лет (предпенсионный и пенсионный возраст) более трети работающих (37 %).

Несколько лучше положение среди специалистов со средним медицинским образованием. Лица достигшие 50 и более лет составляют 22 %. Ситуацию можно расценивать как серьезную, вследствие недостаточно принимаемых мер по привлечению молодых специалистов, особенно врачей, при этом далеко не полностью используются возможности, которые предоставляются ФМБА России. Это целевые (за счет средств федерального бюджета) места для обучения в медицинских ВУЗах, а так же в интернатуре, ординатуре. За 5 лет подготовлен всего один специалист, на этих условиях, а так же один интерн и один клинический ординатор. Работу по привлечению кадров нужно активизировать, используя все формы (профорientация, работа с уже обучающимися, а так же с молодыми специалистами в самих ЛПУ) и, конечно же, использовать все возможности ФМБА.

Заслуживает внимания и возрождение в Алтайской больнице наставничества, которое проводят Врачебный совет наставников и Совет медицинских сестер. Молодые специалисты должны чувствовать внимание к себе, работая с представителями старшего поколения перенимать их опыт и навыки.

Положительные примеры есть и их много. Так, в 2011 году врач хирургического отделения стационара (Новосибирск) А. Андреев стал победителем в областном конкурсе «Врач года – 2011» в номинации «Молодость. Новаторство. Талант», годом раньше он защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Определяющим условием в повышении качества медицинской помощи (КМП) является квалификация специалистов. Ежегодно ее повышают 99-120 % работников от планируемых, исходя из задач Центра. Так, в 2011 году было обучено 15 врачей, участвующих в медицинских осмотрах, 25 медицинских сестер, проводящих предрейсовые медицинские осмотры.

Такое внимание к повышению квалификации способствовало тому, что по состоянию на 1.01.2012 94,7 % врачей и 92,6 % специалистов со средним медицинским образованием имеют сертификаты специалистов.

Серьезным фактором в повышении квалификации и формировании ответственного отношения к работе, является заработная плата, средний размер которой за последние 3 года выросла с 34013 рублей до 39292 (на 15,5 %).

Работа, проводимая в центре с кадрами, направлена на обеспечение оптимального баланса процессов обновления и сохранения численного и качественного состава сотрудников в соответствии с потребностями учреждения, требованиями действующего законодательства, рынка медицинских услуг.

В период, когда еще сохраняются проявления мирового экономического кризиса, рационализация использования финансовых ресурсов, правильно выбранные приоритеты обеспечивают благополучие учреждения.

За период с 2009 по 2011 г.г. общая сумма финансовых средств, поступившая за счет всех источников, составила 673550 тыс. рублей, увеличилась на 16,8 % (97,1 млн. руб.). За счет федерального бюджета – на 14,8 % (67,2 млн. руб.), за счет ПДД – на 33,2 % (16, 5 млн. руб.), заработанных в системе ОМС – на 9,2 % (6,8 млн. руб.). Вместе с тем, становится все очевидней, что в ближайшее время порядок оплаты деятельности государственных и муниципальных ЛПУ изменится и осуществляться она будет пропорционально выполненной работе, т.е. обязательным условием станет зарабатывание денег. Об этом написал, в одной из своих предвыборных статей, Президент РФ В.В. Путин: «Безусловно, мы будем повышать эффективность работы наших систем образования и здравоохранения. Устранять ситуации, когда мы по инерции финансируем учреждения, которые откровенно работают плохо». В связи с этим нужно очень серьезно заниматься поисками источников финансирования, используя все возможности в рамках действующего законодательства.

Повышенного внимания и больших затрат требует материально-техническая база, укреплению которой уделялось много внимания. За 3 предшествующие года на приобретение хозяйственного оборудования направлено более 11 млн. руб. С учетом большой потребности в средствах на эти цели особую значимость приобретает выбор приоритетов, правильность определения которых позволит с большей отдачей использовать финансовые ресурсы. Этому же будет способствовать и оптимизация структуры Центра, в т.ч. коечного фонда. Сокращены койки не приносящие доход и увеличены по тем специальностям, которые востребованы, на которые можно получить больший государственный заказ. В Алтайской больнице койки для восстановительного лечения перепрофилированы в неврологические для взрослых. В Томской и Осетровской больницах количество мест в дневных стационарах увеличено с 10 до 20. В Киренской, сокращено количество хирургических коек до 5, а неврологических увеличено до 15.

В г. Новосибирске с ноября 2011 г. за счет перепрофилирования хирургических и урологических коек развернуты 15 онкологических. Ревматологические заменены на терапевтический, количество которых увеличилось до 20, неврологических уменьшилось с 50 до 40, а гинекологических увеличилось до 30.

В целом по ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в 2012 году работают 10 профилей коек круглосуточного и 66 койко-мест дневного пребывания

ния при больнице, 10 пациенто-мест дневного стационара при поликлинике.

Обеспокоенность вызывает сокращение численность прикрепленных контингентов, которая по состоянию на 01.02.2012, сократилась на 22,7 %, в т.ч. в Новосибирске – на 18,2 %, в Алтайской больнице на 48,4 % и в Томской – на 32,7 %. В связи с этим, уже в текущем году, необходимо принятие мер по увеличению численности населения, обслуживаемого в рамках ОМС, расширению приносящей доход деятельности, для сохранения кадров и обеспечения нормального функционирования Центра.

Несмотря на то, что по итогам 2011 года все филиалы план посещений выполнили на 100 и более процентов, а количество посещений на одного пациента в год на уровне ФМБА (5,9), оно в 1,5 раза ниже, чем в муниципальных ЛПУ, при этом количество посещений с профилактической целью в общей структуре низкое – 31,7 % при среднем показателе 40,4 %. Функция врачебной должности явно занижена и при таком ее значении не будет должного количества посещений на одного жителя. Она не должна стать основополагающей при оценке деятельности врачей, вместе с тем нужно пересмотреть ее и установить исходя из потребностей пациентов и наших возможностей, иначе встанет вопрос о сокращении штатов поликлиник.

В статистическом учете деятельности амбулаторно-поликлинических подразделений имеют место серьезные недостатки. Очевидно, что страдает учет заболеваемости, показатель которой составил в прошедшем году 678 в Новосибирске и 834 на 1000 населения в Киренской больнице, при среднем показателе по ФМБА – 1535. Тоже самое касается и учета работы по диспансеризации населения, охват которой очень низкий в Новосибирске и Алтайской больнице (7,6 %), еще ниже в Осетровской – 6,2 %, в то время как в ФМБА он равен 18,5 %.

Стационарная помощь всеми структурными подразделениями выполняется и перевыполняется, за исключением Осетровской больницы, где в прошлом году план выполнен на 80 %. Обращает на себя внимание чрезмерная нагрузка на койки дневного пребывания в Томской (203,2 %) и Осетровской (233,6 %) больницах, что свидетельствует, скорее всего, о том, что не учитывается сменность работы, либо используются койки круглосуточного пребывания.

В целом по Центру произошло снижение занятости койки в году по сравнению с 2009 годом с 337,2 до 319,0 дней, т.е. на 5,4 %. Если в Новосибирске можно связать с сокращением длительности пребывания в стационаре на 11,5 %, то в Осетровской и Томской больницах этот показатель остался, практически, без изменений, а в Алтайской даже вырос.

В сложившейся ситуации следует активной добиваться увеличения госзаказа на оказание стационарной помощи в рамках ОМС, принимать меры по повышению привлекательности и спроса на предлагаемые нами медицинские услуги. Это особенно важно в преддверии возникновения реальной конкуренции при переходе на одноканальное финансирование учреждений здравоохранения, когда в нее активно включатся ЛПУ частного сектора здравоохранения.

В складывающейся ситуации важным источником финансирования становится приносящая доход деятельность (ПДД). По сравнению с 2010 г. средства, поступившие в рамках ПДД в 2011 г. в целом по учреждению увеличились на 22,4 % (12,1 млн. руб.), в т.ч.: по Новосибирску – на 27,4 % (8, 8 млн. руб.); в Алтайской больнице – на 16,3 % (476,3 тыс. руб.); в Осетровской – на 20,2 % (1,9 млн. руб.); в Киренской – на 26,5 % (1,0 млн. руб.), а в Томской больнице – произошло сокращение на 2,4 % (131,9 тыс. руб.).

Еще одним серьезным источником финансирования является оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), приводящей к существенному и стойкому улучшению состояния здоровья, качества жизни пациента, пользующаяся высоким спросом у населения.

За период с 2009 по 2011 п. за счет средств, полученных за оказание ВМП (около 8,4 млн. рублей), приобретено: ультразвуковой генератор «Гармоник», электрохирургический нож «Морцеллятор-X-TRAST», маточный манипулятор, лапароскопические инструменты, электрогидравлический операционный стол, клинический анализатор среднего уха, маточный манипулятор, эндоскопические телескопы. Оказании ВМП позволяет повысить заработную плату на 20-30 %

Целью государственной политики в сфере здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи на основе передовых достижений медицинской науки. В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года отмечено: **чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения.**

В 2011 году все лечебно-диагностические отделения Центра обеспечены медицинскими и клиничко-экономическими стандартами порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Минздравсоцразвития РФ и Министерством здравоохранения НСО, работа с которыми становится определяющим в оценке деятельности учреждения. В своем выступлении на расширенном заседании коллегии Министр здравоохранения и социального развития Т.А. Голикова, говоря о качестве оказания медицинской помощи, отметила: «Разработанные в течение 3-х предыдущих лет 44 порядка оказания медицинской помощи

плавно встраиваются в работу медицинских организаций. **Надо учитывать, что выполнение этих порядков теперь будет основным критерием при лицензировании медицинской деятельности и лицензионном контроле**». Она так же сообщила, что количество федеральных стандартов МП в ближайшее время будет доведено до 1041.

В целях повышения качества медицинской помощи принимаются меры по обеспечению лечебных подразделений медицинскими технологиями. Оформлено заявок более чем на 170. По состоянию на 1 марта 2012 года получено 65, все они переданы для работы в отделения и филиалы, но по информации из структурных подразделений используются не более десятка из них.

В настоящее время создан электронный банк медицинских технологий, в котором они распределены по специальностям.

«Эффективно управлять качеством медицинской помощи, можно только опираясь на авторитет профессиональной среды. Восстановление профессиональной морали, самоуправление и самоочищение профессиональных коллективов – это то, на что вправе рассчитывать общество, пересматривая свои отношения с медицинским сообществом» – так считает В.В. Путин и с ним трудно не согласиться. Ежегодно в центре проходит около 100 проверок всеми органами, но количество и содержание выявленных недостатков практически остается прежним, что свидетельствует о недостаточности принимаемых мер.

Успешная деятельность любой медицинской организации, нацеленная на повышение удовлетворенности потребителей, невозможна без постоянного совершенствования. Это положение – краеугольный камень всех современных подходов к менеджменту качества.

Совершенствование деятельности медицинской организации строится на регулярном всестороннем анализе фактического состояния работы по качеству и ее результатов, что позволяет наметить и реализовать последовательные шаги, направленные на улучшение деятельности. Такой всесторонний анализ деятельности организации получил в мировой практике название «самооценка».

Самооценка – метод совершенствования деятельности, позволяющий руководителям организаций определить конкурентные преимущества ее, выявить и устранить имеющиеся недостатки. Самооценка проводится силами сотрудников организации, но не исключает привлечения сторонних экспертов. Единственной целью ее является совершенствование деятельности организации. Проведение самооценки имеет смысл в случае, если она, во-первых, проводится регулярно, что позволяет выявлять тенденции развития организации и, во-вторых, является основой при формировании годовых планов мероприятий по

улучшению деятельности и определении размеров материального поощрения, по результатам ее принимаются конкретные меры.

Проведение самооценки позволяет определить: текущее состояние организации и ее потребности в совершенствовании, наиболее важные объекты изменений, отношение работников к планируемым переменам, совпадающие и различающиеся точки зрения; проблемы, которые волнуют сотрудников и в решении которых они готовы принимать непосредственное участие. В итоге самооценка заставляет работников и руководителей мыслить по-новому и заниматься самообразованием, способствует лучшему пониманию методологии управления изменениями, поощряет сотрудников к постановке более высоких целей.

Из всего изложенного выше, вытекает необходимость совершенствования работы по повышению КМП. Она должна основываться не только на жестком контроле, но и обеспечении необходимых условий для специалистов по качественному выполнению своих обязанностей. Одним из них должна стать осязаемая зависимость материального благополучия сотрудников, от качества их труда. Необходима и коллективная заинтересованность в качественной работе. Следует внедрить рейтинговую систему оценки деятельности подразделений, от которой должен зависеть премиальный фонд, т.е. чем выше рейтинг, тем больше фонд и наоборот.

Необходимо более предметно работать над всеми случаями смерти в стационарах и возникновения осложнений. Все они должны самым внимательным образом рассмотрены и обсуждены на патолого-анатомических конференциях (ПАК), с приглашением в качестве рецензентов кафедральных сотрудников НГМУ, а все случаи осложнений пройти через ЛКК. Лучшей учебы для врачей, чем ПАК и ЛКК нет.

В условия появления реальной конкуренции между ЛПУ разных форм собственности, все большую актуальность приобретает востребованность и привлекательность учреждения для пациентов. Для того, чтобы получить объективную оценку ими учреждения, нужно знать их отношение к ЛПУ, претензии, запросы и т.д. В связи с этим следует проводить социологический опрос (анкетирование) пациентов стационаров и посетителей. Это позволит «со стороны» посмотреть на себя и устранить недостатки в обслуживании.

В Центре достаточно много внимания уделяется научно-исследовательской работе (НИР), которая в 2011 году осуществлялась в большинстве структурных подразделений и филиалов.

Центр осуществляет сотрудничество с медицинскими вузами Барнаула, Новосибирска, Томска, Иркутска. Совместные работы проводятся с научно-исследовательскими институтами Сибирских отделений Российской академии наук и Российской академии медицинских наук.

Центр участвует в международных клинических исследованиях лекарственных препаратов. С 1 января 2012 года кабинет клинических исследований под руководством д.м.н. профессора Малковой Н.А. работает на хозрасчетной основе.

Внимание к НИР, создание условий для занятия ею, позволяет поддерживать научный потенциал Центра на достаточно высоком уровне. По состоянию на 1 января 2012 года в учреждении работало 16 специалистов, имеющих ученую степень (4 доктора и 12 кандидатов медицинских наук), в т.ч. в Алтайской больнице – 1 к.м.н., в Томской – 4 к.м.н. и в Новосибирске 4 д.м.н. и 7 к.м.н. Кроме того, соискателями ученой степени являются 17 человек.

В 2011 году специалисты СОМЦ принимали участие в 67 научно-практических конференциях, на которых было представлено 25 докладов.

Общее количество публикаций составляет 47 на 8 больше, чем в 2010 году. Наибольшее количество их у сотрудников административно-управленческого аппарата (16), поликлиники (13), стационара (11). По две работы опубликовано в Алтайской и Осетровской больницах и 3 в Томской.

Результат исследовательской работы это не только статьи, монографии и успешно защищенные диссертации, но и получение патентов. Сотрудниками Томской больницы получен патент на изобретение: **«Способ комплексной реабилитации больных с центральным спастическим парезом верхних конечностей»** (авторы: Радионова А.А., Чистякова В.А., Катаева Н.Г., Вакс Л.П.).

Сотрудница отделения лучевой диагностики О.А. Данченко в соавторстве получила патент на изобретение **"Способ прогноза дислокации мозговых структур при помощи измерения вентрикуло-краниальных индексов"** (авторы: С.С. Рабинович (ННИИТО) и О.А. Данченко).

Продолжается сотрудничество с аппаратом полномочного представителя Президента в Сибирском федеральном округе. Сотрудниками Центра подготовлено 8 документов, для рассмотрения на различных уровнях (при Полпреде, на заседаниях рабочих групп), по вопросам реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в СФО, о состоянии заболеваемости СПИД в учреждениях ФСИН, о заболеваемости туберкулезом в СФО и др.

В прошедшем году традиционно много внимания уделялось вопросам ГОЧС. План основных мероприятий по гражданской обороне и защите населения на 2011 год был в основном исполнен.

Подготовка работников Центра по вопросам ГОЧС осуществлялась в соответствии с основными регламентирующими документами.

Предпочтение отдавалось отработке практических навыков. По сравнению с 2010 годом выросло число тренировок по действиям в условиях ЧС с 39 до 70. Больше стало проводиться совместных тренировок с территориальными органами ГОЧС. В г. Новосибирске число таких учений увеличилось в 3 раза.

К участию в них неоднократно привлекался единственный в Новосибирской области мобильный отряд экстренной медицинской помощи, принадлежащий Центру, который оснащен современным медицинским оборудованием и высоко-проходимой техникой.

В условиях модернизации системы здравоохранения большое значение отводится внедрению информационных технологий, разработке и организации управленческого учета. Это значительно повысит экономическую эффективность функционирования учреждения. Современные информационные технологии и управленческий учет позволят сформировать эффективную систему управления на основе контроля качества, анализа оперативной информации и внесения нового экономического инструментария, совершенствовать лечебно-диагностический процесс и т.д.

В 2011 году были предприняты важные шаги по развитию информационной инфраструктуры Центра, что позволило создать единую компьютерную сеть, т.е. общее информационное пространство со всеми, вытекающими из этого преимуществами (централизованный сбор, хранение и обработка всевозможных данных, создание единой антивирусной сети и т.д.)

В 2011-м году Центр был подключен к Информационному порталу мэрии г. Новосибирска. Помимо доступа к ее информационным ресурсам, поликлиника была присоединена к Информационной системе «Городская электронная регистратура» (ГЭР). Теперь пациенты имеют возможность записи на прием к врачу не только в регистратуре поликлиники, но и позвонив по единому многоканальному номеру, а также заполнив web-форму на сайте zdravnsk.ru.

Среди задач, стоящих перед Центром на ближайшие годы, следует выделить выполнение плановых заданий и целевых показателей, установленных ФМБА. Еще более важным является укрепление позиций учреждения на рынке медицинских услуг, повышение его привлекательности, востребованности и конкурентоспособности. Для этого необходимо активизировать работу с органами власти всех уровней, страховыми медицинскими организациями и населением для расширения объема медицинской помощи, оказываемой в рамках обязательного медицинского страхования и приносящей доход деятельности (ДМС, платные медицинские услуги).

Большого внимания требует и работа с кадрами. Необходимо принять меры по привлечению молодых специалистов, создать единый реестр и отслеживать своевременность повышения квалификации, аттестации для получения квалификационной категории и др.

Самого пристального внимания заслуживает повышения качества оказываемой медицинской помощи населению. Это и имидж учреждения, и конкурентоспособность и, в конце концов, доход и финансовое благополучие учреждения. Основной упор следует сделать на самооценку, это и экономично и, как показывает опыт других ЛПУ, эффективней даже внешних проверок. Следует обеспечить проведение лечебно-диагностического процесса на основе применения стандартов и порядков оказания медицинской помощи, а так же медицинских технологий. Разработать и внедрить рейтинговую систему оценки деятельности филиалов и структурных подразделений и на ее основе распределять премиальный фонда.

В целях изучения удовлетворенности населения работой ЛПУ, проводить социологический опрос пациентов стационаров и поликлиник с внесением предложений по устранению выявленных недостатков и совершенствованию деятельности Центра.

Реализация перечисленных мер, позволит Центру сохранить достойное место на рынке медицинских услуг Сибирского федерального округа и даже расширить занимаемый сектор его за счет увеличения объема предоставляемых медицинских услуг и повышения их качества.

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ИСКУССТВЕННЫХ ПРЕРЫВАНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРОПАГАНДЫ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ ОБЩЕСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Т.И. Алексеевская², С.В. Макаров², Н.В. Шеломидо¹
Филиал № 3 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Осетровская больница)¹,
Иркутский государственный медицинский университет²

Аборт является не только медицинской проблемой, но так же стал проблемой социальной. Постоянно растет число беременностей в юном возрасте. Одним из результатов пренебрежительного отношения к ценностям человеческой жизни являются аборты. Официальная наука доказала, что умерщвление плода – это убийство человека. Доказано, что сердце ребенка начинает биться на 14-21 день после зачатия, а после 43-х дней можно определить извилины мозга.

По данным отчетов ф. 13 формы количество искусственных прерываний беременности в динамике за 2005-2007 гг. находятся на одном уровне и имеются лишь сдвиги в возрастной и других структурах (табл. 1).

Таблица 1

Динамика количества искусственных прерываний беременности за 2005-2007 гг. (на 100 беременностей)

Показатели	Годы		
	2005	2006	2007
Показатель частоты прерываний беременности	35,8	37,3	36,6

Что представляет собой аборт? Это лишь медицинское вмешательство или убийство, проблема медицинского или социального характера? Для того, чтобы ответить на вопрос, необходимо провести социологическое исследование не только на базе медицинских учреждений и Русской православной церкви (РПЦ), но и самих молодых людей. При этом акцентировать внимание при опросе на молодежь, которая по данным статистики наиболее подвержена вероятности столкнуться с данной ситуацией.

В связи с вышесказанным, нами была поставлена следующая цель: разработать основные подходы к повышению информированности молодежи в части знаний о половом воспитании и повышению значимости моральных ценностей семьи.

Для достижения цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Исследовать динамику искусственных прерываний беременности за три года.

2. Изучить структуру обращаемости женщин с целью искусственного прерывания беременности в зависимости от возраста, социального положения и района проживания.

3. Изучить деятельность медицинских учреждений в области профилактики искусственных прерываний беременности.

4. Проанализировать механизмы проведения профилактических мероприятий в городе Иркутске.

5. Провести социологическое исследование мнения студентов г. Иркутска о методах контрацепции и отношении к абортам.

6. Разработать основные предложения и рекомендации, направленные на повышение информированности молодежи в части знаний о методах контрацепции.

Для решения поставленных задач нами была разработана анкета, которая была одобрена главным акушером-гинекологом г. Иркутска Ежовой Ириной Всеволодовной.

Далее нами было проведено анкетирование среди студентов первых курсов ССУЗов и ВУЗов, в количестве более 12 тыс. опрошенных, по вопросам полового воспитания, отношения к абортам и контрацепции. Структура опрошенных распределилась следующим образом: юношей – 15 %, девушек – 85 %. В анкетировании приняли участие большинство молодых людей в возрасте 18-21 лет (79,3 %), по убывающей остальные возрастные группы: 16-17 (11,4 %), 14-15 (3,4 %), 13-14 (6,3 %).

Далее была изучена социальная характеристика респондентов. Из всех опрошенных: 54,0 % проживают с обоими родителями, 34,2 % – с одним из родителей, остальные 11,5 % либо одни, либо с престарелыми родственниками, и так далее.

Также задавался вопрос, что для них является главенствующим в системе ценностей в настоящее время. Исследование показало, что является для молодежи главенствующим, второстепенным, а что незначительным и независимо, живет ли студент с родителями, или нет – у всех респондентов в целом одна направленность: для большинства очень важным считается состояние здоровья (89,3 %), микроклимат в семье (71,4 %) и образование (69,0 %), но значительно меньше сейчас волну-

ют студентов духовные потребности (31,2 %), спорт (29,7 %), которые являются немаловажными аспектами полного благополучия и здоровья.

Опрос респондентов касался и более щепетильной темы, в частности, живут ли они половой жизнью. Нами были получены следующие данные: молодые люди (84,6 %) ответили на этот вопрос положительно; опрошенные девушки указали в ответах «да» в 57,1 % случаев.

Большинство уже ведут половую жизнь, и при этом количество половых партнеров варьирует у юношей и девушек (табл. 2).

Таблица 2

**Число половых партнеров в зависимости от гендерного признака
(в %)**

Пол	не имеют	один	несколько
Юноши	15,2	50,0	34,8
Девушки	41,7	49,1	9,2

Для ответа на вопрос, что движет молодежью в плане половой жизни, задавался вопрос: «Какие чувства у вас вызывают половые отношения?» В большинстве случаев респонденты испытывают чувство радости и счастья (76,4 %) и лишь незначительное количество отметили неприятные ощущения (0,9 %), разочарование и огорчение (2,2 %).

Что значат половые отношения для студентов? Для респондентов – удовлетворение собственных желаний (51,3 %) и интерес к противоположному полу (40,9 %) превалирует в мотивации, хотя есть те, кому любопытство (3,8 %) и времяпрепровождение (3,9 %) важнее.

Проводя анализ сложившейся ситуации, потребовалось уточнить, насколько хорошо проинформированы студенты в области защиты от нежелательной беременности, от заболеваний, передающихся половым путем, какое отношение у них к контрацепции.

Одним из вопросов в анкете был: «Вызывает ли боязнь наступление нежелательной беременности?» Мнение разделилось, потому как примерно половина респондентов беспокоятся (50,9 %), остальная половина, либо не переживает (32,9 %), либо не задумывалась над этим вопросом (16,2 %). При обработке учитывались мнения и тех, кто не ведет половую жизнь.

При оценке мнения о том, как лучше избежать нежеланную беременность, половина респондентов отдает предпочтение методам контрацепции (50,2 %). Определенную социальную опасность имеет 11,4 % респондентов, которые предпочитают сделать искусственное прерывание беременности, но есть и те, кто еще даже не определился и затрудняется ответить (38,3 %). Многие из них могут пойти на такой шаг, как

аборт, не задумываясь, что это приведет к проблемам не только медицинского, но и социально-психологического плана.

Среди молодежи, которая ведет половую жизнь с достаточно молодого возраста, наиболее оптимальным, будет пропаганда методов контрацепции и освещение проблем, возникающих при производстве искусственного прерывания беременности, однако необходимо уточнить, какое отношение к практическому применению контрацепции среди самой молодежи превалирует. Большинство респондентов заинтересовано в безопасности своего поведения: «заинтересованное» (68,3 %), «скептическое» (12,1 %), «безразличное» (13,7 %), «негативное» (5,9 %). При такой заинтересованности необходимость в дополнительной информации о современных методах контрацепции отметили 38,3 %, и 47,3 % не желают получать больше информации. В ходе анкетирования мы попытались узнать, почему у респондентов нет желания обращаться за информацией к специалистам, и выяснилось, что 67,2 % не видят необходимости, 8,4 % стесняются говорить на щепетильную тему. Негативным является тот факт, что есть студенты, которые не верят в компетентность врачей в вопросах контрацепции (1,9 %). Иногда сами врачи не ведут беседы на столь значимые темы (5,5 %).

Если оттолкнуться от желания самих респондентов в получении информации и, главное, каким образом, то в большинстве нацелено на приобретение знаний в школах и других учебных заведениях (57,6 %), в виде правильно составленных тренингов и семинаров, и не мало важным остаются консультации в женских консультациях (51,9 %), другие же предпочли бы получить достоверную информацию из статей в журналах (35,4 %), или используя радио или телевидение (34,6 %). К сожалению, число желающих обращаться в детские районные поликлиники оказалось минимальным.

Респонденты отметили, что источниками сведений по данной проблеме в основном должны быть квалифицированные врачи (71,9 %) и необходимо проводить свободные и интересные специальные консультации (64,9 %), родители обязательно должны участвовать в этой работе, правда это отметили лишь половина опрошенных (50,6 %).

При этом сами опрошенные отметили, что предпочли бы обратиться к врачу женской консультации (81 %) и родителям (48,5 %), в то время как на последнее место сместились учителя и врачи детской поликлиники.

Обращает на себя внимание тот факт, что работа по профилактике искусственных прерываний беременности ведется в основном акушерами-гинекологами женских консультаций, которые работают с населением, только начиная с 18 лет.

Таблица 3

Динамика числа искусственных прерываний беременности в различных возрастных группах за 2005-2007 гг. (на 100 беременностей)

Го- ды	до 14 лет	15- 19	из них 15-17	20- 24	25 - 29	30 - 34	36 - 39	40 - 44	45 - 49	Все- го
2004	6	572		1839	1827	1167	711	353	40	6516
2006	5	877	242	1843	1667	1235	728	226	23	6606
2007	1	809	143	1765	1549	1245	816	219	25	6430

Проанализировав динамику числа искусственных прерываний беременности за 2004-2007 гг. в Иркутске (табл. 3), видим снижение количества аборт в возрастных группах 15-19, 20-24, 25-29 лет, по сравнению с 2006 годом. Если говорить о профилактическом компоненте, то, как отмечают сами респонденты, необходимо проводить такие мероприятия уже начиная с 10-14 лет (43,2 %), с 15-17 лет (37,6 %).

Студенты имели возможность оценить медицинскую помощь в отношении просвещения населения по проблемам контрацепции. Многие оценили ее, как недостаточную (57,8 %), хотя каждый четвертый удовлетворен (22,4 %), а 19,8 % отметили посчитали ее крайне неудовлетворительной.

В данном опросе мы попросили подумать респондентов на тему, что же необходимо делать для решения данной проблемы. Прослеживаются следующие основные направления: развитие широкой сети специальных консультаций по вопросам контрацепции (48,8 %), эффективная организация санитарно-просветительной работы в школах и других заведениях для молодежи подростков (50,9 %), пропаганда контрацепции средствами массовой информации (30,1 %) и доступность цены на средства контрацепции (38,2 %).

На основании выше изложенного, мы предлагаем:

1. Рекомендовать управлению по делам молодежи и защите прав несовершеннолетних:

- организовывать и проводить систематические мероприятия, направленные на профилактику социально-негативных явлений среди молодежи;

- оказать содействие в создании общественной организации для реализации проектов по профилактике социально-негативных явлений среди молодежи по инициативе и при участии молодежи.

2. Рекомендовать Департаменту здравоохранения:

- проводить методическую работу, тренинги среди студентов ВУЗов и средних специальных учебных заведений на предмет информирования о социально-негативных явлениях среди молодежи;

- создать анонимный центр помощи молодежи по вопросам контрацепции, заболеваниям передающимся половым путем, ВИЧ/СПИД и т.д. с привлечением врачей акушеров-гинекологов, психологов, дерматовенерологов, инфекционистов; создать анонимный телефон по вопросам здоровья молодежи;

- проводить активную работу через СМИ (популярные молодежные журналы, газеты, радио, интернет) в части грамотного информирования молодежи о социально-негативных явлениях в ее среде.

ИНТЕГРИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ КЛАССОВ БОЛЕЗНЕЙ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАР ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ (Новосибирск)

Е.А. Бабенко¹, А.И. Бабенко²
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России¹, ФГБУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН²

При развитии программы модернизации здравоохранения большое внимание уделяется внедрению новых технологий диагностического и лечебного процессов. Наиболее затратным видом медицинской помощи является стационарная. Совершенствование этого звена здравоохранения связано с расщеплением медицинской помощи по технологическому принципу, что, по мнению В.И. Стародубова [2], И.Н. Денисова [1], О.П. Щепина [3] и др., определяет необходимость дифференцированного подхода к потребности в стационарной помощи и определяется характером формирования потока пациентов. В свою очередь, объем и структура госпитализации больных зависит от диагноза основного заболевания, наличия профильных отделений, реализации соответствующих диагностических и лечебных технологий.

Нами по данным стационара ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Центр) проведен анализ значимости отдельных классов заболеваний для формирования потока пациентов в отделения стационара. Ежегодно в стационаре проходят лечение 5,4-5,5 тысяч пациентов.

Реализация технологий лечебно-диагностического процесса в стационаре осуществляется в 9-ти основных отделениях: терапевтическом, гастроэнтерологическом, неврологическом, нефрологическом, хирургическом, урологическом, онкологическом, гинекологическом и оториноларингологическом (ЛОР) с общей мощностью коечного фонда

– 195, включая 5 коек ревматологического профиля (табл. 1). Наибольшее количество пациентов проходит лечение в неврологическом отделении, составляя 21,7 % от всей численности. 17,3 % больных – это пациенты отделения общей хирургии, 15,3 % – гинекологического, 13,6 % – ЛОР-отделения, 9,7 % – урологического, 8,6 % – общетерапевтического, 7,9 % – гастроэнтерологического, 3,2 % – нефрологического, 1,5 % – ревматологического и 1,2 % – онкологического.

Важно отметить, что показатель среднего количества пациентов на 1 койку в отделениях стационара имеет существенные различия. Так, в гинекологическом отделении за год на 1 койке проходит лечение в среднем 42,7 больных. Близко к этому уровню работают ЛОР-отделение (37,9 больных), урологическое (36,1), общехирургическое (32,3), общетерапевтическое (32,0) и гастроэнтерологическое (29,6). Менее всего загружено, по отчетным данным, онкологическое отделение, где всего 4,5 пациента приходится в среднем на 1 койку в год.

Показатель средней длительности лечения больных в отделениях стационара колеблется от 8,5-11,6 (гинекологическое, урологическое, гастроэнтерологическое, терапевтическое, ЛОР-отделение) до 12,0-13,7 дней (онкологическое, хирургическое, неврологическое, ревматологическое отделения). Наибольшее количество дней лечения одного пациента отмечается в нефрологическом отделении – 17,8 дней.

Для определения востребованности диагностических и лечебных технологий важно определить характер потока пациентов, с какими заболеваниями они госпитализируются и значимость классов болезней. Как показал анализ, основной поток госпитализации (табл. 2) составляют больные с заболеваниями мочеполовой системы (21,9 %), органов пищеварения (17,2 %), системы кровообращения (17,0 %), костно-мышечной системы и соединительной ткани (13,1 %), новообразованиями (9,9 %), органов дыхания (9,0 %), нервной системы (6,5 %), уха и сосцевидного отростка (3,2 %), составляющие в сумме 97,8 % от всего количества пациентов.

Примерно такой же удельный вес приходится на основные классы заболеваний по количеству дней лечения в стационаре. 20,1 % всего объема лечебно-диагностического процесса занимают болезни мочеполовой системы, 18,8 % – болезни системы кровообращения, 16,6 % – органов пищеварения, 16,5 % – костно-мышечной системы. На остальные классы заболеваний приходится менее 8,0 % по каждому.

В среднем по стационару длительность лечения 1 пациента составляет 11,6 дня. При этом наиболее длительный срок лечения отмечается у пациентов с заболеваниями уха и сосцевидного отростка (болезни среднего уха, хронический отит) – 17,4 дня. При заболеваниях костно-мышечной системы (артропатии, артрозы и др.) средняя длитель-

ность лечения 14,6 дня, болезнях системы кровообращения (артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца) – 12,8 дня, нервной системы – 11,8 дня, органов пищеварения (болезни желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника, грыжи) – 11,2 дня, мочеполовой системы (заболевания почек, женских половых органов) – 10,7 дня, органов дыхания (болезни миндалин и аденоидов) – 9,0 дней и новообразованиях (доброкачественные опухоли, в т.ч. женских половых органов) – 8,9 дня.

Интегрированная оценка показателей количества пациентов и дней лечения (табл. 3) позволила определить группы заболеваний высокой и низкой значимости. Так, в группу высокой значимости входят болезни системы кровообращения, составляющие 19,7 % от значимости всех заболеваний (за счет большой доли пациентов и дней лечения), органов пищеварения, составляющие 17,0 % значимости (за счет большой доли пациентов и дней лечения), заболевания костно-мышечной системы, составляющие 18,1 % (за счет большого количества дней лечения и высокого уровня показателя средней длительности лечения), болезни мочеполовой системы, составляющие 20,2 % от значимости всей госпитализированной патологии (за счет большого количества пациентов и дней лечения). Эти классы заболеваний с общим удельным весом значимости 75,0 % определяют работу терапевтического, гастроэнтерологического, неврологического, общехирургического, урологического и гинекологического отделений. Остальные классы болезней имеют низкий уровень значимости. Обращает на себя внимание класс болезней уха и сосцевидного отростка, где имеет место высокий показатель средней длительности лечения одного пациента.

Представленный анализ и интегрированная оценка значимости классов болезней для функционирования подразделений стационара Центра является основой для определения в перспективе востребованности медицинских технологий при осуществлении диагностического и лечебного процессов в стационаре.

Список литературы:

1. Денисов И.Н. // Альманах клинической медицины. – 2004. – 7. – С. 3-16.
2. Стародубов В.И., Сон И.М., Леонов С.А. и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – 4. – С. 10-11.
3. Щепин О.П., Белов В.Б. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – 3. – С. 1-5.

Таблица 1

Показатели работы отделений стационара НКБ СОМЦ

Отделение	Количество койек	Удельный вес пациентов (%)	В среднем пациентов в год на 1 койку	Средняя длительность лечения (дни)
Терапевтическое	15	8,6	32,0	11,6
Гастроэнтерологическое	15	7,9	26,9	11,2
Нефрологическое	10	3,2	18,1	17,8
Неврологическое	50	21,7	24,3	13,7
Хирургическое	30	17,3	32,3	12,0
Урологическое	15	9,7	36,1	10,9
Онкологическое	15	1,2	4,5	12,0
Гинекологическое	20	15,3	42,7	8,3
ЛОП	20	13,6	37,9	10,1
Ревматологическое	5	1,5	16,6	13,5
Всего	195	100,0	28,7	11,6

Таблица 2

Структура пациентов и дней их лечения по основным классам болезней в стационаре НКБ СОМЦ

Класс болезней	Структура		Средняя длительность лечения (дни)
	пациентов (%)	дней лечения (%)	
Новообразования	9,9	7,6	8,9
Болезни нервной системы	6,5	6,6	11,8
Болезни системы кровообращения	17,0	18,8	12,8
Болезни органов дыхания	9,0	6,9	9,0
Болезни органов пищеварения	17,2	16,6	11,2
Болезни костно-мышечной системы	13,1	16,5	14,6
Болезни мочеполовой системы	21,9	20,1	10,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	3,2	4,8	17,4
Прочие	2,2	2,1	-
Всего	100,0	100,0	11,6

Таблица 3

**Интегрированная оценка показателей количества пациентов
и дней лечения**

Класс болез- ней	По количеству пациентов		По количеству дней лечения		Средняя длитель- ность лечения		Интегрированная оценка		
	КОВ	Группы зна- чи- мости	КОВ	Группы значи- мости	КОВ	Группы значи- мости	КОВ	Группы зна- чи- мости	Удель- ный вес (%)
<u>Новообразо- вания</u>	<u>0,41</u>	<u>НС</u>	<u>0,20</u>	<u>Н</u>	<u>0,09</u>	<u>ОН</u>	<u>0,70</u>	<u>ОН</u>	<u>5,9</u>
<u>Болезни нервной системы</u>	<u>0,20</u>	<u>Н</u>	<u>0,09</u>	<u>ОН</u>	<u>0,46</u>	<u>С</u>	<u>0,75</u>	<u>ОН</u>	<u>6,4</u>
<u>Болезни системы кро- вообращения</u>	<u>0,80</u>	<u>В</u>	<u>0,99</u>	<u>ОВ</u>	<u>0,54</u>	<u>С</u>	<u>2,33</u>	<u>ОВ</u>	<u>19,7</u>
<u>Болезни органов дыхания</u>	<u>0,32</u>	<u>Н</u>	<u>0,09</u>	<u>ОН</u>	<u>0,09</u>	<u>ОН</u>	<u>0,50</u>	<u>ОН</u>	<u>4,2</u>
<u>Болезни органов пищеварения</u>	<u>0,80</u>	<u>В</u>	<u>0,80</u>	<u>В</u>	<u>0,41</u>	<u>НС</u>	<u>2,01</u>	<u>В</u>	<u>17,0</u>
<u>Болезни костно- мышечной системы</u>	<u>0,54</u>	<u>С</u>	<u>0,80</u>	<u>В</u>	<u>0,80</u>	<u>В</u>	<u>2,14</u>	<u>ОВ</u>	<u>18,1</u>
<u>Болезни мочеполовой системы</u>	<u>0,99</u>	<u>ОВ</u>	<u>0,99</u>	<u>ОВ</u>	<u>0,41</u>	<u>НС</u>	<u>2,39</u>	<u>ОВ</u>	<u>20,2</u>
<u>Болезни уха и сосцевидного отростка</u>	<u>0,01</u>	<u>ОН</u>	<u>0,01</u>	<u>ОН</u>	<u>0,99</u>	<u>ОВ</u>	<u>1,01</u>	<u>Н</u>	<u>8,5</u>
<u>Всего</u>	<u>=</u>	<u>=</u>	<u>=</u>	<u>=</u>	<u>=</u>	<u>=</u>	<u>11,83</u>	<u>=</u>	<u>100,0</u>

ЗДОРОВЬЕ, ОБРАЗ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ Г. НОВОСИБИРСКА (в рамках международного проекта «Здоровые города»)

Н.И. Гомерова, Е.Л. Жиленко, М.А. Захарова

Новосибирский городской медицинский
информационно-аналитический центр

Одна из самых значительных социальных тенденций XXI века – это старение населения: за последнее столетие продолжительность жизни резко возросла во всем мире. Поэтому с девизом «Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам» Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) призывает к укреплению здоровья и созданию условий для активного старения [1].

Старение приведет к комплексному изменению общества на многих уровнях, создаст проблемы и откроет возможности. С одной стороны, пожилые люди уже вносят значительный вклад в общество, как в составе официальных трудовых ресурсов, так и путем неформального труда, работы на добровольных началах и содействия своим семьям. С другой стороны, в конце жизни у многих пожилых людей возникают проблемы со здоровьем, что сказывается на их способности оставаться независимыми.

Плохое здоровье в пожилом возрасте – это не только бремя для отдельного человека, но и бремя для его семьи и общества в целом. Чем беднее семья или сообщество, тем больше потенциальное воздействие этой проблемы. Потеря хорошего здоровья может означать, что пожилой человек, ранее являвшийся ресурсом для своей семьи, более не способен вносить свой вклад, а, наоборот, нуждается в значительной поддержке. Из-за расходов на необходимую ему медико-санитарную помощь вся семья может оказаться за чертой бедности. Это бремя распределено неравномерно. Наибольшему риску подвергаются люди, обладающие наименьшими ресурсами и живущие в беднейших районах [2].

Цель исследования – создание профиля здоровья горожанина старшей возрастной группы. В качестве респондентов выступили ветераны педагогического труда г. Новосибирска (434 человека). Все обследованные были старше 55 лет.

Социальный портрет невозможно создать без представлений о семейном положении, уровне образования, социальном окружении респондента.

Уровень образования респондентов по данным опроса высокий (78,3 % имеют высшее образование).

Большинство опрошенных жителей Новосибирска были замужем/женаты – около 90 %, на момент опроса среди них около 10 % разведены, 40 % живут в браке, вдовы 43 %. На момент опроса одинокими являются 32 % респондентов.

Основная масса опрошенных вполне довольна отношением к себе близких (66 %).

С целью обозначения круга наиболее актуальных проблем старшего поколения горожан специалистами МКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» была разработана анкета, в соответствии с рекомендациями международного проекта ЕРБ ВОЗ «Здоровые города», которая содержала следующие разделы: самооценка (здоровье и семья); образ жизни жителей (употребление алкоголя, курение, физическая активность, питание); условия жизни и социальная активность горожан. Кроме того в текст анкеты был дополнительно введен опросный лист по выявлению риска развития сахарного диабета (FINDRISK).

Проанализировав всю информацию по риску развития сахарного диабета (СД), подтвердился факт взаимосвязи ожирения с повышенным риском развития этого заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Взаимосвязь величины ИМТ и риска развития СД

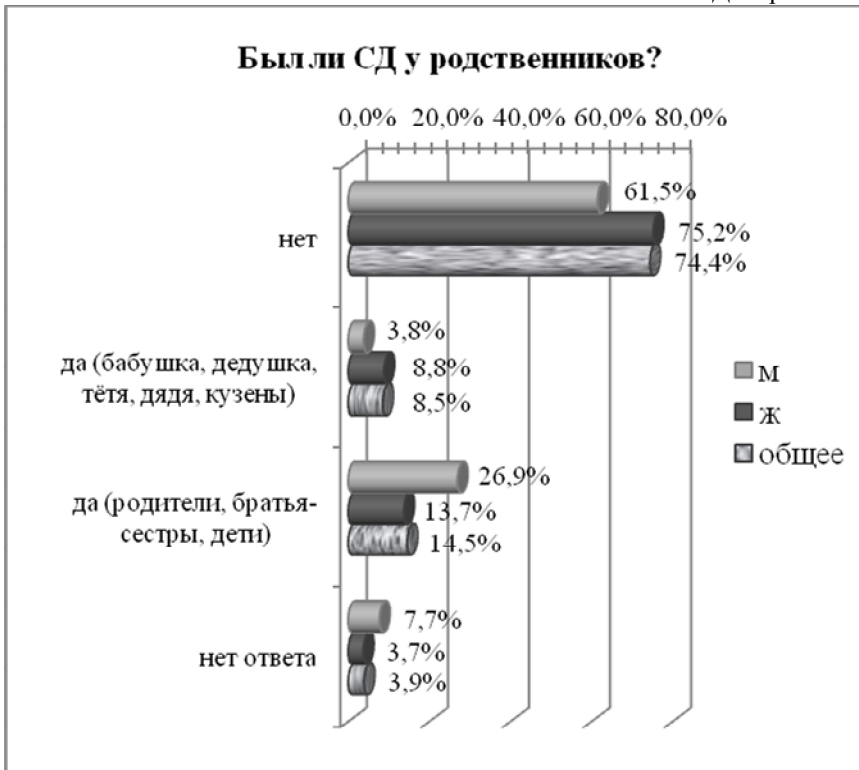
ИМТ – выборка	Индекс риска СД (15 и более)	% всех от опрошенных
> 25 – 86 человек	8 человек	7 %
25,1-30,0 – 167 человек	31 человек	18,6 %
< 30 – 181 человек	94 человека	52 %

На вопрос о назначении в анамнезе гипотензивной терапии положительно ответило большинство опрошенных – 74,4 %, кроме того, помнят о случаях повышения уровня сахара крови около 30 % опрошенных, причем женщины чаще указывают на такие случаи.

Отвечая на вопрос о случаях сахарного диабета в семейной истории, большинство опрошенных дало отрицательный ответ (диаграмма 1).

В целом, по данным социологического опроса, пожилые жители города Новосибирска оценивают состояние своего здоровья (диаграмма 2) как:

- «соответствующее возрасту» в 15 % ответов,
- «не очень хорошее» в 42,9 %,
- «есть серьезные проблемы» в 38 % ответов,
- наличие инвалидности отмечено у 18,9 %.



Отмечено, что женщины более критичны в своих оценках (мужчины в 30,8 % оценивают своё здоровье, как соответствующее возрасту, тогда как женщины дают такую оценку лишь в 14 % ответов).

Среди основных проблем, связанных со здоровьем респондентов опрошенные выделяют: ухудшение зрения, сна, передвижения и слуха (диаграмма 3).

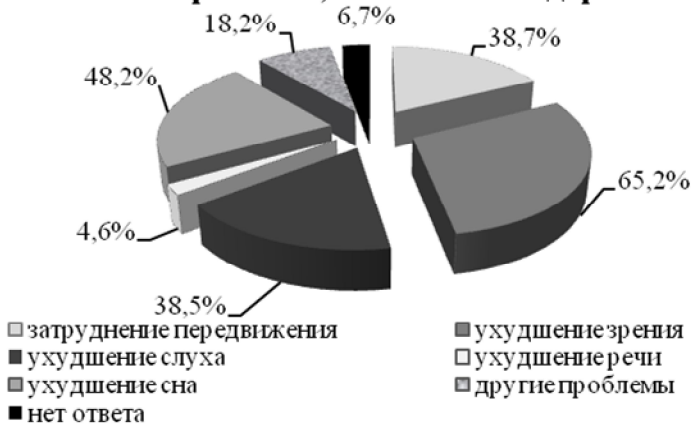
Среди прочих проблем чаще других называют высокое артериальное давление, астенические симптомы (слабость, головокружение, одышку), проблемы, связанные с какой-то одной системой организма (чаще сердечнососудистой или опорно-двигательной или эндокринной).

Диаграмма 2



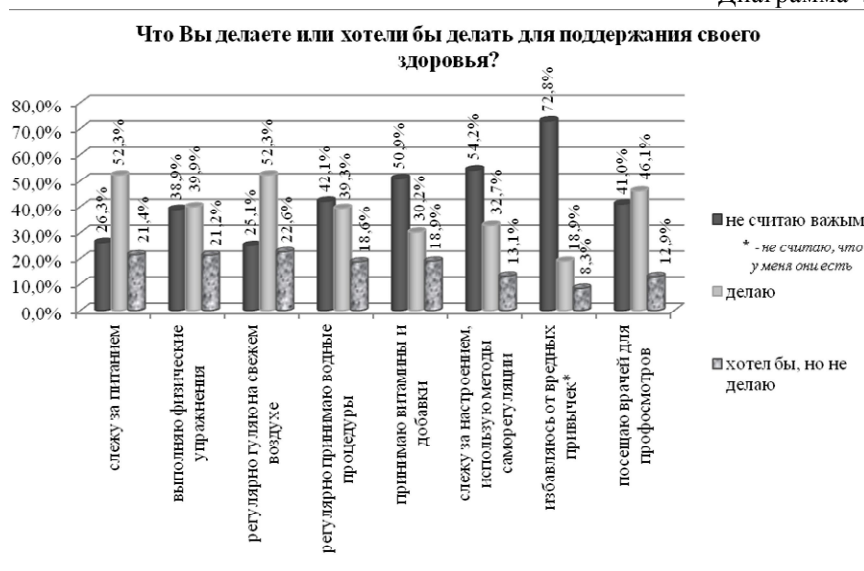
Диаграмма 3

Основные проблемы, связанные со здоровьем



Отмечая особую значимость такого понятия как «здоровьесберегающее поведение», которое определяет активность человека по отношению к своему здоровью, что в конечном итоге приводит к созданию условий для активного старения, необходимо определить круг мероприятий, которые наши респонденты выделили как приемлемые и желаемые, а также те, которые были ими отнесены к рангу неважных для сохранения здоровья. На диаграмме 4 представлены действия пожилого населения, направленные на поддержания своего здоровья. Отмечено, что самыми популярными мерами являются: слежение за рационом и качеством питания, прогулки и посещение врачей с профилактической целью. Чуть уступают им такие меры, как: физические упражнения (чаще отмечен вариант у мужского населения), водные процедуры.

Диаграмма 4



Согласно данным социологического опроса, **рацион питания пожилых жителей города** выглядит следующим образом: хлебобулочные изделия 84 % опрошенных употребляют почти каждый день, ежедневно употребляют картофель и другие овощи – около 60 % респондентов, на третьем месте в рейтинге доступности и популярности третий – фрукты и молоко (46-45 % соответственно). Мясные продукты относятся чаще к питанию «через день-два», то есть употребляются 2-4 раза в неделю (ответ 39 % опрошенных). С этой же частотой треть рес-

пондентов употребляют кисломолочные продукты и рыбу (в т.ч. «дары моря»).

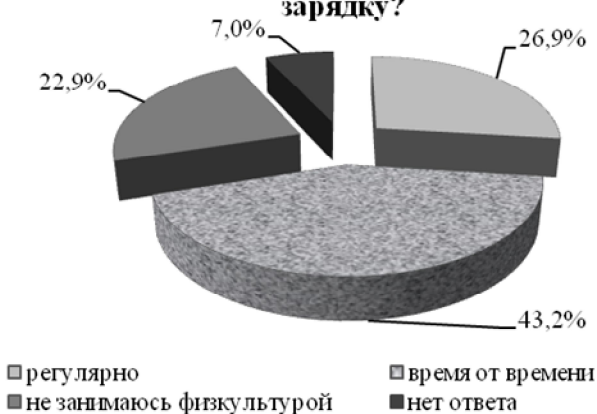
К продуктам, редко попадающим на стол к пожилым людям, 17 % респондентов отнесло колбасные изделия, кроме того, около 30 % ответили, что вообще стараются не употреблять колбасы в пищу. Ограничивают себя в употреблении макаронных изделий около трети опрошенных (14 % вообще стараются никогда не употреблять их), около 20 % опрошенных также относятся и к кондитерским изделиям. Приверженность определённому режиму питания может расцениваться также как **вредная привычка**, что, к сожалению, часто игнорируется при проведении самооценки своего образа жизни. В нашем опросе лишь 1 человек назвал в качестве вредных привычек переедание и гиподинамию.

Особая опасность вредных привычек заключается в том, что влияние их на организм человека носит замедленный характер и длительное время может не ощущаться, приводя в итоге к развитию хронических неинфекционных заболеваний, становясь причиной снижения качества жизни. Многие из опрошенных, имея ИМТ свыше 30 (это уже ожирение) считают, что у них нет вредных привычек.

Гиподинамия, как образ жизни, давно стала синонимом занятости и городской жизни. Не исключение и наши респонденты, у которых занятия физическими упражнениями, часто сводятся только к летнему (дачному) сезону (43 %) – диаграмма 5.

Диаграмма 5

Как часто Вы делаете физические упражнения, зарядку?

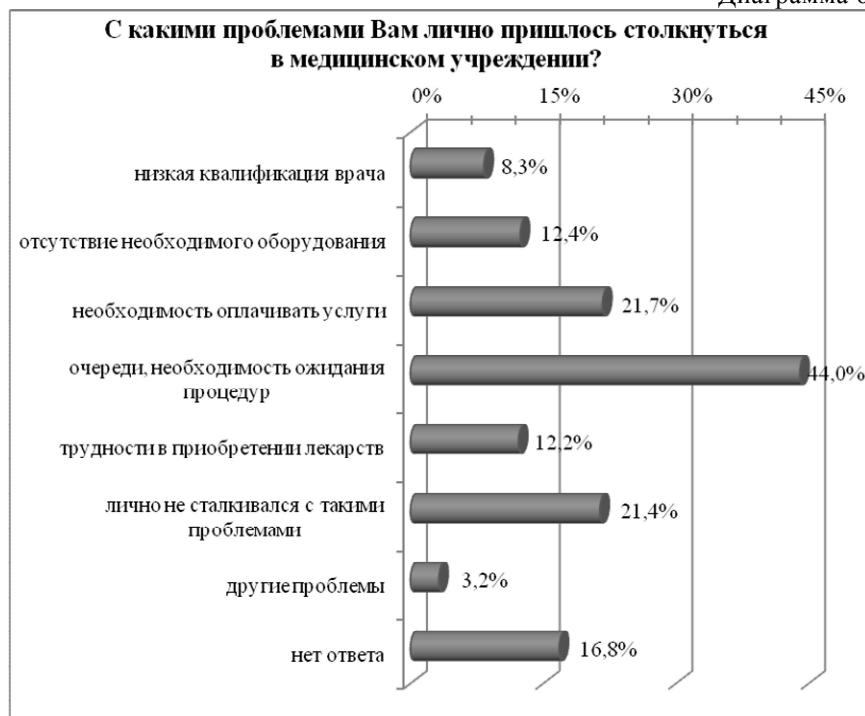


Третья по популярности мера профилактики заболеваний и заботы о своем здоровье: посещение медицинских учреждений. По полученным данным, давно не обследовались и не находились на лечении около трети опрошенных.

В среднем респонденты оценили работу медицинских учреждений города положительно в 45 % ответов, 21 % в целом удовлетворён качеством оказываемых услуг.

Основные претензии к организации медицинской помощи представлены на диаграмме 6.

Диаграмма 6



К разделу «другие проблемы» чаще других относилось недостаточное внимание медицинских работников и трудность в получении направления (талона) на обследование, а также отсутствие узких специалистов.

Для того, чтобы объективно оценить потенциал горожан старшей возрастной категории невозможно обойти вниманием оценку социаль-

ной активности, условий жизни и материального благосостояния данной группы респондентов.

Диаграмма 7

Самооценка материальных возможностей

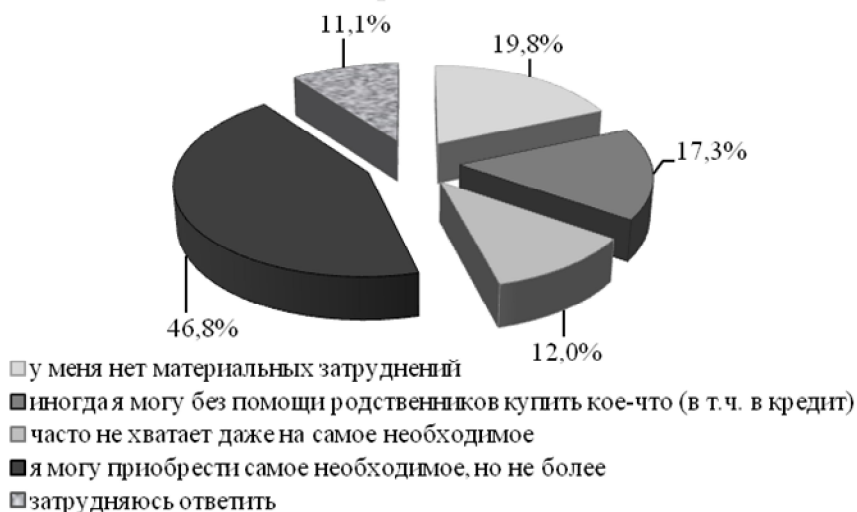
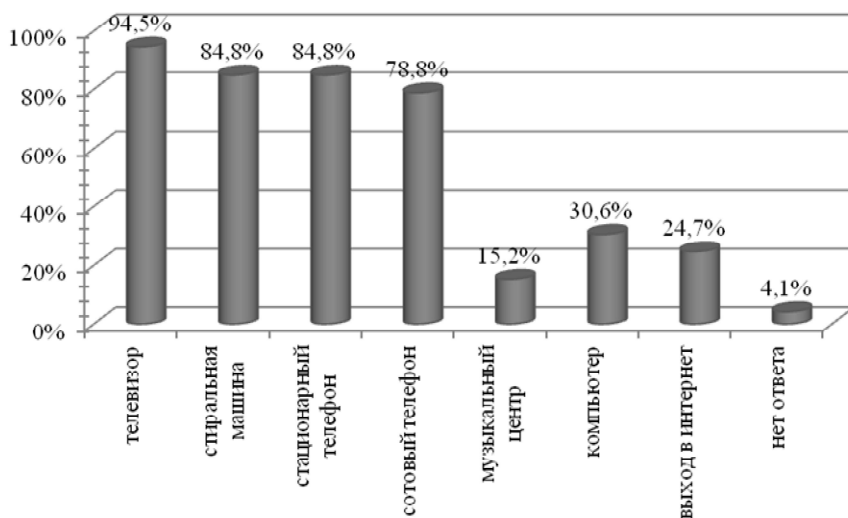


Диаграмма 8

Чем Вы владеете?



Своё материальное положение половина опрошенных ограничивает понятием «самое необходимое» (диаграмма 7).

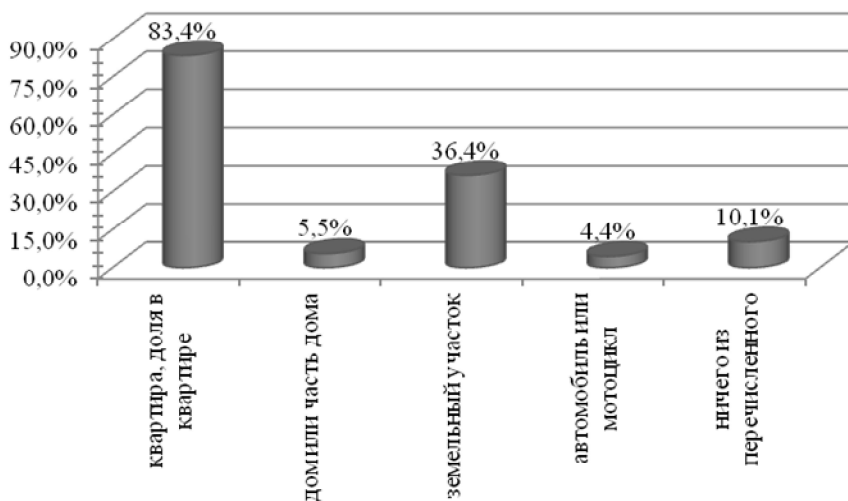
В качестве дополнительных источников доходов более 40 % респондентов назвали продукты собственных садовых участков и огородов, 29 % получают социальные пособия и пользуются льготами. Около 22 % опрошенных не имеют никаких дополнительных источников доходов.

Оценивая свой уровень жизни практически все опрошенные отметили, что владеют телевизором, стиральной машиной, стационарным и сотовым телефоном. Четверть опрошенных является активными пользователями сети Интернет (диаграмма 8).

Более 80 % респондентов являются собственниками квартир или их части, более трети владеют земельными участками (диаграмма 9).

Диаграмма 9

Имущество, находящееся в собственности респондентов



Активная социальная позиция отмечена примерно у половины опрошенных, совсем не интересуются общественной жизнью около 14 % респондентов. Самыми популярными и наиболее посещаемыми городскими мероприятиями оказались театры и концертные программы (диаграмма 10). Наименее посещаемы дворцы спорта.



Таким образом, наше исследование показало, что все, описанные в Глобальном резюме для Всемирного дня здоровья 2012 г. проблемы, в той или иной мере свойственны и нашим горожанам. Простого «чудодейственного» их решения нет, но есть конкретные действия, которые сейчас могут проводить в жизнь правительства и общества (табл. 2) [2].

Таблица 2

**Подход к обеспечению здорового и активного старения
на протяжении всего жизненного цикла**

Укрепление здоровья и здорового поведения во всех возрастных группах для предотвращения или отсрочивания развития хронических болезней.	Физическая активность, здоровое питание, предотвращение вредного употребления алкоголя, а также отказ от курения или употребления табачной продукции – все это может снизить риск развития хронических болезней в пожилом возрасте. Такого поведения необходимо придерживаться с ранних лет жизни и продолжать следовать этому в дальнейшей жизни.
Минимизация последствий хронических болезней благодаря ран-	Несмотря на то, что мы можем уменьшить риск развития хронических болезней благодаря здоровому образу жизни, многие люди все равно

<p>нему выявлению и качественной медицинской помощи (первичной, длительной и паллиативной).</p>	<p>будут иметь проблемы со здоровьем в пожилом возрасте. Нам необходимо выявлять на ранних стадиях такие метаболические изменения, как высокое кровяное давление, высокое содержание сахара в крови и высокий уровень холестерина, и эффективно регулировать их. Но нам также необходимо удовлетворять потребности людей, уже имеющих хронические болезни, обеспечивать уход за теми, кто больше не может заботиться о себе сам, а также обеспечить то, чтобы каждый человек умирал с достоинством.</p>
<p>Создание физической и социальной среды, способствующей охране здоровья и обеспечению участия пожилых людей.</p>	<p>Социальные детерминанты не только воздействуют на здоровое поведение людей на протяжении всего жизненного цикла, они также являются важным фактором для обеспечения того, чтобы пожилые люди могли продолжать участвовать в жизни общества. Поэтому, важно создавать физическую и социальную окружающую среду с благоприятными условиями для пожилых людей – с условиями, которые способствуют охране их здоровья и содействуют их участию.</p>
<p>Переосмысление старения – изменение социального отношения для поощрения участия пожилых людей.</p>	<p>Многие аспекты нынешнего отношения к старению сформировались в 20-м веке, когда пожилых людей было гораздо меньше, а социальные модели были совсем другими. Эти стереотипы мышления могут ограничивать наш потенциал в выявлении реально существующих проблем и в использовании возможностей, возникающих в результате старения населения в 21-м веке. Нам необходимо разработать новые модели старения, которые помогут нам создать будущее общество, в котором мы хотим жить.</p>

Литература:

1. Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам. URL: <http://www.takzdorovo.ru/profilaktika/khoroshee-zdorove-pribavlyaet-zhizni-k-godam> (дата обращения 06.04.2012).

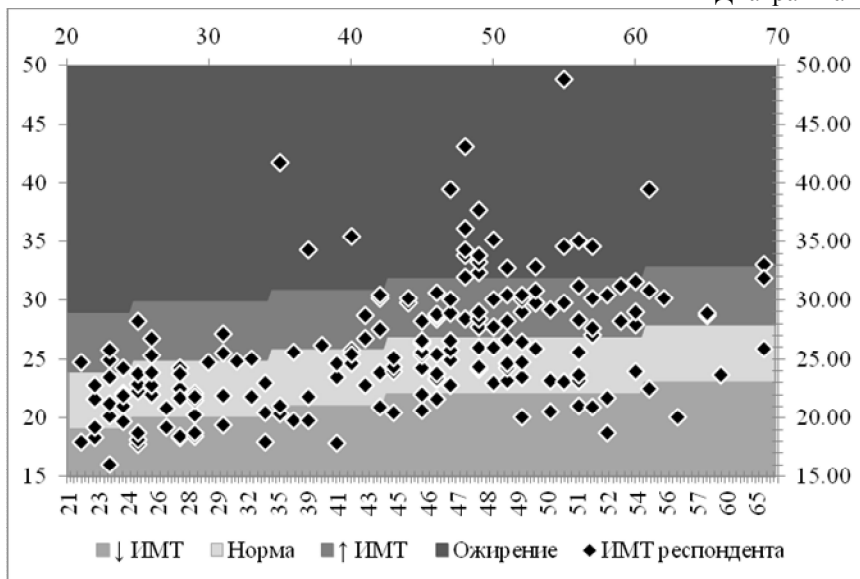
2. Хорошее здоровье прибавляет жизни к годам: Глобальное резюме для Всемирного дня здоровья 2012 г. URL: http://www.who.int/world-health-day/2012/global_brief_summary_ru.pdf (дата обращения: 06.04.2012).

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА (на примере работников учреждения бюджетной сферы города Новосибирска)

Е.Н. Дергачёва, М.А. Захарова, Н.С. Виноградова
Новосибирский городской медицинский информационно-
аналитический центр

190 работников учреждения бюджетной сферы города Новосибирска из числа обследованных 28-29 февраля 2012 года в ходе выездной акции, проведенной отделом мониторинга факторов риска хронических неинфекционных заболеваний совместно с Центрами здоровья «Обследование работников с целью выявления факторов риска сердечнососудистой патологии» (более 260 человек), приняли добровольное участие в анонимном анкетировании «Оценка питания».

Диаграмма 1

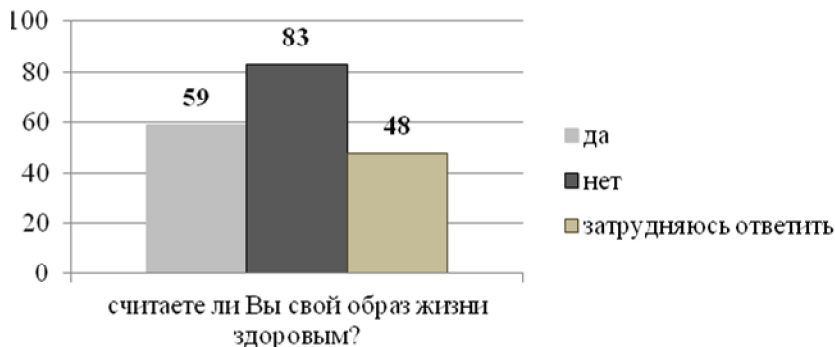


Основное внимание анкеты было направлено на самооценку вкусовых пристрастий респондентов, а также на знание своих весовых параметров. На диаграмме 1 представлено распределение индексов массы тела (ИМТ) каждого опрошенного в полях нормы и патологии веса.

Распределение ИМТ респондентов в полях нормы и патологии веса

Согласно представленным данным, 44,7 % респондентов имеют нормальный вес (ИМТ расположен в возрастном поле нормы – самый светлый фон на диаграмме), 14,7 % опрошенных имеют недостаток массы тела, 31,6 % – избыточный вес, около 9 % респондентов страдают ожирением (самый тёмный фон диаграммы).

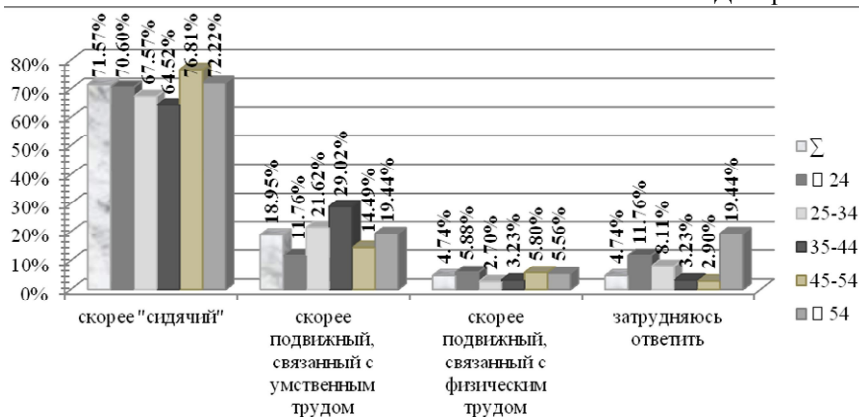
Диаграмма 2



На диаграмме 2 показано, что более 40 % опрошенных (83 человека) не считают свой образ жизни здоровым. Около 25 % всех опрошенных затруднились оценить свой образ жизни.

Самооценка образа жизни

Диаграмма 3

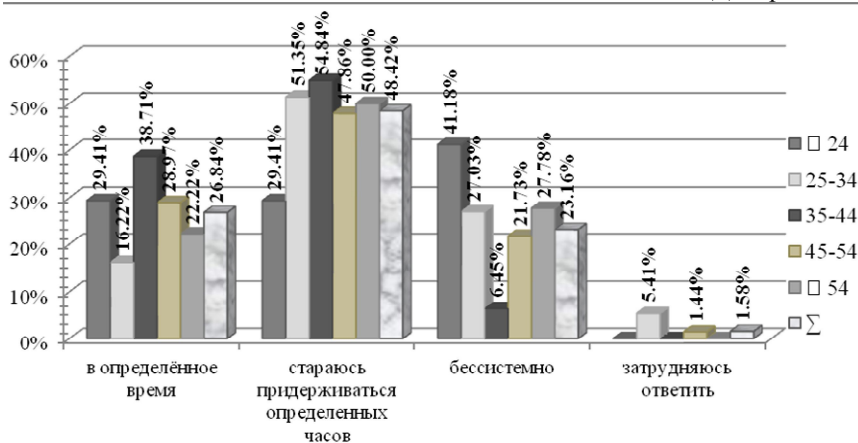


Отмечено, что больший процент людей, оценивающих свой образ жизни как здоровый, регистрируется среди респондентов «родительского возраста» от 30 до 44 лет: 39-42 % и старшей возрастной категории – 33 % (% посчитан внутри каждой возрастной категории).

Специфика работы респондентов в подавляющем большинстве случаев автоматически характеризует образ жизни опрошенных, как «сидячий», 71,6% отметили именно этот вариант ответа (диаграмма 3).

В ходе анкетирования респондентам был предложен ряд вопросов, связанный с их режимом питания как дома, так и на работе (систематичность, кратность, время последнего приема пищи). На момент опроса 90 % респондентов не придерживались никаких диет.

Диаграмма 4



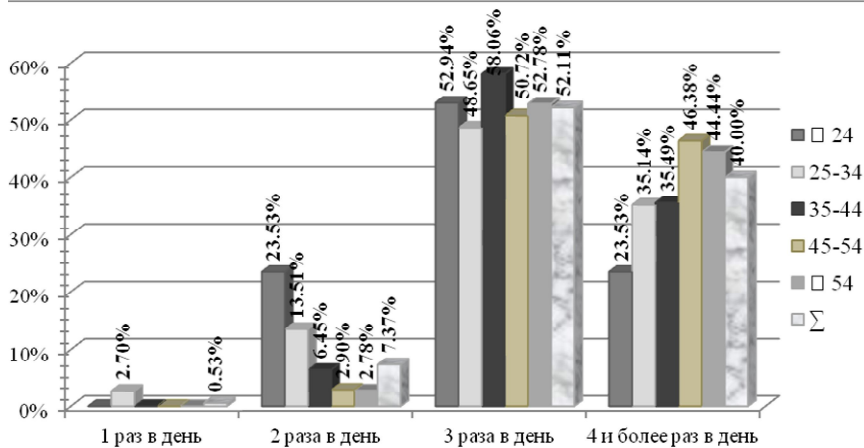
Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство опрошенных старается придерживаться определенного режима приема пищи – более 75 % (диаграмма 4). Из причин, которые мешают придерживаться определенного режима питания, чаще всего называется «фактор выходного дня» или «праздника» – 14,74 %, при этом наиболее подвержены срывам в эти дни люди «детного возраста». Наиболее дисциплинированными (с точки зрения организации питания) в ходе анкетирования проявили себя респонденты старше 45, но младше 54 лет. Менее всего следят за режимом питания респонденты молодежной группы (младше 24 лет).

Вы принимаете пищу...

Отмечено также снижение количества положительных ответов в графе «определенное время» у лиц старше 54 лет, которые более

склонны использовать процесс принятия пищи в качестве инструмента поднятия настроения (по данным психологических исследований).

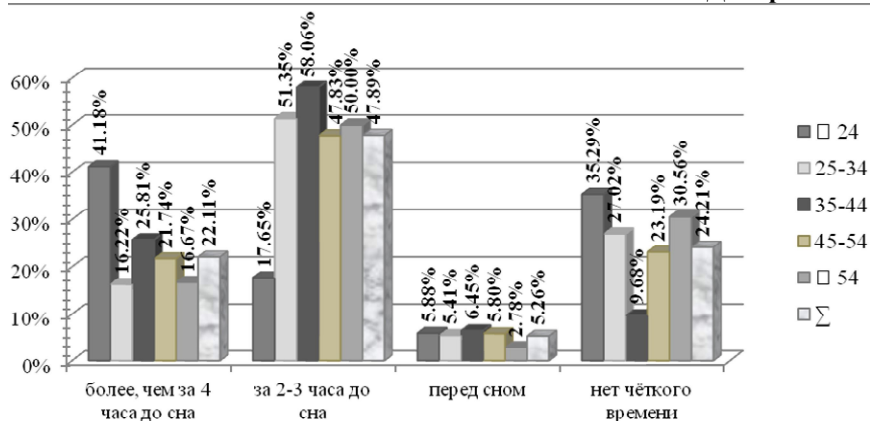
Диаграмма 5



Как показано на диаграмме 5, наиболее популярным ответом на вопрос о кратности приема пищи в сутки стал «3 раза в день» – 52 %, на втором месте вариант ответа «4 и более раз в день» – 40%, причем с увеличением возраста отмечен рост данного показателя.

Сколько раз в день Вы принимаете пищу?

Диаграмма 6



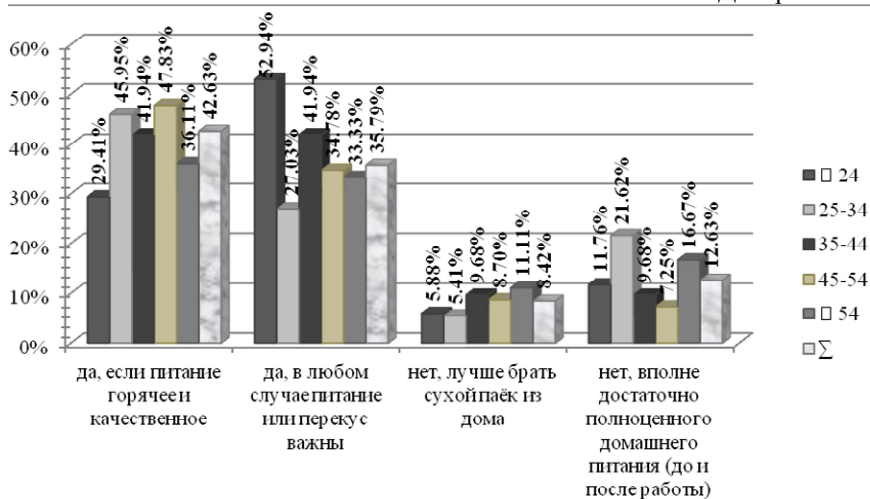
В ходе проведенного анкетирования отмечено также, что основной массой респондентов отмечен вариант ответа «за 2-3 часа до сна» в

вопросе о последнем приеме пищи в сутки, и только в молодежной группе наибольшей популярностью пользуется ответ «более, чем за 4 часа до сна» (диаграмма 6). Нет чёткого времени вечернего приёма пищи у 35 % респондентов самой молодой группы. Самая дисциплинированная в этом вопросе возрастная группа – 35-44 года (около 16 % опрошенных придерживаются правила не есть за 2-4 часа до сна, из них 6,5 % склонны «наедаться на ночь»). В среднем за вечерним приёмом пищи не следят 24 % опрошенных.

Режим последнего приёма пищи в сутки...

Большинство опрошенных (диаграмма 7) уделяет внимание питанию среди рабочего дня. Более молодые респонденты склонны приносить еду с собой и разогревать на работе (дополнение к варианту ответа «да, в любом случае питание или перекус важны»). Респонденты возрастной группы от 25 до 34 лет склонны предпочесть готовое горячее питание (в учреждениях общепита), нежели приносить и разогревать еду на работе или перекусывать.

Диаграмма 7



Считаете ли Вы обязательным питание во время рабочего дня в учреждении общественного питания?

Вариант ответа «сухой паёк» оказался самым непопулярным во всех возрастных категориях. Более склонны ограничивать себя в употреблении пищи во время работы лица категории 25-34 года.

Согласно принципам рационального питания (пищевая пирамида, разработанная специалистами института питания РАМН) в ежедневный рацион человека должны входить (в разных пропорциях – табл. 1) следующие продукты: хлебобулочные и макаронные изделия, каши; овощи, фрукты (в т.ч. свежевыжатые фруктовые соки, домашние компоты); молочные, кисломолочные продукты, мясные продукты, бобы, яйца, орехи.

К продуктам, которые следует употреблять в качестве лакомства (не чаще 1 раза в неделю), следует отнести кондитерские изделия, сладости (шоколад, конфеты и т.д.), соки (готовые), майонез и кетчуп домашнего приготовления. Среди продуктов, которые следует исключить из своего рациона: колбасные изделия, консервы, майонез и кетчуп (готовые), продукция «фаст-фуд».

Таблица 1

Количество порций по типам питания

	зерновые, бобовые	овощи	фрукты	молочные продукты	мясо, рыба, птица	"лакомства"
Женщины 19-54 года	4-9 (в день)	5 (в день)	2 (в день)	2 (в день)	1 (в день)	0-2 (в неделю)
Женщины 54+ лет	4-7 (в день)	5 (в день)	2 (в день)	2 (в день)	1 (в день)	0-2 (в неделю)
Мужчины 19-54 года	6-12 (в день)	5 (в день)	2 (в день)	2 (в день)	1 (в день)	0-3 (в неделю)
Мужчины 54+ лет	4-9 (в день)	5 (в день)	2 (в день)	2 (в день)	1 (в день)	0-2 (в неделю)

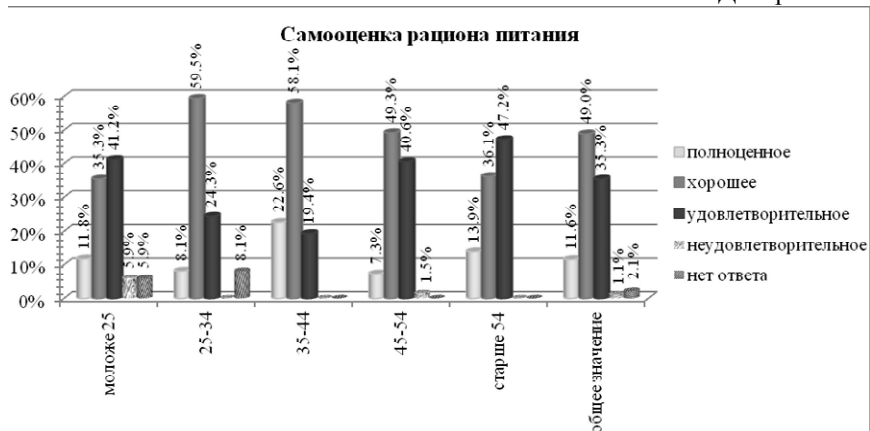
Исследуя разнообразие рациона питания респондентов, отмечено, что ежедневно 64,2 % опрошенных включают в свой рацион питания хлеб, хлебобулочные изделия; 7,9 % каждый день употребляют в пищу каши; 26,8 % – овощи (в т.ч. и картофель отварной или запеченный); 39,5 % – фрукты; 30,5 % – молочные продукты, 29,5 % – творог и сыр, 12,1 % – прочие кисломолочные продукты; 17,9 % – мясо (рыбу чаще указывают, как продукт каждой недели, но не каждого дня – более половины опрошенных).

Огорчает то, что более 75 % опрошенных не ограничивает себя в употреблении кондитерских изделий и лишь 22,1 % правильно относятся к такого рода пище – как к лакомству и потребляет эти продукты не чаще 1 раза в неделю (а, по возможности, не чаще 1 раза в месяц). Отношение к овощам фри и жаренному картофелю более ответственное

– эти продукты 68,4 % респондентов отнесли в категорию «лакомство» и стараются употреблять не чаще, чем 1-4 раза в месяц.

Что касается «запрещённых» продуктов, то наибольшая осведомленность о вредности из списка: «фаст-фуд», колбасные изделия, сладкие газированные напитки, консервированные продукты, кетчуп и майонез (не домашнего приготовления), – принадлежит продукции «фаст-фуд», её стараются совсем исключить из своего рациона питания более 92 % опрошенных, далее к списку не употребляемых относят сладкие газированные напитки – 76,3 %, консервированные продукты – 54,2 % и кетчуп, покупаемый в магазине – 57,9 %.

Диаграмма 8



Не заслуженно обходят вниманием информацией о вреде для здоровья, которая сопряжена с употреблением в пищу колбасных изделий и майонеза, покупаемого в магазинах (готовая продукция) – не более четверти опрошенных исключают эти продукты из своего рациона питания.

Давая оценку собственному рациону питания в целом (диаграмма 8), основная масса респондентов оказалась удовлетворена качеством своего питания (половина опрошенных отметила ответ «хорошее питание», 11,6 % – признали свое питание полноценным, а 35 % – удовлетворительным). Причем в возрастных группах диапазона от 25 до 54 лет самооценка качества питания выше за счёт группы ответов «хорошее питание». В возрастной группе от 35 до 44 лет самый высокий показатель ответа «полноценное питание». Признают свой рацион и режим питания неудовлетворительным около 6 % респондентов возрастной группы до 25 лет.

Выбор рациона питания чаще всего объясняется личным вкусом (более 62% респондентов), кроме того, около четверти всех опрошенных называет материальную неустроенность или финансовую несо-

стоятельность основной причиной выбора ежедневного набора продуктов. Отмечено, что среди респондентов «детного возраста» (от 25 до 44) наиболее часто отмечается причина выбора продуктов питания – «финансовые возможности» (более 35 % опрошенных в этих возрастных группах).

Наиболее популярное место приобретения пищевых продуктов – супермаркет (более 60 % респондентов), а в возрастной группе до 25 лет этот показатель 94 %.

Таким образом, следует сделать вывод, что питание, участвовавших в опросе горожан, не всегда соответствует установленным нормам, такой режим питания нельзя назвать рациональным. Одна из главных причин неправильного питания, это употребление неразнообразной пищи. Нами констатирован факт, что респонденты часто делают ошибки, отдавая предпочтение какому-то одному пищевому продукту, например, мясо, хлеб, мясопродукты. Недостаточное внимание уделяется респондентами, например, морепродуктам.

Прослеживается определенная зависимость рациона и от достижения возраста «семейной ответственности», когда у респондентов есть дети уровень потребления всех «ежедневных» продуктов немного выше, чем среди более молодых людей (не обремененных семьей) и более пожилых людей (живущих по принципу «как хочу»). Отмечено также, что люди с нормальным или пониженным индексом массы тела имеют гораздо более высокие требования к рациону, режиму и качеству питания.

Кроме того, выявлено, что не все респонденты стараются придерживаться определенного режима питания, многие не уделяют должного внимания качеству пищи. Человек же, выбирающий здоровый образ жизни, говорит «нет» жирной пище, консервам, продуктам, прошедшим длительную кулинарную обработку и содержащим различные усилители вкуса и консерванты.

РОЛЬ СКРИНИНГОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА

Е.Н. Дергачева, М.Л. Фомичева
Новосибирский городской медицинский информационно-
аналитический центр

В 2010 году в системе медицинской профилактики здравоохранения Российской Федерации появилась новая структура – центры здо-

ровья. Организация центров здоровья направлена на формирование здорового образа жизни среди населения Российской Федерации, пропаганду здорового образа жизни; мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье; разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни; борьбу с факторами риска развития заболеваний; просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем; предотвращение социально-значимых заболеваний; увеличение продолжительности активной жизни.

В городе Новосибирске на конец 2011 года функционируют 7 центров здоровья, в том числе: 4 для взрослых и 3 центра для детей. Интерес населения к работе новой структуры в системе здравоохранения очень высок. В течение 2-х лет центры здоровья посетили свыше 74,6 тыс. человек. Из них обратились самостоятельно 85,6 % взрослых и 65,3 % детей. В течение 2011 года центры здоровья посетили 44,3 тыс. человек, в том числе: 34,6 тыс. взрослых и 9,7 тыс. детей (2010 – 30,3тыс. человек, 30,1 тыс. взрослых и 0,2 тыс. детей).

Число лиц, которые по результатам обследования в центрах здоровья были признаны здоровыми, составили в 2011 году 25,9 % среди взрослого населения (2010 – 32,1 %) и 39,9 % среди детей. Был проведен анализ частоты факторов риска ССЗ в зависимости от возрастных групп обследованных среди взрослых и детей.

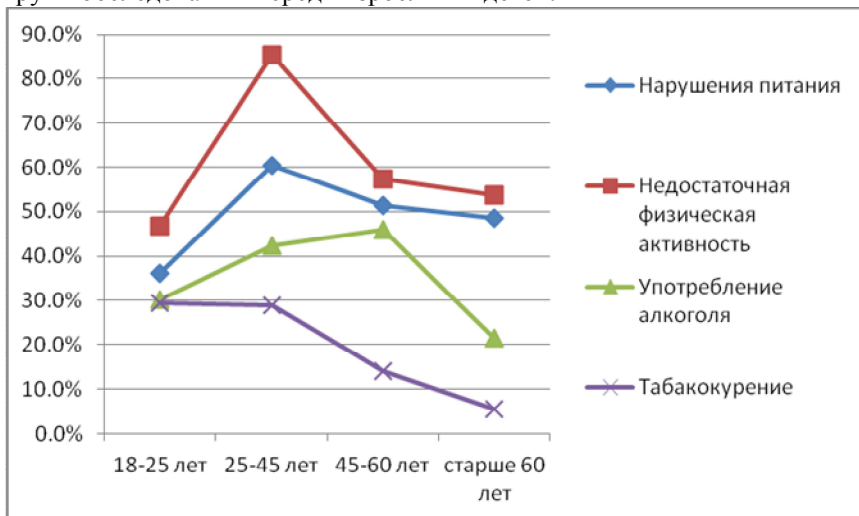


Рис. 1. Распространенность поведенческих факторов риска среди взрослых посетителей центров здоровья (по результатам опроса).

Оценивались по результатам опроса: распространенность нарушений питания (нарушение режима, несбалансированное питание, нарушение энергетической ценности питания), гиподинамии (физическая нагрузка менее 150 минут в неделю), употребление алкоголя, табакокурение.

Среди поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний по результатам опроса обратившихся в центры здоровья взрослых (рис. 1), наибольшее распространение имеет недостаточная физическая активность, которая выявлена среди 61,2 % взрослых. Чаще регистрируется низкая физическая активность в возрастной группе 25-45 лет, где составила 85,3 %.

Нарушения питания встречаются среди 50,2 % взрослых посетителей центров здоровья (по результатам опроса). Чаще указывают на нарушения питания лица возрастной категории 25-45 лет – 60,4 %. Чаще всего при опросе посетители центров здоровья отмечают нарушения режима питания, несбалансированное питание с преобладанием жирной и углеводистой пищи, ограниченное употребление овощей и фруктов.

На употребление алкоголя при проведении опроса указали 36,6 % взрослых. Чаще употребляют алкоголь лица возрастной категории 45-60 лет – 45,9 %.

Курят 18,4 % взрослых посетителей центров здоровья (по результатам опроса). Чаще встречается курение среди лиц 18-25 лет – 29,4 %.

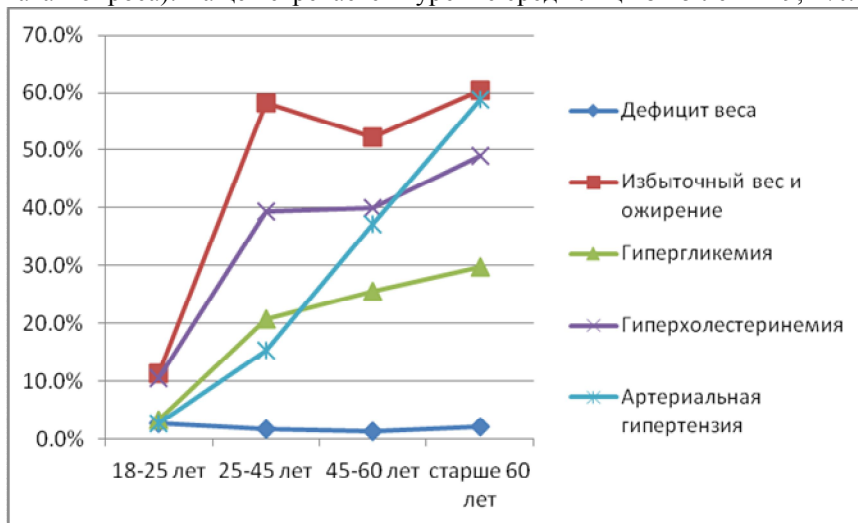


Рис. 2. Распределение по возрастам факторов риска среди взрослых посетителей центров здоровья (по результатам аппаратного и лабораторного обследования).

По результатам аппаратного и лабораторного исследования оценивалось наличие дефицита массы тела, избыточного веса и ожирения по результатам исследования на биоимпедансметре, наличие гипергликемии (учитывалось повышение уровня глюкозы крови свыше 5,5 ммоль/л), гиперхолестеринемии (свыше 5,0 ммоль/л), наличие артериальной гипертензии (рис. 2).

Изменения композиции состава тела (соотношение жировой, мышечной, костной тканей и воды), изменения индекса массы тела (ИМТ) выявлялись при обследовании на биоимпедансметре. Среди взрослых избыточная масса тела и ожирение выявлены среди 48,2 % обследованных. Чаще всего избыточный вес и ожирение встречаются среди граждан старше 60 лет – 60,5 %.

Дефицит массы тела отмечен среди 1,8 % граждан, чаще встречается в возрастной категории 18-25 лет – 2,6 % и среди граждан старше 60 лет – 2,1%.

Повышение уровня глюкозы крови зарегистрировано среди 21,3 % взрослых посетителей центров здоровья. По мере увеличения возраста растет и уровень выявления гипергликемии: среди лиц старше 60 лет – у трети обследуемых – 29,7 %.

Повышение уровня общего холестерина крови зарегистрировано среди 36,6 % обследованных. По мере «взросления» увеличивается уровень распространенности гиперхолестеринемии: у граждан старше 60 лет – 49,0 %.

Артериальная гипертензия выявлена среди 30,7 % взрослых граждан. Среди граждан старше 60 лет превышает половину – 58,8 %.

Среди взрослых, обратившихся в центры здоровья в 2011 году, прослеживается тенденция к увеличению факторов риска по мере увеличения возраста. Наиболее интенсивный рост факторов риска отмечается между лицами возрастной категории 18-25 лет и 25-45 лет.

Распространение факторов риска у детей оценивалось по возрастным категориям: 0-4 лет, 5-9 лет, 10-14 лет, 15-17 лет, в процентном соотношении к обследованным детям соответствующего возраста (рис. 3).

Нарушения питания по данным опроса выявлены среди 19,9 % детей, чаще всего встречаются в возрастной категории 10-14 лет – 24,4 %. Недостаточная физическая активность распространена примерно среди трети детей – 28,1 %, не регистрировалась у детей до 5-ти лет, лидирует среди возрастной категории 5-9 лет – 37,3 %. По данным опроса, табакокурение чаще всего регистрируется среди подростков 15-17 лет 4,9 %, у детей до 10 лет не отмечена.

Дефицит веса чаще всего регистрируется у детей 15-17 лет – 16,6 %. А также среди 10-14 летних – 14,3 %. Аналогично, избыточный

вес и ожирение чаще встречаются среди детей 10-14 лет и подростков – по 15,5 % случаев.

Гипергликемия преобладает среди детей возрастной категории 10-14 лет и подростков – 1,7 % и 2,0 % соответственно. Гиперхолестеринемия чаще встречается среди подростков – 2,4 %, и у детей 10-14 лет – 1,5 %. Артериальная гипертензия зарегистрирована среди 5 подростков, всего составила 0,2 % от детей соответствующего возраста.

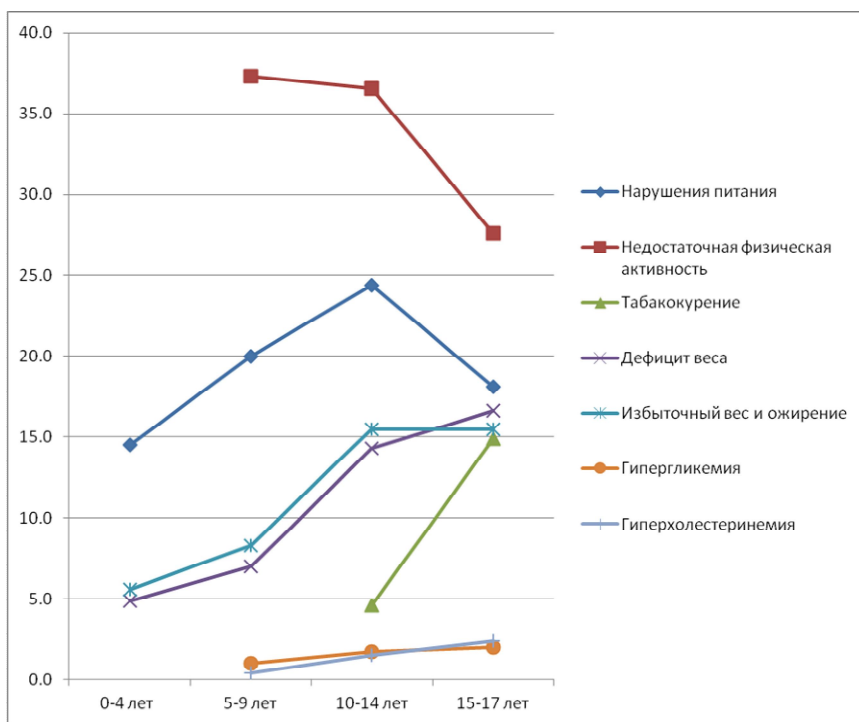


Рис. 3. Распределение по возрастам факторов риска среди детей, посетивших центры здоровья.

Таким образом, практически все факторы риска чаще всего регистрировались среди детей старшей возрастной группы – 10-14 лет и подростков.

Причинами высокой распространенности выявленных при обследовании в центрах здоровья факторов риска (ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, гипергликемия, низкий уровень физической активности) являются высокий уровень социального стресса, изменение характера питания населения (несбалансированность пи-

тания с преобладанием жирной и углеводистой пищи, высокая калорийность), низкая или недостаточная физическая активность населения.

Данные выводы подтверждены многолетними популяционными обследованиями подросткового населения Новосибирска (с 1989 по 2009 год обследовано 3311 человек) и взрослого населения (проект НАРИЕЕ с 2003 по 2006 год – 9397 человек), проведенными сотрудниками НИИ терапии СО РАМН. Распространенность указанных факторов риска составила в городе Новосибирске 25,7 % (18 % у мужчин, 32 % у женщин) по критериям NСЕР АТР III. Для сравнения в аналогичном исследовании в США из 8814 обследованных человек факторы риска регистрировались: у женщин – 24 %, у мужчин – 22 %.

Следовательно, приоритетным направлением в профилактике можно назвать разработку и внедрение на популяционном уровне программ здорового питания и повышения физической активности с адекватным контролем массы тела, начиная с детского возраста.

Таким образом, для реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, выявлению и мониторингу факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, представляет интерес обследование в центре здоровья, которое содержит необходимый спектр исследований. Кроме того, имеется возможность по разработке индивидуальной программы профилактики, рекомендаций по питанию, групповым и индивидуальным занятиям в школах здоровья, включая отказ от вредных привычек и психологическую коррекцию. Важным аспектом является проведение динамического контроля и оперативной коррекции профилактических мероприятий.

СОСТОЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ (2009-2011 ГГ.)

П.Ю. Зверев
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Инфекционная безопасность лечебно-диагностического процесса приобретает все большую актуальность в связи с серьезными последствиями ее нарушения. По данным разных авторов внутрибольничные инфекции (ВБИ) поражают 5-25 % пациентов стационаров и занимают десятое место в ряду причин смертности населения. По данным официальной статистики, ежегодно в РФ регистрируется от 50 до 60 тыс. случаев ВБИ, однако, по расчетным данным ЦНИИ эпидемиологии эта цифра в 40-50 раз выше. Присоединение ВБИ к основному заболеванию увеличивает на 6-8 дней продолжительность пребывания пациента в

стационаре. Летальность в группе лиц с ВБИ значительно превышает таковую среди аналогичных групп больных без ВБИ.

В связи с выше изложенным, в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Центр) проводится комплекс профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения ВБИ, включающий ряд эффективных организационных, лечебно-профилактических и дезинфекционных мероприятий. Это, прежде всего, оптимизация системы эпидемиологического надзора: достоверная и полная регистрация ВБИ, проведение мероприятий по предупреждению и распространению ВБИ, создание безопасных условий пребывания для пациентов; совершенствование лабораторной диагностики и мониторинга возбудителей ВБИ; повышение эффективности дезинфекционно-стерилизационных мероприятий; организация безопасной утилизации медицинских отходов и т.д.

Система профилактики ВБИ в Центре предусматривает, что врачи лечебных отделений выполняют рекомендации клинического эпидемиолога по профилактике ВБИ; оповещают его о случаях выявления ВБИ; проводят диагностику и лечение с привлечением в случае необходимости врача-бактериолога и клинического фармаколога; представляют документацию для эпидемиологического мониторинга.

Оперативная активность Центра за 2009-2011 гг. имеет тенденцию к увеличению. Общее число оперативных вмешательств в 2011 году по сравнению с 2009 годом увеличилось на 26 %. По классу чистоты, как и в предыдущие годы, преобладают условно-чистые операции. В 2011 году доля условно чистых операций составила 71,7 %. (табл. 1).

Таблица 1

Распределение оперативных вмешательств по классу чистоты за 2009-2011 гг.

Класс чистоты операций	2009		2010		2011	
	Число операции	Доля от общего числа операций	Число операции	Доля от общего числа операций	Число операции	Доля от общего числа операций
чистые	880	40,5	910	33,0	609	22,2
Условно чистые	1025	47,2	1543	57,5	1972	71,7
загрязненные	242	11,1	198	7,4	122	4,4
грязные	26	1,2	32	1,2	46	1,7
ИТОГО	2179		2683		2749	

В результате принимаемых мер в течение последних лет наметилась более достоверная регистрация ВБИ. Так в 2011 – зарегистрировано 10 случаев ВБИ в стационаре (в 2009 г. – 7, в 2010 г. – 1 случай).

Из 10 послеоперационных осложнений (2009-2011 гг.) 8 случаев развились после проведения «условно чистых» операций и по одному после «грязной» и «чистой» операций. Послеоперационные осложнения в 2009 году составил 2,4 %, в 2010-2011 гг. – 0,1, при ожидаемых 3-11 %, что свидетельствует о правильной тактике проводимых противоэпидемических мероприятий по профилактике послеоперационных осложнений.

В 2009 и 2010 гг. все случаи ВБИ были послеоперационными осложнениями и зарегистрированы в хирургическом отделении. В 2011 году ВБИ регистрировались в 4-х отделениях: неврологическое – 1, хирургическое – 4 (т.ч. 2 послеоперационные осложнения), отделение гемодиализа и гемокоррекции – 2, реанимация – 3.

Одним из наиболее частых осложнений, встречающихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии, являются вентилятор-ассоциированные пневмонии (ВАП), которые развиваются у лиц находящихся на ИВЛ более 6 суток. По данным НИИ пульмонологии Минздрава РФ ВАП развиваются в 13-55 % случаях при нахождении на ИВЛ более 6 суток. В ОРИТ Центра в 2009-2010 гг. нозокомиальных пневмоний не зарегистрировано среди пациентов находившихся на ИВЛ более 6 суток. В 2011 году зарегистрировано 3 случая пневмоний, что составляет около 38 % из числа пациентов находившихся на ИВЛ более 6 суток (табл. 2).

Таблица 2

Регистрация случаев внутрибольничной пневмонии среди пациентов АРО находившихся на ИВЛ более 6 суток за 2009-2011 гг.

2009 г.		2010 г.		2011 г.	
Число пациентов на ИВЛ более 6 суток	Число пневмоний	Число пациентов на ИВЛ более 6 суток	Число пневмоний	Число пациентов на ИВЛ более 6 суток	Число пневмоний
7	0	5	0	8	3

По плану производственного контроля в 2011 году было взято 1947 смывов (в 2009 г. – 2371, в 2010 – 1809) с объектов внешней среды на санитарно-показательную микрофлору. Из них – 1534 (в 2009 г. – 1820, в 2010 г. – 1140) в лечебных отделениях стационара и 413 (в 2009 г. – 551, в 2010 – 669) – на объектах питания (пищеблок и буфетные отделения). Из 1534 смывов нестандартных проб 0,7 % (в 2009 г. – 0,7 %, в 2010 г. – 0,7 %, в 2011 г. – 0,7 %).

в 2010 г. – 0,5 %), с объектов питания нестандартных проб 1,7 % (в 2009 г. – 2,7 %, в 2010 г. – 1,3 %), что говорит о недостаточно качественной проведении текущей влажной уборки помещений с применением дезинфицирующих средств медицинским персоналом и работниками пищеблока.

Таблица 3

Выявляемость оксациллинрезистентных штаммов золотистого стафилококка и ванкомицинрезистентных штаммов энтерококков по отделениям в 2009-2011 гг.

отделения	Число оксациллинрезистентных штаммов золотистого стафилококка			Число ванкомицинрезистентных штаммов энтерококков		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
ХО	1	2	-	1	-	1
УРО	2	2	-	-	4	2
ЛОР	2	5	-	1	-	-
ЭХО	-	1	-	-	1	-
ТО	1	1	-	-	1	-
ИТОГО	6	11	-	2	6	3

В течении 2011 года исследовано проб на стерильность 1926 (в 2009 г. – 2107, в 2010 – 1522), все пробы отрицательные.

Ежегодно из биологического материала от вновь поступивших так и находящихся на стационарном лечении пациентов высеваются оксациллинрезистентные штаммы золотистого стафилококка и ванкомицинрезистентные штаммы энтерококков (табл. 3). Лечение данных пациентов и проведение комплекса противоэпидемических мероприятий проводилось в строгом соответствии с регламентирующими документами. Случаев послеоперационных осложнений связанных между собой не выявлено.

Случаев ВБИ среди медицинских работников учреждения в 2009-2011 гг. не зарегистрировано.

Вывод:

1. В Центре налажена работа по противоэпидемическим мероприятиям, направленным на профилактику внутрибольничных инфекций, о чем свидетельствует низкий уровень регистрации ВБИ.

2. Строгое выполнение противоэпидемических мероприятий при лечении пациентов, из раневого отделяемого которых высеивались оксациллинрезистентные штаммы золотистого стафилококка или ванкомицинрезистентные штаммы энтерококков, способствовало недопущению

возникновения групповой заболеваемости ВБИ в отделениях хирургического профиля.

Литература:

1. Комиссарова Т.В. Целесообразность внедрения программы инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса на территориальном уровне / Т.В. Комиссарова, А.И. Клевасов // Материалы IX российско-немецкой научно-практической конференции Форума им.Р.Коха и И.И.Мечникова «Новые горизонты: инновации и сотрудничество в медицине и здравоохранении» // Под общей редакцией О.В. Кравченко (Россия), Г. Хана (Германия). – Новосибирск: Издательство «Сибирский Центр Деловых Технологий», 2010.– С. 44-46.

2. Зинчук Ю.Ю. Критерии и индикаторы эффективности и качества медицинской помощи для пациента, учреждения и органа управления здравоохранением / Ю.Ю. Зинчук // ГлавВрач. – 2011. – № 2. – С. 29-34.

3. Бедорева И.Ю. Принципы функционирования системы менеджмента качества в медицинском научно-исследовательском учреждении / И.Ю. Бедорева, Е.А. Головки, Т.В. Комиссарова, Л.В. Кислицына // ГлавВрач. – 2011. – № 3. – С. 62-72.

4. Финченко Е.А. Система профилактики внутрибольничных инфекций в многопрофильном стационаре / Е.А. Финченко, Т.В. Комиссарова, В.В. Степанов // Экономика здравоохранения (материалы международной научно-практической конференции). – Новосибирск. – 2012. – С. 151-153.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГЕСТОЗОВ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

С.И. Кулинич, В.А. Крамарский, А.С. Таюрская
Филиал № 3 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Осетровская больница)

Гестоз остается одним из частых и грозных осложнений беременности и родов и в течение многих лет является одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [6,7].

В России, несмотря на наблюдающееся в последнее десятилетие снижение абсолютного числа родов, частота гестоза из года в год увеличивается и достигает 16-21 % [1]. За последние годы возросла частота сочетанных форм гестозов (около 70 %) [3]. По данным отечественных авторов, гестоз занимает 3-е место в структуре летальности беременных, на его долю приходится 15-25 % случаев материнской

смертности. Преждевременные роды при гестозе имеют место в 20-30 % случаев, перинатальная заболеваемость составляет 560 %, а перинатальная смертность в 3-4 раза превышает популяционную, достигая 12 % [1].

Отмечена зависимость частоты заболевания (гестоза как состояния дезадаптации) от климатических условий. Регионы Сибири и Дальнего Востока по частоте гестоза опережают средне-российский показатель примерно в 1,5 раза [2]. Среди причин материнской смертности в Сибирском регионе гестоз занимает второе место (15,3 %) [4].

Лидирующая роль гестозов в структуре причин материнских и перинатальных потерь, рост частоты и тяжелых форм данной патологии при отсутствии эффективной профилактики и коррекции определяют актуальность данной проблемы [5].

Цель исследования:

Изучить частоту распространения и особенности структуры гестозов при беременности и в родах в условиях Крайнего Севера на примере Усть-Кутского района.

Материалы и методы исследования:

Статистический анализ частоты распространения и особенностей структуры гестозов в Усть-Кутском районе за период 2006-2010 гг. по статистическим данным МГБУЗ «Усть-Кутской ЦРБ» и Филиала № 3 – Осетровская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России.

Результаты исследования:

За исследуемый период в Усть-Кутском районе наблюдаются стабильно высокие показатели частоты гестозов, осложнивших течение беременности, родов и послеродового периода.

Число беременных, состоявших под наблюдением женской консультации и закончивших беременность родами в отчетном году, в Усть-Кутском районе составило в 2006 г. – 592, в 2007 г. – 735, в 2008 г. – 836, в 2009 г. – 810, в 2010 г. – 768.

При этом за рассматриваемый период отмечается увеличение рождаемости с 2006 по 2008 годы и некоторое ее снижение на протяжении последних двух лет. Так число всех родов в Усть-Кутском районе составило в 2006 г. – 709, в 2007 г. – 824, в 2008 г. – 915, в 2009 г. – 865, в 2010 г. – 798.

В тоже время частота гестозов, осложнивших беременность, за рассматриваемый период динамически увеличивалась с 17,6 % в 2006 г. до 23 % в 2010 г. А средняя частота гестозов во время беременности за изученный период в Усть-Кутском районе составила $18,7 \pm 1,2$ %.

Обращает на себя внимание динамика тяжелых форм гестозов, которая повторяет динамику частоты родов в Усть-Кутском районе. Так частота тяжелых форм гестозов (преэклампсия, эклампсия), осложнив-

ших беременность, составила в 2006 г. – 4,7 %, в 2007 г. – 5,4 %, в 2008 г. – 5,3 %, в 2009 г. – 2,7 %, в 2010 г. – 2,2 %. При этом частота тяжелых форм гестозов, осложнивших беременность, за изучаемый период в среднем составила $4,1 \pm 0,3$ %. Удельный вес тяжелых форм гестозов (преэклампсия, эклампсия) среди всех гестозов, осложнивших беременность, имела ту же динамическую направленность, что и частота родов и частота тяжелых форм гестозов и составила в 2006 г. – 26,9 %, в 2007 г. – 30,1 %, в 2008 г. – 26,3 %, в 2009 г. – 18,2 %, в 2010 г. – 9,6 %. Средняя частота тяжелых форм гестозов, осложнивших беременность, за изучаемый период составила 22,2 %, то есть была отмечена практически у каждой пятой женщины, беременность которой осложнилась гестозом.

Частота всех гестозов, осложнивших роды и послеродовый период была несколько ниже, чем частота гестозов во время беременности и имела противоположную тенденцию динамического развития. Так в 2006 г. эта частота составила 10,2 %, в 2007 г. – 14,8 %, в 2008 г. – 14,4 %, в 2009 г. – 9,4 % и в 2010 г. – 11,5 %, что указывает на эффективность проводимых лечебных мероприятий. Средняя частота гестозов, осложнивших роды и послеродовый период, за изучаемый период составила $12,1 \pm 0,8$ % и была достоверно ниже, чем средняя частота гестозов при беременности.

Частота тяжелых форм гестозов (преэклампсия, эклампсия), осложнивших роды и послеродовый период, несмотря на сохранившуюся динамику показателей, характерную для тяжелых форм гестоза во время беременности, превышала аналогичные показатели во время беременности и составила в 2006 г. – 4,5 %, в 2007 г. – 8,4 %, в 2008 г. – 6,1 %, в 2009 г. – 3,7 %, в 2010 г. – 2,5 %. Подтверждением объективности полученных данных является показатель средней частоты тяжелых форм гестозов, осложнивших роды и послеродовый период, за изучаемый период равный $5,0 \pm 0,5$ % и достоверно превышающий аналогичный показатель во время родов. Частота тяжелых форм гестозов (преэклампсия, эклампсия) в структуре всех гестозов, осложнивших роды и послеродовый период, имела ту же динамическую направленность, что и аналогичный показатель во время беременности и почти в 2 раза превышала как показатель ежегодной частоты, так и средний показатель за исследуемый временной период. Частота тяжелых гестозов в их общей структуре составила в 2006 г. – 44,4 %, в 2007 г. – 56,6 %, в 2008 г. – 42,4 %, в 2009 г. – 39,5 %, в 2010 г. – 21,7 %. При этом средний показатель частоты составил $40,9 \pm 1,3$ %. Таким образом, на фоне снижения частоты гестозов во время родов по сравнению с аналогичным показателем во время беременности, увеличение в структуре его тяжелых форм подтверждает проблему объективной оценки степени тяжести

гестоза, которая наиболее точно проявляет себя в стрессовой ситуации, какой является родовой процесс.

Выводы:

Проведенный анализ за период 2006-2010 гг. в Усть-Кутском районе выявил более высокую частоту гестозов и высокий процент тяжелых форм (преэклампсия, эклампсия) в структуре всех гестозов по сравнению со средне-российскими показателями, что является подтверждением высокой степени адаптационных возможностей организма беременной в особых климатических условиях, к которым относится Крайний Север.

Результаты эпидемиологического исследования подтверждают целесообразность поиска наиболее оптимального комплекса диагностических исследований для наиболее объективной оценки степени тяжести гестоза.

Гестозы в регионах Крайнего Севера мало изучены. Поэтому данная ситуация требует более углубленного изучения особенностей течения гестозов в условиях Крайнего Севера, а также разработки комплекса эффективных мероприятий по профилактике осложнений гестозов и его тяжелых форм.

Литература:

1. Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз: теория и практика. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.

2. Бандеева Э.Б., Филиппов О.С. Эпидемиология гестоза в Красноярском крае и Республике Бурятия в сравнительном аспекте // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2005. – № 7. – С. 198-199.

3. Венцовский Б.М., Запорожан В.П., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестозы: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агенство, 2005. – 312 с.

4. Гусева Е.В., Филиппов О.С. Региональные особенности материнской смертности в Российской Федерации // III Региональный научный форум «Мать и дитя»: Тезисы докл. – Саратов, 2009. – С. 81-82.

5. Павлова К.К., Трифонова Е.А., Готовцева Л.В., Максимова И.Р., Ноговицына А.П., Степанов В.А. Роль полиморфизмов генов eNOS, ACE и MTHFR в развитии гестоза в якутской популяции // Якутский медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 28-31.

6. Ушакова Г.А., Рец Ю.В. Регуляторные и адаптационные процессы в системе мать-плацента-плод при гестозе различной степени тяжести // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 4. – С. 11-16.

7. Цахилова С.Г., Торчинов А.М., Сарахова Д.Х., Джонбоева Г.Н. Актуальность преэклампсии (гестоза) в современном акушерстве. Проблемы и решения (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2010. – № 3. – С. 87-91.

ЧАСТОТА ГЕСТОЗОВ В РАЙОНАХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕЗАДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА БЕРЕМЕННЫХ В ОСОБЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

С.И. Кулинич, В.А. Крамарский, А.С. Таюрская
Филиал № 3 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Осетровская больница)

Гестоз оставаясь одним из частых и грозных осложнений беременности и родов в течение многих лет является одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [6,7].

В России, несмотря на наблюдающееся в последнее десятилетие снижение абсолютного числа родов, частота гестоза из года в год увеличивается, достигая 16-21 % [1]. За последние годы возросла частота сочетанных гестозов (около 70 %) [3]. По данным отечественных авторов, гестоз занимает 3-е место в структуре летальности беременных, на его долю приходится 15-25 % случаев материнской смертности. При гестозе частота преждевременных родов достигает 20-30 %, перинатальная заболеваемость 560 ‰, а перинатальная смертность в 3-4 раза превышает популяционную, достигая 12 % [1].

Отмечена зависимость частоты заболевания от климатических условий, что можно объяснить дезадаптацией организма к беременности в условиях «перенапряжения» гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы беременной женщины. Регионы Сибири и Дальнего Востока по частоте гестоза опережают средне-российский показатель примерно в 1,5 раза [2]. Среди причин материнской смертности в Сибирском регионе гестоз занимает второе место (15,3 %) [4].

Лидирующая роль гестозов в структуре причин материнских и перинатальных потерь, рост частоты и тяжелых форм данной патологии при отсутствии эффективной профилактики и коррекции определяют актуальность данной проблемы [5].

Цель исследования:

Изучить частоту распространения и особенности структуры гестозов в условиях Крайнего Севера на примере Усть-Кутского района

Иркутской области в сравнении с аналогичными показателями в г. Иркутске, расположенном на юге региона.

Материалы и методы исследования:

Статистический анализ частоты распространения и особенностей структуры гестозов в Усть-Кутском районе за период 2006-2010 гг. по статистическим данным МГБУЗ «Усть-Кутской ЦРБ», Филиала № 3 – Осетровская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России и данным городского Перинатального центра г. Иркутска.

Результаты исследования:

Город Усть-Кут расположен в центральной части Иркутской области в верхнем течении реки Лены у места впадения в неё реки Куты. Город расположен на территории Лено-Ангарского плато. Рельеф местности сильно расчлененный. Абсолютные высоты местности достигают 700-800м над уровнем моря. Территория города приравнена к району Крайнего Севера. Климат резко континентальный. Средняя температура января – 25°С, июля + 17°С. Минимальная температура – 58°С, максимальная + 42°С. Годовое количество осадков 350 мм.

За исследуемый период в Усть-Кутском районе наблюдаются относительно высокие показатели частоты гестозов, осложнивших течение беременности. Средне-суточные колебания температуры в Усть-Кутском районе достигает 10-15 градусов, а минимального и максимального атмосферного давления 20-30 мм., что несомненно приводит к «перенапряжению» адаптационных механизмов организма и их срыву (в виде гестоза) в условиях развивающейся беременности.

Число беременных, состоявших под наблюдением женской консультации и закончивших беременность родами в отчетном году, в Усть-Кутском районе составило в 2006 г. – 592, в 2007 г. – 735, в 2008 г. – 836, в 2009 г. – 810, в 2010 г. – 768.

За изучаемый период отмечается увеличение абсолютного числа родов с 2006 по 2008 годы и динамическое снижение этого показателя в 2009 и 2010 годах. Так число всех родов в Усть-Кутском районе составило в 2006 г. – 709, в 2007 г. – 824, в 2008 г. – 915, в 2009 г. – 865, в 2010 г. – 798.

Частота гестозов, осложнивших беременность, составила в 2006 г. – 17,6 %, в 2007 г. – 18 %, в 2008 г. – 20 %, в 2009 г. – 14,9 %, в 2010 г. – 23 %; в среднем – 18,7±1,2 %. В тоже время в г. Иркутске, расположенном на юге области, эти показатели были соответственно равны: 2,6 %, 2,7 %, 2,8 %, 3,2 %, составляя в среднем 2,8±0,2 %, что почти на порядок ниже, чем в северном районе области.

Частота тяжелых форм гестозов (преэклампсия, эклампсия), осложнивших беременность, составила в 2006 г. – 4,7 %, в 2007 г. – 5,4 %, в 2008 г. – 5,3 %, в 2009 г. – 2,7 %, в 2010 г. – 2,2 %; в среднем – 4,1 %.

Частота тяжелых форм гестозов в структуре всех гестозов, осложнивших беременность, составила в 2006 г. – 26,9 %, в 2007 г. – 30,1 %, в 2008 г. – 26,3 %, в 2009 г. – 18,2 %, в 2010 г. – 9,6 %; в среднем – $22,2 \pm 1,8$ % и превышала средние популяционные показатели (6-7 %) по стране приблизительно в 4 раза. В г. Иркутске эта частота составила соответственно 25,8 %, 13,4 %, 18 %, 26%, 21,8 % и в среднем была равна $21 \pm 1,7$ %.

Таким образом, частота тяжелых форм гестозов в их структуре в Усть-Кутском районе достоверно не отличалась ($p > 0,005$) от аналогичного показателя в г. Иркутске, что можно объяснить только своевременностью и адекватностью лечебных мероприятий и родоразрешения среди женщин, беременность которых осложнилась гестозом.

Выводы:

Проведенный анализ за период 2006-2010 гг. в Усть-Кутском районе выявил более высокую частоту гестозов (в 6,7 раз) по сравнению с частотой гестозов в южных районах области, что можно объяснить особенностями климатических условий.

Частота тяжелых форм гестозов в структуре этого осложнения беременности достоверно не отличалась от аналогичного показателя в г. Иркутске, расположенном на юге области.

Гестозы в регионах Крайнего Севера мало изучены. Поэтому данная ситуация требует более углубленного изучения особенностей течения гестозов в условиях Крайнего Севера, а также разработки комплекса эффективных мероприятий по профилактике дезадаптационного состояния беременных в условиях Крайнего Севера.

Литература:

1. Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз: теория и практика. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
2. Бандеева Э.Б., Филиппов О.С. Эпидемиология гестоза в Красноярском крае и Республике Бурятия в сравнительном аспекте // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2005. – № 7. – С. 198-199.
3. Венцовский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестозы: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агенство, 2005. – 312 с.
4. Гусева Е.В., Филиппов О.С. Региональные особенности материнской смертности в Российской Федерации // III Региональный научный форум «Мать и дитя»: Тезисы докл. Саратов, 2009. – С. 81-82.
5. Павлова К.К., Трифонова Е.А., Готовцева Л.В., Максимова М.Р., Ноговицына А.М., Степанов В.А. Роль полиморфизмов генов eNOS, ACE и MTHFR в развитии гестоза в якутской популяции // Якутский медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 28-31.

6. Ушакова Г.А., Рец Ю.В. Регуляторные и адаптационные процессы в системе мать-плацента-плод при гестозе различной степени тяжести // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 4. – С. 11-16.

7. Цахилова С.Г., Торчинов А.М., Сарахова Д.Х., Джонбоева Г.Н. Актуальность преэклампсии (гестоза) в современном акушерстве. Проблемы и решения (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2010. – № 3. – С. 87-91.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

И.Ф. Мингазов

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области»

Экологический и санитарно-гигиенический аспект выживания населения сегодня довольно хорошо проработан во многих работах и исследованиях. Так для жителей Новосибирской области остается актуальным воздействие повышенных уровней бенз(а)пирена, формальдегида, окислов азота и углерода, взвешенных веществ, сажи в атмосферном воздухе. Особенно актуальным это становится во время приземных инверсий при низкой скорости движения воздуха (0-1 м/сек), когда выбросы вредных веществ в атмосферный воздух не уносятся ветром за пределы населенных мест, а концентрируются непосредственно в зоне проживания и население оказывается существенными. Вследствие осуществления в Новосибирской области значительного уровня выбросов вредных веществ в атмосферный воздух в ряде территорий наблюдаются и значительные уровни концентраций вредных веществ в атмосферном воздухе (г. Новосибирск, г. Бердск, г. Искитим, г. Куйбышев и т.д.). Существенным для населения области является и тот момент, что в населенных пунктах наблюдаются не только максимально-разовые но среднегодовые превышения предельно-допустимых концентраций вредных веществ.

Так для города Новосибирска (по данным Центра мониторинга за загрязнением природной среды Запсибгидромета) среднегодовые концентрации бенз(а)пирена превышают ПДК в среднем за год от 1,2-2,8 раз, формальдегида до 2,1-3,0 раз и т.д.

При многолетнем изучении влияния факторов среды на здоровье населения нами показано, что наиболее мощным и скоростным фактором, влияющим на состояние здоровья, является «жесткость климата» особенно показатель скорости изменения среднесуточной температуры

воздуха и скорости изменения атмосферного давления. Так в «неблагоприятные дни по скоростным изменениям среднесуточной температуры» абсолютные показатели среднесуточной смертности населения в г.Новосибирске возрастают с 45-56 человек до 70-98 в сутки, а выезды бригад скорой медицинской помощи с 1200 раз в сутки до 1900-2700 раз.

«Экологическое бремя болезней» под давлением неблагоприятных факторов среды (загрязненный атмосферный воздух, шум, повышенный уровень электромагнитной и радиационной нагрузки, низкое качество питьевого водоснабжения и качество питания, скоростные изменения температуры и атмосферного давления, геомагнитные возмущения) воздействуя на население Новосибирской области, является дополнительной причиной повышенной смертности населения. Цена «такого экологического давления» – повышенный риск преждевременной смертности. В целом опираясь на проведенные исследования и статистическую обработку данных приводим проранжированные, наиболее значимые для здоровья населения социально-экономические и экологические факторы:

1. Уровень «Хронического стресса»;
2. «Продолжительность и качество сна»;
3. «Семейный микроклимат»;
4. «Возможность работать по призванию»;
5. Уровень «накопленной алкогольной интоксикации»;
6. Уровень «лекарственного давления»;
7. «Периодическое и постоянное переедание»;
8. «Загрязнение атмосферного воздуха»;
9. «Экология жилья»;
10. «Условия труда»;
11. Уровень «искажения естественного магнитного поля Земли»;
12. «Жесткость климата»;
13. «Качество питания»;
14. «Влияние электромагнитных полей»;
15. «Уровень и качество здравоохранения».
16. Ориентация на «здоровый образ жизни»;
17. «Возможности для отдыха и самовосстановления»;
18. «Уровень образования и культуры»;
19. «Табакокурение»;
20. Влияние «шума»;
21. «Загрязнение питьевой воды»;
22. «Гиподинамия»;
23. «Качество мировоззрения»;

24. Уровень «материального благополучия»;
25. «Способности к релаксации и медитации»;
26. Уровень «переносимых тяжестей»;
27. Давление «транспортных факторов».

Считается, что значительное «экологическое давление» непосредственно может выступать в качестве пускового механизма сложных патогенетических механизмов. Под действием экологического бремени снижается общая сопротивляемость организма и происходит рост как первичной, так и общей заболеваемости. Анализ первичной заболеваемости населения (за пять последние 5-7 лет) по территориям Новосибирской области, указывает на ряд территорий являющихся лидерами по уровню заболеваемости: г. Бердск, Куйбышевский район, г. Новосибирск, Искитимский и Барабинский районы. При анализе усредненного уровня (за пять последних лет) показателя общей заболеваемости по территориям Новосибирской области выявлены ряд территорий являющихся лидерами и по уровню общей заболеваемости: г. Новосибирск; г. Бердск; Чановский и Куйбышевский районы. При анализе усредненного уровня (за пять последних лет) показателя общей заболеваемости детей по территориям Новосибирской области выявлены ряд территорий являющихся лидерами и по уровню общей заболеваемости у детей: г. Бердск; г. Новосибирск; Куйбышевский и Искитимский районы.

Проведенный углубленный анализ заболеваемости населения четко очерчивает самые тяжелые территории для проживания населения на территории Новосибирской области: г. Новосибирск; г. Бердск; Чановский, Искитимский и Куйбышевский районы.

Для проведения реальной и действенной профилактики сегодня необходима продуманная, дальновидная профилактическая политика с максимальной интеграцией усилий многих организаций при существенной поддержке центральных и местных властей по улучшению уровня и качества жизни населения Новосибирской области. Проводимая Управлением Роспотребнадзора работа по оценке риска здоровью населения позволила выявить и сгруппировать основные факторы риска и выработать управленческие решения, направленные на охрану окружающей природной среды и укрепление здоровья населения проживающих в зоне повышенного риска.

В связи с вышеизложенным необходимы интегральные усилия властей, здравоохранения, образования, социальных служб по улучшению качества жизни и оплаты труда населения и реализации комплекса мер по улучшению здоровья населения в рамках принятых приоритетных программ. Необходимо добиться увеличения продолжительности здоровой жизни, путем сокращения заболеваемости, травматизма и ин-

валидности за счет перераспределения финансовых потоков и вложения средств в каждого человека; усилить борьбу с факторами риска (курение, гиподинамия и т.д.) снизить реальное потребление алкоголя и принять меры, направленные на ослабление последствий пьянства и алкоголизма. Актуальными остаются задачи по усилению роли первичной медико-санитарной помощи, структурно-экономические преобразования амбулаторно-поликлинического звена, рациональное использование коечного фонда. Необходимы также реальные поощрения за здоровье и отсутствие заболеваний снижающих качество жизни человека.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Л.В. Проскура, Л.А. Хван
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

В последние годы все актуальней становится проблема качества оказания медицинской помощи, в связи с этим на Врачебную комиссию возлагаются дополнительные функции 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.

В соответствии с Федеральным законом N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Врачебная комиссия 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-биологического агентства» (ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России) – лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее первичную ме-

дико-санитарную и специализированную медицинскую помощь прикрепленному контингенту.

Плановая мощность ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (ранее ФГУ «СОМЦ ФМБА России») на 01.01.2012 года составила: 395 коек, 1010 посещений в смену, из них в городе Новосибирске – 195 коек, 5 коек дневного стационара при больнице, 300 посещений в смену, 20 мест дневного стационара при поликлинике. В структуре учреждения – более 30 лечебно-диагностических подразделений, дневные стационары при больнице и амбулаторно-поликлиническом подразделении, отделение восстановительного лечения, отделение платных медицинских услуг, врачебные и фельдшерские здравпункты. Лицензировано более 30 видов медицинской деятельности. В числе перспективных и развивающихся направлений специализированной медицинской помощи – малоинвазивная хирургия, колопроктология, экстракорпоральная детоксикация, онкология.

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (далее – Центр) работает в системе ОМС, выполняет государственный заказ по высокотехнологичной медицинской помощи по профилям: абдоминальная хирургия, урология, гинекология, оториноларингология. В стационарах ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России ежегодно получают медицинскую помощь более 10 тыс. пациентов, в амбулаторно-поликлинических подразделениях выполняется более 400 тыс. врачебных посещений в год.

Численность обслуживаемых контингентов населения на 01.01.2011 года составила около 70 тысяч человек, из них в городе Новосибирске – более 32 тысяч человек. Эти контингенты населения прикреплены Распоряжениями Правительства РФ от 30.12.2009 № 2118-р, от 21.08.2006 № 1156-р, приказом ФМБА России от 30.04.2009 № 324 и включают работников предприятий, учреждений, организаций, работающих в условиях вредных производственных факторов; спортсменов сборных команд и олимпийского резерва, а также работников и членов семей следственных органов.

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;
2. Разработка и реализация мероприятий по устранению и предупреждению выявленных дефектов;
3. Решение наиболее сложных и конфликтных вопросов;
4. Экспертиза временной нетрудоспособности, в т.ч. продление листков нетрудоспособности свыше определенных нормативно-правовыми документами сроков;

5. Принятие решений о направлении граждан на медико-социальную экспертизу при неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе;

6. Экспертиза профессиональной пригодности в целях определения соответствия состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ;

7. 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;

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

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

10. Освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

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

Такое многообразие функций, возлагаемых в настоящее время на Врачебную комиссию медицинского учреждения, не может не осложнять ее работу. Для эффективного функционирования ВК в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России созданы следующие подкомиссии Врачебной комиссии:

- комиссия по экспертизе временной нетрудоспособности;
- комиссия по контролю качества медицинской помощи;
- санаторно-отборочная комиссия;
- лечебно-контрольная комиссия;
- комиссия по исследованию летальных исходов.

Для каждой подкомиссии разработаны и утверждены Положение о работе, персональный состав, регламент и графики работы, список документации.

Контроль качества в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России осуществляется в соответствии с Положением о контроле качества оказания медицинской помощи.

Контроль качества включает:

1. Экспертизу оказания медицинской помощи конкретным пациентам.

2. Выявление и обоснование конкретных дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное действие на качество и эффективность медицинской помощи.

3. Анализ удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.

4. Анализ показателей характеризующих качество и эффективность медицинской помощи.

Таким образом, основные объемные разделы работы Врачебной комиссии поделены между подкомиссиями, в состав которых входят опытные специалисты. Это позволяет сделать работу Врачебной комиссии более оперативной и эффективной.

Возглавляет Врачебную комиссию заместитель директора по экспертной работе, в функции которого входят координация и контроль за работой подкомиссий, принятие решений в самых сложных экспертных случаях.

Выводы:

1. В современных условиях Врачебная комиссия многопрофильного лечебно-профилактического учреждения выполняет целый ряд функций.

2. За последние годы функции Врачебной комиссии существенно изменились. Наряду с традиционной функцией экспертизы временной нетрудоспособности, все больше места в работе врачебной комиссии занимают экспертиза качества оказания медицинской помощи и экспертиза профессиональной пригодности.

3. Наиболее полно отвечает изменившимся требованиям структура Врачебной комиссии, в составе которой выделены подкомиссии, выполняющие свои обособленные задачи. Структурирование Врачебной комиссии позволяет повысить эффективность ее работы, оперативно решать поставленные перед ней задачи.

4. Многообразие функций, возлагаемых в настоящее время на врачебную комиссию, требует и особой профессиональной подготовки специалистов. Члены врачебной комиссии должны иметь усовершенствование, а председатель комиссии и подкомиссий – специализацию по организации здравоохранения и общественному здоровью.

Литература:

1. Николаева Е.В. Функциональные обязанности руководителя медицинской организации в разделе экспертизы временной нетрудоспособности // Главврач – 2011 – № 12.

2. Маркова Е.В. Организация службы качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи – 2012 – №1.

3. Соколов А.П. Организация деятельности врачебной комиссии // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2011. – № 8.

4. Старовойтова А.П. Организационные особенности работы врачебной комиссии ЛПУ //Заместитель главного врача. – 2011. – № 3.

СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ НГАВТ

Л.П. Радченко, О.В. Стрельченко, Н.А. Ворошилова, Л.В. Осадчук,
Т.А. Лейтан, А.А. Еркович, А.В. Попова, И.Н. Печурин
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Институт цитологии и генетики СО РАН
г. Новосибирск

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).

Сегодня все больше усиливается интерес к проблеме бесплодного брака и в частности мужского бесплодия, что является актуальной проблемой и приобретает особую медицинскую и социальную значимость. Учитывая, что удельный вес бесплодных браков в мире достигает 15 %, причем половина из них обусловлена бесплодием мужчин и эти показатели неумолимо увеличиваются (Божедомов В.А., 2001).

Мировые демографические показатели свидетельствуют об увеличении частоты бесплодия в браке, а низкая эффективность различных методов лечения мужского бесплодия не позволяет рассчитывать на желаемый результат и представляет в связи с этим актуальную тему клинической андрологии. Несмотря на то, что в 90 % случаев бесплодия причину удаётся установить, лишь у половины таких супружеских пар лечение проходит успешно. Остальные вынуждены прибегать к искусственному оплодотворению донорской спермой либо к усыновлению.

В течение длительного времени относительно высокий удельный вес факторов мужского бесплодия среди прочих причин недооценивался. В последние 20-30 лет отмечается снижение среднего количества сперматозоидов в эякуляте 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, токсическими отходами производства в промышленно-развитых странах.

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. В настоящее время в мире каждый 5-6 брак является бесплодным. В нашей стране с учетом тяжелой экологической ситуации и ряда других социальных факторов, частота бесплодия в браке даже выше[15]. Частота мужского бесплодия составляет 35-50 %, на долю женского бесплодия приходится 45-50 %, сочетанный фактор бесплодия составляет около 15 % случаев.

В Российской Федерации на долю мужского бесплодия отводится от 30 до 50 % случаев. Частота бесплодных браков в РФ по данным разных исследований колеблется от 10 до 19 % и в ряде регионов превышает критический уровень ВОЗ. При этом в большинстве случаев мужское бесплодие связано со снижением количества и качества сперматозоидов. К сожалению, у 25-40 % мужчин с бесплодием ставится диагноз идиопатического мужского бесплодия, когда причину установить не удаётся.

В настоящее время практически все формы мужского бесплодия считаются излечимыми. Даже если сперма мужчины не содержит живых сперматозоидов, возможен забор сперматозоидов или клеток сперматогенеза прямо из яичка или его придатка (вспомогательные хирургические технологии TESA и MESA) и использовать их для искусственного оплодотворения (IVF, ICSI). Эффективность современных методов искусственного оплодотворения достигает порядка 30-65 %. Однако, известно, что около 70 % бесплодных мужчин можно успешно лечить без использования искусственного оплодотворения. Такое лечение заключается в коррекции и устранении выявленных у данного пациента причин нарушения фертильности.

Мужское бесплодие более чем в 70 % случаев связано с низким общим количеством сперматозоидов, зачастую наряду с малой подвижностью сперматозоидов и большим процентом патологических форм. Полное отсутствие сперматозоидов – азооспермия – встречается примерно у 5 % пациентов. При азооспермии лишь в 5 % случаев яички изначально неспособны вырабатывать сперматозоиды. В остальных случаях это травмы яичек, орхиты (пример при эпидемическом паротите), гормональная дисфункция, крипторхизм или монорхизм – рубцовая непроходимость семявыносящих путей (после травмы, воспаления, венерического заболевания), ретроградная эякуляция, аутоиммунные реакции на собственную сперму.

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 испытуемые сдавали в специальном помещении путем мастурбации в стерильный пластиковый контейнер. Образец эякулята выдерживали в термостате при $37\text{ }^{\circ}\text{C}$ 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 СП в эякуляте рассчитывали как произведение объема эякулята (мл) на количество сперматозоидов в 1 мл эякулята (млн). Долю подвижных СП 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).

Подсчет морфологических аномалий СП производили в соответствии с руководством ВОЗ. Мазки эякулята готовили путем равномерного распределения капли биожидкости на предметном стекле, мазки высушивали на воздухе, фиксировали метанолом в течение одной минуты, подсушивали и окрашивали с помощью наборов Diff-Quik («Абрис+», Россия). Морфологию первых 200 сперматозоидов анализирова-

ли с использованием микроскопа Carl Zeiss (Германия) при увеличении $\times 1\,000$ под иммерсией.

Таблица 1

Нозологическая структура нарушений эякулята у обследуемых

Характеристика эякулята	Обследуемая группа (n=80)	
	абс.	%
Олигозооспермия	11	13,8
Астенозооспермия	43	53,7
Нормозооспермия	26	32,5
Итого:	80	100,0

У обследованных эякулят (табл. 1) с нормальными показателями получен лишь у 26 (32,5 %), у 54 (67,5 %) диагностированы олиго- и астенозооспермия. Из числа обследованных наиболее встречаемыми являются воспалительные заболевания придаточных желёз – 35 % (табл. 2).

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

Таблица 3

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 (табл. 3). Наиболее часто встречается употребление алкоголя (пиво – 65 %, в среднем 3-4 л в месяц). Курение выявлено у 28 (35 %).

Результаты и обсуждение. К сожалению, у основной массы обследуемой нами молодёжи выявлено нарушение фертильности. Причём в 13,8 % случаев выявлена её тяжёлая форма-олигоастенозооспермия. Среди основных причин выявленных негативных репродуктивных показателей можно выделить во-первых, наличие заболеваний половых органов и придаточных желёз; во-вторых – нарушение образа жизни.

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

Среди нарушений образа жизни можно выделить:

- наличие вредных привычек (употребление алкоголя – 65 %, курение – 28 %);

- наличие стрессовых факторов: хотя у 3-х студентов не зарегистрировано никаких заболеваний и вредных привычек, однако все они в анамнезе жизни указали, что совмещают учёбу в институте и работу разнорабочими (2-е на автозаправочной станции) и, конечно, является стрессовым фактором. У одного из них зарегистрирована пограничная артериальная гипертензия-140/90 мм. рт. ст.

- ношение тесного белья – все обследованные указали, что всегда носят нижнее бельё модели «боксеры».

Также следует отметить, все участники нашего исследования носят мобильные телефоны в области малого таза. Хотя влияние излучения сотовых телефонов на организм человека не изучено, на этот факт стоит обратить внимание.

Заключение.

- Анализ клиничко-лабораторных данных научно-исследовательской работы показал, что репродуктивный статус студентов и сотрудников НГАВТ значительно снижен.

- Необходим поиск путей профилактики мужского бесплодия через определение реальной способности к зачатию детей у молодых мужчин, в частности, являющихся студентами и сотрудниками ФГОУ ВПО «НГАВТ».

- Необходима разработка комплекса медикосоциальных мер, направленных на раннее выявление и профилактику нарушений фертильности.

ИСТОРИЯ БОЛЬНИЦЫ ФИЛИАЛА № 1 – ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ (АЛТАЙСКАЯ БОЛЬНИЦА)

Н.Г. Сиягловская

Филиала № 1 – ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Алтайская больница)

С 1923 года по настоящее время в Алтайском крае существует медицинское учреждение, прошедшее большой путь от Линейной больницы водного транспорта до Филиала №1 Алтайской больницы ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. Деятельность больницы внесла весомый вклад в здравоохранение Алтайского края, все годы обеспечивала квалифицированную медицинскую помощь работникам водного транспорта, за что сотрудники больницы неоднократно отмечались почетными грамотами, значками и другими ведомственными знаками отличия.



1928 г. Линейная больница водного транспорта

Через годы, водовороты
Отшумело 89 лет.
Открываются вдоль ворота,
Огнеликий горит рассвет.
Между Обью и Барнаулкой
Вся из красного кирпича
Бригантина – Алтайская больница
В предрассветных плывет лучах.
Мимо улиц Горького, Чехова
Пока Обь еще глубока,
Дорогая Алтайская больница,
Послужи для людей века!

В 1923 году в Бобровском затоне впервые была открыта Линейная больница водного транспорта, которая состояла из поликлиники и стационара на 3 койки.

В 1928 году больницу перевели в город Барнаул. Под здание больницы отдали красивый особняк из красного кирпича, в котором до революции находилась Английская торговая фирма по экспорту продуктов производства Алтайской губернии. С этого времени больница размещается между рекой Обью и Барнаулкой, на пересечении улиц Чехова и Горького. В эти же годы начинает свою деятельность в Сибири Общество Красного Креста. Момент его создания совпал с голодом, охватившим Поволжье и частично Сибирь. Поэтому Общество Красного Креста на первых порах организует лечебно-питательную помощь голодающим, открывает лечебно-питательные пункты, один из таких пунктов был в больнице. Большое внимание коллектив больницы уделял в то время борьбе с социальными болезнями, распространенными в

Барнаульском округе: туберкулез, венерические заболевания, трахома; острые инфекционные заболевания: корь, скарлатина, дифтерия, тифы.

Первый главный врач – поляк, к сожалению, в архиве его имени не сохранилось, был репрессирован в 1937 году. С 1937 года главным врачом водной больницы назначен Семен Николаевич Демидов, в 1941 году призван на фронт, с 1 сентября 1946 года орденоседец С.Н. Демидов вновь возглавляет коллектив больницы.

В Великую Отечественную войну больница, как и весь речной флот, работала круглые сутки.

Участники Великой Отечественной войны, вернувшиеся с фронта, продолжили свою трудовую деятельность в больнице:

1. Демидов Семен Николаевич, главный врач больницы, врач-хирург. Награжден орденами Красной Звезды и Отечественной Войны 2-й степени, семью медалями. Заслуженный врач РСФСР.

2. Конобиевская Надежда Ивановна, врач-невропатолог, награждена орденом Отечественной войны 2-й степени и медалями.

3. Кудрина Елена Николаевна, медицинская сестра. Награждена Орденом Красной Звезды и Отечественной войны 2-й степени, пятью медалями.

4. Назаров Алексей Дмитриевич, шофер больницы. Награжден орденом Отечественной войны 2-й степени, медалями.

5. Рыжикова Екатерина Васильевна. Награждена орденом Отечественной войны 2-й степени.

6. Кострыкин Александр Иванович. Врач-рентгенолог, подполковник мед. службы в отставке. Заслуженный врач РСФСР. Награжден орденом Красной Звезды и Отечественной войны 2-й степени, 14 медалями.

В 1956 году была сделана первая реконструкция здания больницы, за счет этого стационарное отделение увеличилось до 35 коек.

С 1966 по 1970 годы – вторая реконструкция больницы. Больница расширилась до 60 коек.

С 1968 по 1995 годы главным врачом работал выпускник Алтайского государственного медицинского института, отличник здравоохранения, врач-хирург Синкин Евгений Иванович.



Кудрина Е.Н.



Демидов
Семен Николаевич,
главный врач больницы
с 1937 по 1967 гг.

Главным врачам посвящается
Семену Николаевичу Демидову
Евгению Ивановичу Синкину

Для больницы вы многое сделали,
Не жалея здоровья и сил.
Ваши души – голуби белые –
Господь в синее небо пустил.
Вы летите над Водной больницей
Над рекою парите родной.
Мы дела ваши помним и лица.
Да воздастся и нам сторицею
По заслугам – в юдоли земной.
В. Коржов

В 1928 году больница состояла из стационара на 25 больничных коек и 1 койки в изоляторе, а также поликлиники. Отопление больницы было печное. Отапливалась больница дровами. Водопровода и канализации в больнице не было. Воду привозили в бочке на лошади. Кабинет главного врача размещался в стационаре, в помещении, где теперь находится процедурный кабинет стационара. Операционная и предоперационная занимали помещение на втором этаже стационара. В предоперационной располагалась гнойная операционная, где вскрывались гнойники и нарывы, здесь же женщинам делали медицинские аборт. Аптека размещалась в помещении перед рентгеновским кабинетом, вход в аптеку был из тамбура больницы. Дальше по коридору в деревянной пристройке находилась прачечная. Прачка вручную стирала больничное белье. Над деревянной пристройкой вверху была деревянная веранда. В ней зимой сушилось больничное белье, а летом отдыхали больные. Здесь же в теплое время года размещалась столовая для больных. Зимой столовая для больных была в коридоре напротив подъемника. Столовая имела раздвижной стол, который раздвигался, когда нужно было кормить больных. Кладовая для вещей больных находилась под лестницей рядом с кухней.

Операционная освещалась обычной электролампочкой. Автоклав работал при помощи простого примуса. Когда отключалась электроэнергия, а это бывало часто, то операции, часто экстренные, продолжались при свете керосиновой лампы «Малыш». Во время операции лампу у операционного стола держала обычно кастелянша Анна Андреевна

Соколова, она работала в больнице с момента ее открытия. Наркоз, обычно масочный, давала медсестра Екатерина Трофимовна Кокорева.

Многие медикаменты, в том числе и стерильные, готовились непосредственно в больничной аптеке. Аптекарем работала Кудрина Е.Н.

В те годы в больнице были следующие кабинеты: операционная, процедурный и рентгенологический кабинеты, кабинеты терапевта, невролога, гинеколога, венеролога и аптека. Врачом-терапевтом тогда работала Заварзина Екатерина Григорьевна, врач-хирург Демидов С.Н. Медсестрами больницы были Кокорева Е.Т., Сергейкина В.В.,

Никитина Е.Г. Старшей медсестрой была Кудрина Е.Н., в более позднем периоде главной медсестрой работала Дементьева К.И.

В 1954 году деятельность больницы была приостановлена, начался капитальный ремонт. Частично работники больницы были уволены. Во время капитального ремонта из здания больницы были убраны кирпичные отопительные печи и установлено центральное водяное отопление. Во дворе больницы была построена котельная.

В 1954 году больница вышла из подчинения Бобровской больницы Затона и стала самостоятельной.

В 1956 году к зданию больницы была сделана первая кирпичная пристройка, в результате чего больница расширилась до 35 коек. В ней



1939 г. Коллектив больницы



1951 г. Коллектив больницы

стали лечиться больные хирургического, терапевтического, гинекологического и неврологического профилей.



Широков В.Н.
врач-терапевт

В период с 1966 по 1970 к больнице была сделана вторая пристройка из кирпича. При этом была произведена полная реконструкция больницы. В результате этого больница получила 5 новых больничных палат, ординаторскую для врачей, столовую для больных и отдельную столовую для сотрудников. Стационар расширился до 65 коек, из них терапевтических коек – 45, неврологических -15, гинекологических – 5. Заведующей отделением с 1972 по 2007 год работала врач-терапевт Виноградова Вера Александровна. Заведующей поликлиники с 1988 года по 1995 год работала врач-кардиолог Сальникова Светлана Яковлевна. Амбулаторно-поликлиническая служба к этому моменту также расширилась: появились кабинеты офтальмолога, отоларинголога, функциональной диагностики, физиотерапевтический и зубоврачебный кабинеты, кабинет массажа. В отдельную службу была выделена клинично-биохимическая лаборатория.

Больница обслуживала работников речного порта и технического участка Барнаульского речного пароходства, а также членов их семей и рабочих и служащих ряда прилежащих к больнице предприятий: РМК, «Алтайкрайдеталь», Кинодеталь, Комбинат хлебопродуктов, Сельхозхимия и другие предприятия.

Врачами-терапевтами работали Кривашина Нина Ивановна, Гурова Татьяна Владимировна, Перевозчикова Лидия Кирилловна.

Клиническая лаборатория существует в больнице с 1963 года. Длительное время в лаборатории работала фельдшер-лаборант Кривошеина Валентина Павловна. В 1970 году была введена должность заведующей лабораторией. С этого момента по настоящее время зав. лабораторией работает врач Леканова Любовь Александровна.

Физиотерапевтический кабинет до 1970 года был оснащен только четырьмя аппаратами – Соллюкс, УВЧ, Кварц, гальванические аппликации. В последствии оснащение кабинета было расширено до 13 аппаратов (добавлены аппарат низкочастотных токов, ультразвук, УВЧ, УНД, Д-Арсонваль, «Ромашка», ингаляторы, коротковолновая диатермия, аппарат «Тонус»). В кабинете долгие годы трудилась Пирогова Любовь Ивановна. С 1975 года по настоящее время работает Сивоконева Нина Викторовна.

Кабинет функциональной диагностики был оборудован 4-канальным ЭКГ, спирометром, пневмотахомером. В кабинете работала Валуева Ольга Дмитриевна. В кабинета массажа – массажистка Мищенко Елена Викторовна.

Зубоврачебный кабинет больницы был оснащен двумя бормашинами типа УС-10-100. В кабинете работали зубные врачи Кравченко Виталий Иванович и Сиволап Владимир Николаевич. В 1983 году был открыт зубопротезный кабинет, в котором работал зубопротезист Майер Эдуард Давидович.



Тушева В.А. лор-врач

Много лет врачом-гинекологом больницы проработала Евгения Ивановна Илюшина. После нее – Николаева Галина Николаевна, затем Балашова Наталья Дмитриевна. С 1980 по 1995 работала Волюнец Надежда Ивановна. Акушеркой по настоящее время работает Пужилова Любовь Николаевна.

Первый рентгеновский аппарат РУМ-2 был установлен в больнице в 1954 году в помещении, где сейчас находится регистратура больницы. Рентген – лаборантом с 1962 года работала фельдшер Нагайцева Александра Дмитриевна. Врачами-рентгенологами работали совместители. В январе 1970 года был установлен стационарный рентгеновский аппарат АРД-2. Сам кабинет был перенесен вглубь поликлиники. В штатное расписание больницы была введена ставка врача-рентгенолога и ставка рентген-лаборанта. В 1970 году врачом-рентгенологом стал работать Серых Леонид Павлович, с мая 1980 года – Кострыкин Александр Иванович, в 1983 году рентген-лаборантом начала работать Евсюкова Марина Сергеевна. В сентябре 1987 года к рентгенкабинету была добавлена за счет коридора маленькая пультовая. Тогда же, вместо демонтированного рентген-аппарата АРД-2, был установлен другой аппарат Рентген-30, 1984 года выпуска.

Врачом-офтальмологом с 1970 по 2011 год работала Сверчкова Маргарита Александровна, один из старейших работников больницы. С октября 1988 года лор-врачом – Жуков Михаил Алексеевич. До этого – Тушева Вера Александровна, Жолобова Нина Семеновна, Клевко Ольга

Николаевна. Кабинет был оборудован аудиометром, гальванокаутером и электроотсосом.



Бракосочетание фельдшера-лаборанта больницы Доросеевой Н.В., 1980г.

Врачом-хирургом больницы работал главный врач Синкин Евгений Иванович. В больнице проводились плановые и экстренные операции.

С 1995 по 2008 год главным врачом учреждения была Заслуженный врач Российской Федерации, врач высшей категории

Сальникова Светлана Яковлевна. С ее приходом больница вышла на новый уровень оказания медицинской помощи.

Больница была оснащена новым современным лечебно-диагностическим оборудованием: кабинет УЗИ, стоматологический кабинет, кабинет функциональной диагностики, физиотерапевтическое отделение, проведен косметический ремонт здания.

Налажены устойчивые связи с руководителями предприятий водного транспорта, сотрудничество с Алтайским государственным медицинским университетом, органами управления города Барнаула и Алтайского края. Больница вошла в перечень учреждений, работающих в системе ОМС Алтайского края. Расширен круг медицинских услуг, оказываемых учреждением (иглорефлексотерапия, гирудотерапия, корригирующий костюм «Адели», магнитолазеротерапия, кровать «Нуга Бест, электромиостимуляция). С 2003 в стационаре было 20 коек терапевтических, 20 – неврологических

Большое значение Светлана Яковлевна придавала развитию кадрового потенциала больницы – в больнице появились молодые специалисты, которые благодаря опыту и материнскому отношению со стороны Светланы Яковлевны из «юных птенцов» превратились в грамотных и уважаемых как пациентами, так коллегами специалистов.

Передавая свой опыт, Светлана Яковлевна привила и умножила уважительное отношение к больнице не только стороны пациентов, но и со стороны органов власти города Барнаула и Алтайского края. В на-

стоящее время Светлана Яковлевна работает заместителем главного врача по медицинской работе.

С 2008 года по настоящее время больницу возглавляет главный врач Сиягловская Наталья Геннадьевна, которая продолжает традиции старшего поколения. В составе больницы стационарное отделение круглосуточного пребывания на 40 неврологических коек, поликлиника на 250 посещений



Заслуженный врач РФ, врач высшей категории
Сальникова Светлана Яковлевна

в смену. Представляется широкий диапазон качественных медицинских услуг – от консультации врача до комплексного лечения в стационаре. Постоянно улучшаются условия пребывания пациентов. Кабинеты поликлиники: (терапевт, физиотерапевт, невролог, акушер-гинеколог, офтальмолог, эндокринолог, кардиолог, отоларинголог, профпатолог, психотерапевт, врач восстановительной медицины, хирург, уролог, рефлексотерапевт). Диагностические отделения: рентгенологический, ультразвуковой диагностики, функциональной диагностики, кабинет нейрофизиологических методов исследования, клинко-диагностическая лаборатория. Лечебное отделение: физиотерапевтическое (кабинет физиотерапии, кабинет озонотерапии, кабинет массажа и ЛФК), кабинет восстановительной медицины (гирудотерапия, кабинет тракционного вытяжения позвоночника), кабинет мембранного плазмофереза, процедурный кабинет. За последние годы проведена большая работа по внедрению новых технологий: озонотерапия, внутритканевая электростимуляция, тракционная вытяжка на аппарате «Ормед»

Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России является одним из 4 филиалов ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (г. Новосибирск).

Наряду с молодыми перспективными специалистами в больнице работают и ветераны, передавая свой бесценный опыт молодому поколению. Многие весь свой трудовой стаж проработали в родной больнице.

Медицинские работники, ветераны Больницы водного транспорта:

1. Синкин Е.И. – главный врач больницы – 31 год,

2. Виноградова В.А. – врач-терапевт – 35 лет,
3. Сверчкова М.А. – врач-офтальмолог – 41 год,
4. Нагайцева А.Д. – рентгенлаборант – 30 лет,
5. Куликова В.Ф. – медрегистратор – 30 лет,
6. Попова Н.И. – фельдшер-лаборант – 33 года,
7. Дегтярева Е.И. – повар, 24 года.

Более четверти века находятся на трудовом посту в Филиале № 1 – Алтайской больнице ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России:

1. Леканова Л.А. – врач-лаборант – 42 года,
2. Сивоконева Н.В. – фельдшер – 37 лет,
3. Дорофеева Н.В. – фельдшер-лаборант – 34 года,
4. Дитятева Н.Г. – повар – 31 год,
5. Пужилова Л.А. – акушерка – 30 лет,
6. Дурманова А.Н. – медицинская сестра – 29 лет,
7. Миль О.И. – врач-терапевт – 28 лет,
8. Бухлина О.В. – медицинская сестра – 28 лет,
9. Сальникова С.Я. – зам. главного врача по медицинской части – 25 лет,
10. Степанова Л.А. – главная медицинская сестра – 25 лет,
11. Шаталова Т.Г. – медицинская сестра – 25 лет,
12. Дубская Л.П. – медицинская сестра – 25 лет.

В 2003 году Сальниковой Светлане Яковлевне было присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации». За многолетний профессиональный труд в системе здравоохранения награждены Почетными грамотами Минздрава РФ:

1. Сивоконева Н.В. – 1995 г.
2. Сальникова С.Я. – 1999 г.
3. Свирчук Е.А. – 2001 г.
4. Степанова Л.А. – 2001 г.
5. Гайдукова С.А. – 2002 г.
6. Рыжова Е.А. – 2002 г.
7. Синяговская Н.Г. – 2006 г.
8. Мухина Т.Ю. – 2006 г.
9. Андрюкова Е.А. – 2007 г.
10. Бухлина О.В. – 2007 г.
11. Дубская Л.П. – 2007 г.
12. Дурманова А.Н. – 2010 г.

Почетной грамотой ФМБА России награждены: Пужилова Л.Н. – акушерка, Беспоместных Л.А. – врач акушер-гинеколог.

Степанова Л.А. – главная медицинская сестра, Леканова Л.А. – заведующая клинико-диагностической лабораторией, Дорофеева Н.В. – фельдшер-лаборант награждены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения».

В настоящее время Филиал № 1 – Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России обеспечивает квалифицированной медицинской помощью контингенты, вошедшие в Распоряжение Правительства №2118 (работающие во вредных и опасных условиях труда (сотрудники водного транспорта, пенсионеры-водники, сотрудники МЧС России), работников учреждений, находящихся в ведении ФМБА России.

Также проводит медицинское обслуживание медицинских учреждений, подведомственных ФМБА России таких как Главное бюро МСЭ по Алтайскому краю, Следственное Управление Следственного комитета РФ по Алтайскому краю, индивидуально прикрепленных граждан РФ, в соответствии с ФЗ-323 от 21.11.11 «О основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также пациентов, получающих медпомощь в рамках программы ДМС на основании договоров со страховыми компаниями.

Коллектив Филиала № 1 – Алтайской больницы ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России на территории Алтайского края пользуется большим уважением, награжден в 2012 году почетными грамотами органов власти Алтайского края за многолетнее плодотворное сотрудничество, амбулаторно-поликлиническое обслуживание и проведение профилактической работы по выявлению заболеваний на ранних стадиях.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2011 ГОД

О.В. Стрельченко¹, В.М. Чернышев¹, И.Ф. Мингазов²,
Э.В. Герасимова², В.Г. Семенова³

ФГБУЗ «Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России»,
г. Новосибирск¹

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области»²
Новосибирский государственный медицинский университет³

Первичная заболеваемость или заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом для всего населения составила по СФО в 2011 году 845,8 случая на 1000 населения, что несколько выше по сравнению с 2010 годом (рис. 1).

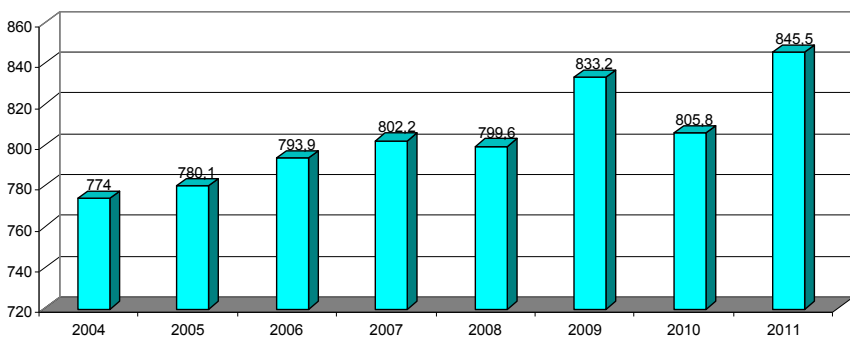


Рис. 1. Динамика заболеваемости населения СФО с впервые в жизни установленным диагнозом (на 1000 всего населения).

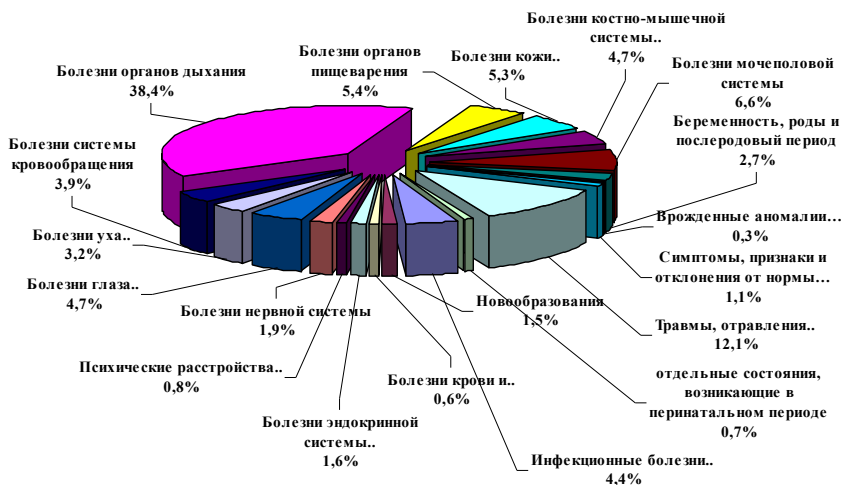


Рис. 2. Структура первичной заболеваемости у населения СФО в 2011 г.

В структуре первичной заболеваемости лидируют болезни органов дыхания – 324,4 случаев на 1000 населения (38,4 %), травмы и отравления – 101,9 (12,1). Последующие места занимают болезни мочеполовой системы – 54,0 (6,6), органов пищеварения – 45,3 (5,4), кожи и подкожной клетчатки – 44,6 (5,3), болезни костно-мышечной системы (4,7), болезни глаза (4,7), инфекционные и паразитарные болезни – 38,3 случаев (4,4 %).

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости за 2000-2011 годы отмечается в Алтайском крае. Минимальные уровни первичной заболеваемости населения в 2011 г. зафиксированы в Республике Тыва и Республике Бурятия.

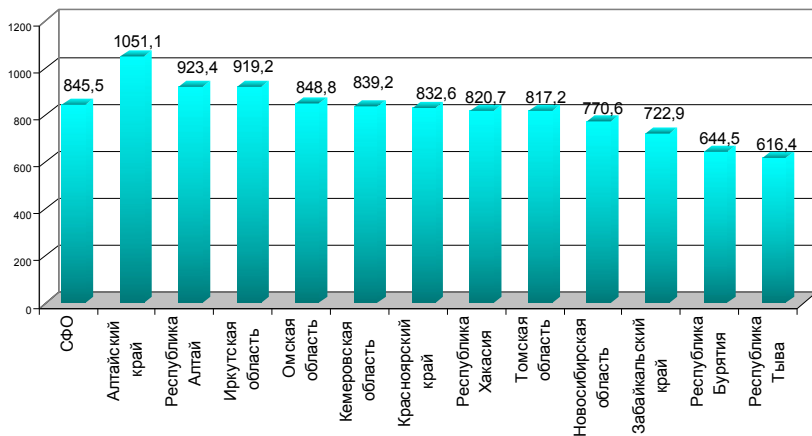


Рис. 3. Заболеваемость населения с впервые в жизни установленным диагнозом (в 2011 г. на 1000 населения).

Первичная заболеваемость у взрослых составила в 2011 году 620,2 случая на 1000 взрослого населения, т.е. выросла по сравнению с 2009 годом (рис. 4). Наиболее высокий ее уровень за 2000-2011 годы отмечается в Алтайском крае, минимальные – в Республике Тыва, Забайкальском крае и Томской области.

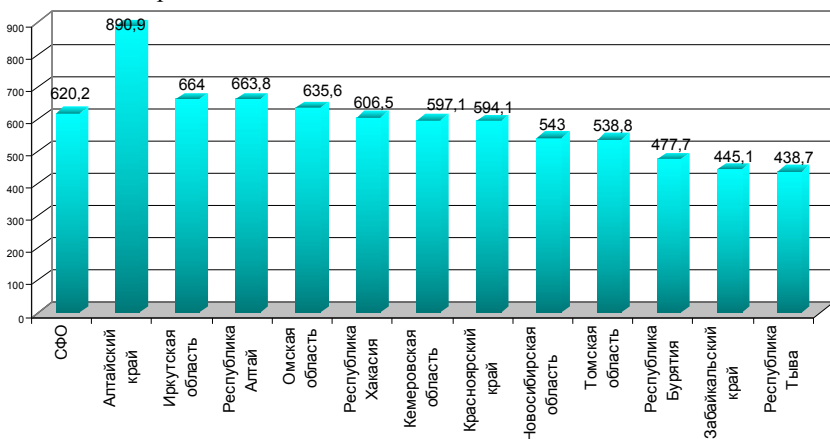


Рис. 4. Первичная заболеваемость у взрослого населения по регионам РФ в 2011 г. (на 1000 взрослого населения).

В структуре первичной заболеваемости у взрослого населения на первом месте болезни органов дыхания – 147,5 случаев на 1000 населения (23,8 %), травмы и отравления – 99,9 (16,1). Последующие места занимают болезни мочеполовой системы – 60,2 (9,7), болезни костно-мышечной системы – 39,7 (6,4), болезни системы кровообращения – 38,2 (6,2), кожи и подкожной клетчатки – 35,9 (5,8), болезни органов пищеварения – 35,4 (5,7), болезни глаза и его придаточного аппарата – 34,7 (5,6), инфекционные и паразитарные болезни – 27,7 случаев (4,5 %).

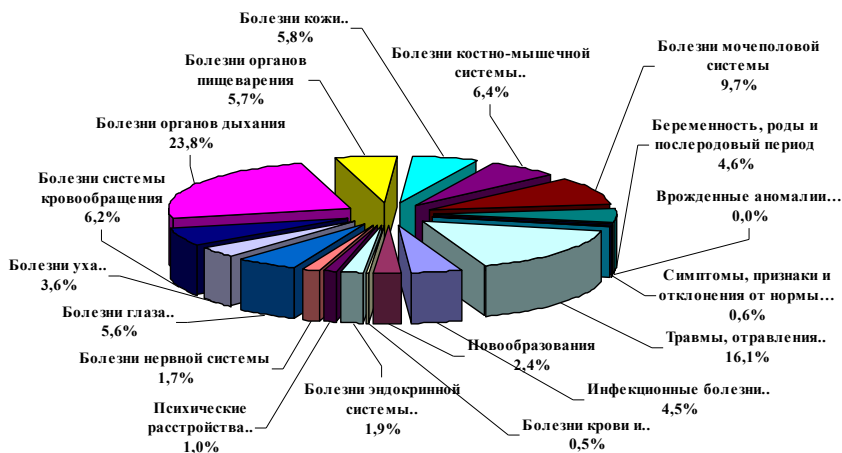


Рис. 5. Структура первичной заболеваемости у взрослого населения по СФО в 2011 г.

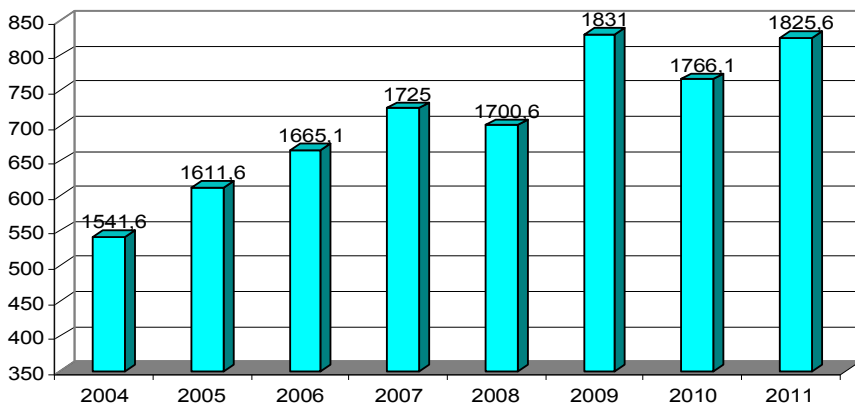


Рис. 6. Динамика заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом у детей по СФО (на 1000 детского населения).

Первичная заболеваемость у детей по СФО составила в 2011 году 1825,6 случая на 1000 населения (рис. 6), что ниже, чем в 2010 году (1766,1 на 1000 населения).

Наиболее высокая по СФО в 2011 г. отмечается в Томской, Новосибирской и Иркутской областях. Минимальный уровень – в республиках Тыва и Бурятия (рис. 7).

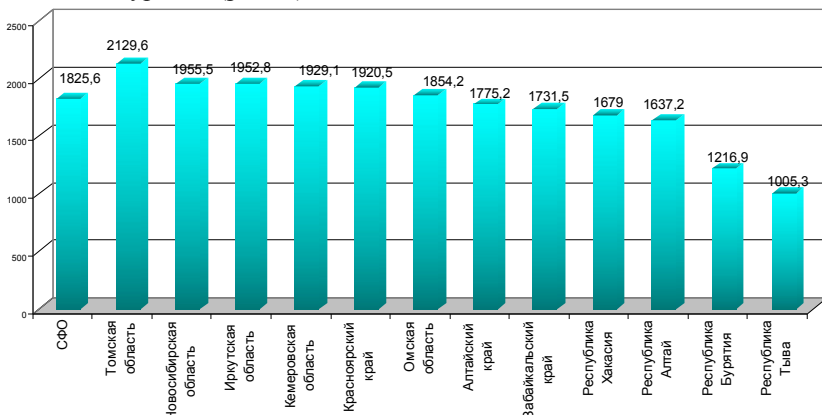


Рис. 7. Заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом у детей по СФО в 2011 г. (на 1000 детского населения).

В ее структуре (рис. 8) на первом месте болезни органов дыхания, – 1111,2 случая на 1000 населения (60,9 %), травмы и отравления – 102,2 (5,5), далее следуют инфекционные и паразитарные – 87,4 (4,8), болезни органов пищеварения – 85,1 (4,7), болезни кожи и подкожной клетчатки – 80,6 случаев (4,4 %).

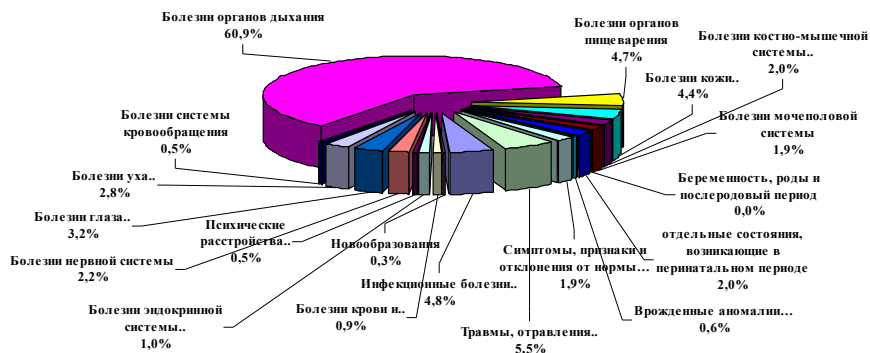


Рис. 8. Структура первичной заболеваемости у детского населения по СФО в 2011 г.

Первичная заболеваемость у подростков (рис. 9) составила в 2011 году 1360,4 случаев на 1000 подростков, что выше уровня 2010 года (1280,2) и 2009 г. (1299,9 на 1000 подростков).

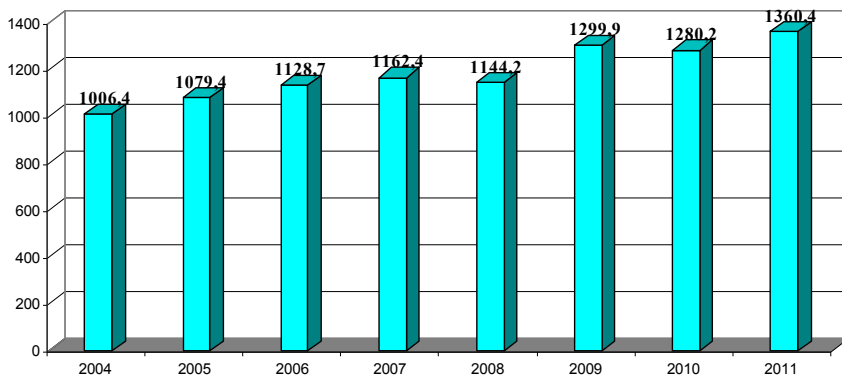


Рис. 9. Динамика заболеваемости подростков с впервые в жизни установленным диагнозом по СФО (на 1000 населения подросткового возраста).

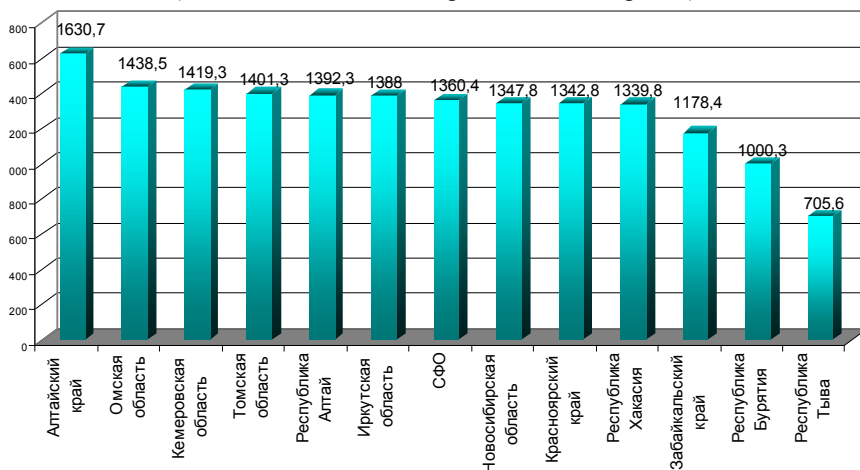


Рис. 10. Первичная заболеваемость подростков по регионам СФО в 2011 г. (на 1000 населения подросткового возраста).

Наиболее высокий ее уровень (рис. 10) в 2011 г. сохраняется в Алтайском крае – 1630,7 на 1000 населения подросткового возраста, в Омской – 1438,5 и Кемеровской областях – 1419,3. Минимальный уро-

вень в 2011 г. регистрируется в республиках Тыва – 705,6 и Бурятия – 1000,3.

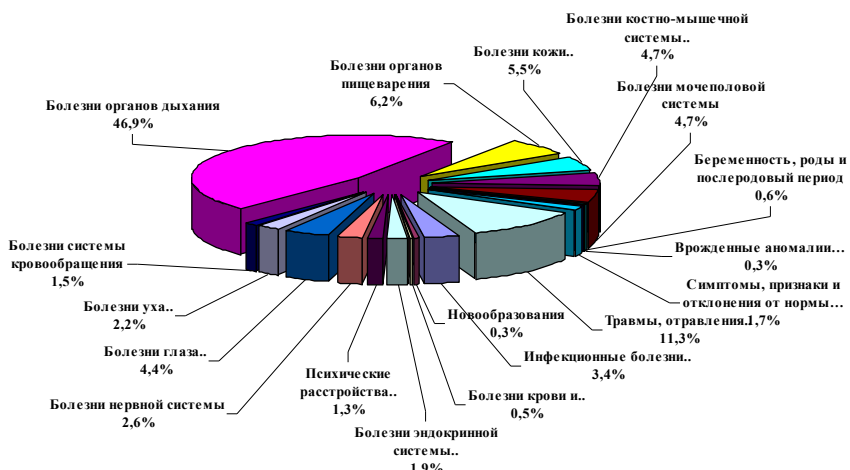


Рис. 11. Структура первичной заболеваемости подростков по СФО в 2011 г.

В структуре заболеваемости подростков с впервые в жизни установленным диагнозом по СФО (рис. 11) на первом месте регистрируются болезни органов дыхания – 638,2 случаев на 1000 населения (46,9 %), на втором месте травмы и отравления – 153,6 (11,3). Последующие места занимают болезни органов пищеварения – 84,1 (6,2), болезни кожи и подкожной клетчатки – 74,4 (5,5), болезни костно-мышечной системы – 63,7 (4,7), болезни мочеполовой системы – 63,6 (4,7), болезни глаза и его придаточного аппарата – 60,1 случаев (4,4 %).

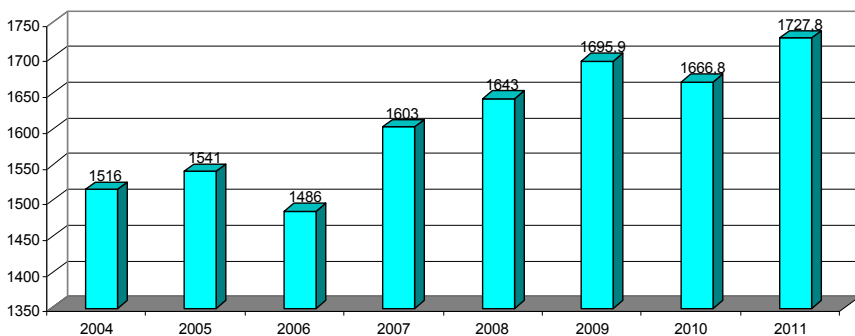


Рис. 12. Динамика общей заболеваемости всего населения по СФО (на 1000 населения).

Общая заболеваемость населения СФО по данным обращаемости в 2011 году возросла по сравнению с 2010 годом (рис. 12) и составила 1727,8 на 1000 населения (2010 г. – 1666,8). Всего в СФО в 2011 году зарегистрировано 33263193 случаев заболеваний (2010 г. – 32604416; 2009 г. – 33182180; 2008 г. – 32135461, 2007 г. – 32232718 случаев заболеваний).

Наиболее значительный уровень общей заболеваемости в 2011 г., как и в прошлые годы, зарегистрирован, в Алтайском крае (2526,1), а низкий в республике Тыва – 1134,7 на 1000 населения. В структуре (рис. 13) первое место занимают болезни органов дыхания – 382,6 случаев на 1000 населения (22,1 %), системы кровообращения – 250,8 (14,5), костно-мышечной системы – 143,8 (8,5), органов пищеварения – 134,9 (7,8), болезни глаза – 127,9 (7,4), мочеполовой системы – 121,4 (7,2), травмы и отравления – 103,2 (6,0), болезни эндокринной системы – 72,4 случаев (4,2%).

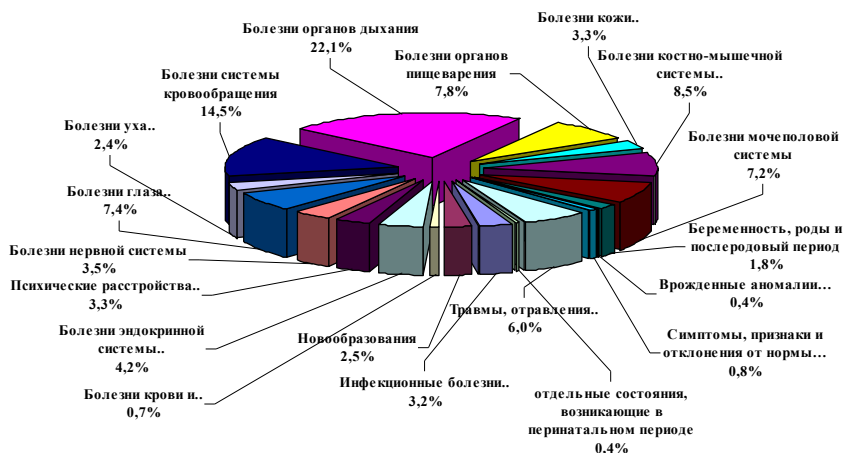


Рис. 13. Структура общей заболеваемости населения СФО (%) в 2011 году.

Общая заболеваемость у взрослого населения СФО составила в 2011 году 1605,6 случаев на 1000 населения (рис. 14), т.е. самая высокая за последнее десятилетие.

Уровень **общей заболеваемости у взрослого населения среди регионов СФО** остается максимально высоким в Алтайском крае, который составил в 2011 году – 2586,1 на 1000 населения, что на 61 % выше, чем в среднем по округу (1605,6).

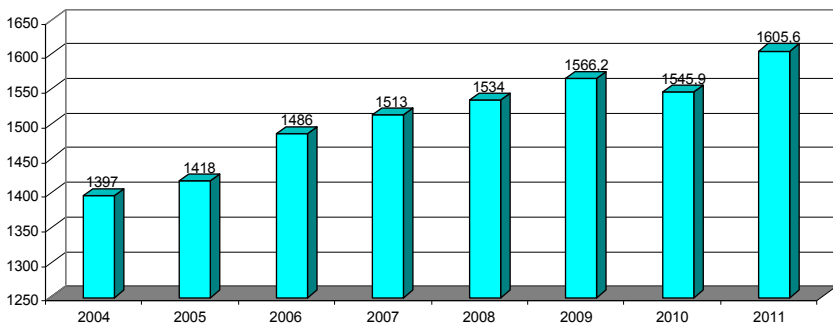


Рис. 14. Динамика общей заболеваемости взрослого населения по СФО (на 1000 взрослого населения).

Ниже чем в среднем по округу уровень общей заболеваемости у взрослого населения в республиках Тыва и Бурятия, а также в Забайкальском крае и Томской области.

На первом месте в структуре общей заболеваемости у взрослого населения СФО (рис. 15), находятся болезни системы кровообращения – 307,1 случая на 1000 населения (19,1 %), органов дыхания – 207,6 (12,9), костно-мышечной системы – 162,1 (10,1), мочеполовой системы – 139,3 (8,7), органов пищеварения – 133,4 (8,3), глаза и его придаточного аппарата – 128,6 случая на 1000 населения (8,0 %).

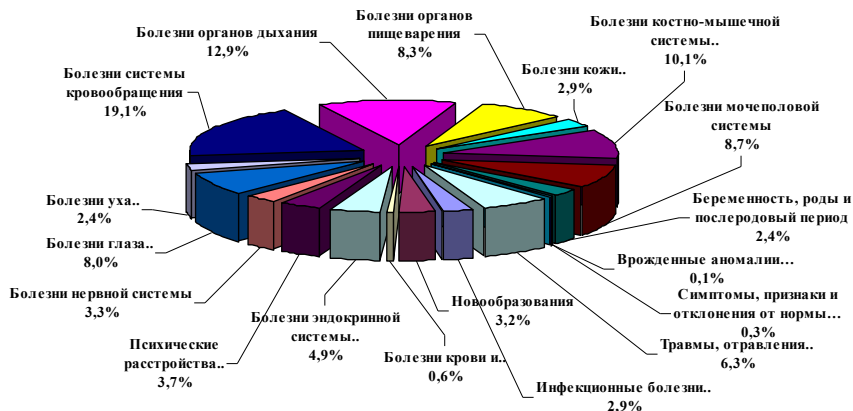


Рис. 15. Структура общей заболеваемости у взрослых в СФО в 2011 году.

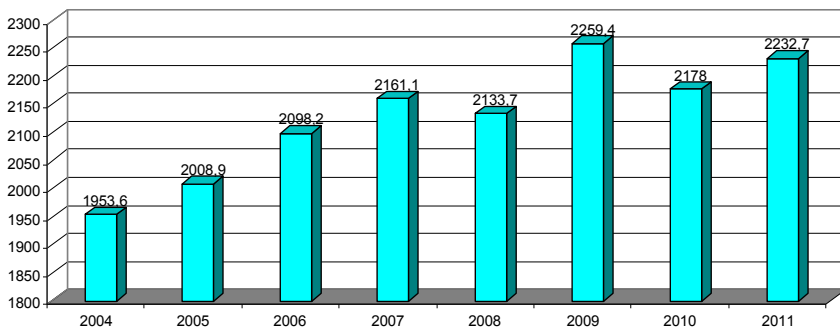


Рис. 16. Динамика общей заболеваемости детей по СФО (на 1000 населения).

Общая заболеваемость у детей по Сибирскому федеральному округу составил в 2011 году – 2232,7 случая на 1000 детского населения (рис. 16), несколько выше, чем в 2010 г., но ниже уровня 2009 года.

В Томской, Иркутской, Омской, Новосибирской и Кемеровской областях общая заболеваемость у детей выше, чем в среднем по Сибирскому федеральному округу, а в республиках Алтай, Бурятия и Тыва этот показатель ниже чем в среднем по СФО.

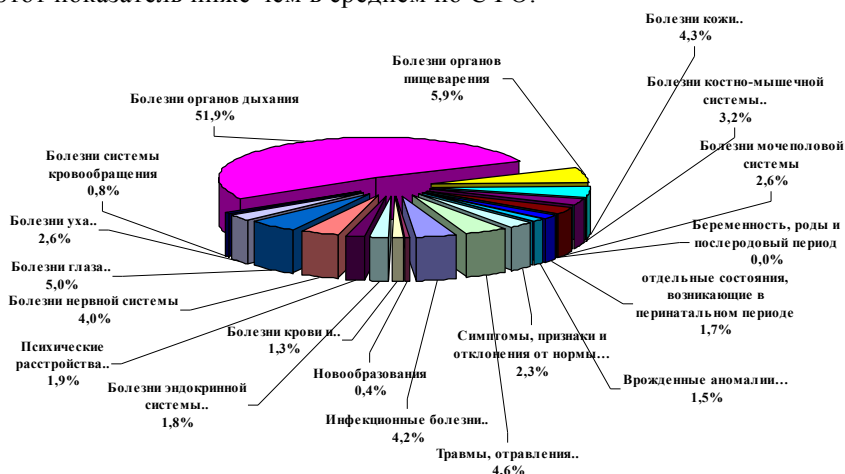


Рис. 17. Структура общей заболеваемости у детей СФО в 2011 году.

В структуре общей заболеваемости детей в СФО (рис. 17) на первом месте остаются болезни органов дыхания – 1157,9 случаев на 1000 детского населения (51,9), болезни органов пищеварения – 132,4 (5,9), болезни глаз – 112,6 (5,0), травмы и отравления – 102,2 (4,6), болезни кожи и подкожной клетчатки – 95,2 (4,3), инфекционные и паразитарные болезни – 94,0 (4,2), болезни нервной системы – 88,5 случаев (4,0 %).

Уровень общей заболеваемости у подростков в СФО имеет стабильную тенденцию к росту и составил в 2011 году 2143,8 случая на 1000 населения.

Заключение. В последние годы сохраняется тенденция роста заболеваемости как впервые выявленной, так и общей практически во всех возрастных группах. Объясняется это не только сохраняющейся сложной социально-экономической ситуацией в стране, но и недостаточностью проводимых профилактических мероприятий, а так же низким уровнем санитарной культуры населения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН Г. НОВОСИБИРСКА

О.В. Стрельченко, А.А. Еркovich, В.Н. Федоренко, М.В. Турганова,
О.С. Каменских, С.П. Деревянко
Урологическое отделение ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск,
Новосибирский государственный медицинский университет

Цели исследования:

1. Исследование распространённости эректильной дисфункции, вредных привычек и сопутствующих заболеваний среди мужчин г. Новосибирска;
2. Выявление взаимосвязи между образом жизни, наличием вредных и частотой эректильной дисфункции;
3. Выявление эректильной дисфункции как маркера сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы:

В августе-сентябре 2011 г. проведено анонимное анкетирование 200 мужчин, жителей города Новосибирска в возрасте от 20 до 75 лет, преимущественно двух транспортных мероприятий. Анкетирование включало:

- Демографические данные – год рождения, рост, вес, расовая принадлежность.

- Анамнез сексуальной жизни – начало сексуальной активности, начало и окончание регулярной половой жизни, частота сексуальной жизни.
- Международный индекс эректильной дисфункции – МИЭФ (IIEF).
- Опросник возрастных симптомов мужчин (AMS).
- Опросник качества мочеиспускания (IPSS)

Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования:

Средний возраст опрошенных составил $41 \pm 12,5$ года, рост $176 \pm 9,3$ см., вес $82 \pm 12,1$ кг. Исследование вредных привычек показало, что 50 % опрошенных курит от 0 до 30 (в среднем 8) сигарет в день. Регулярно алкоголь употребляют 29 % мужчин, в среднем каждый употреблял $1232 \pm 40,3$ мл пива и $132 \pm 6,8$ мл водки в неделю. Ожирение страдали 30 человек (15 %), артериальная гипертензия выявлена у 60 человек (30 %), ИБС – у 12 человек (6 %), сахарный диабет – у 25 человек (12,5 %).

При сборе анамнеза сексуальной жизни выявлено в среднем 3 половых акта в неделю. В свою очередь 8 человек из 200 прекратили сексуальную активность в возрасте 65 лет. Не имели проблем с эрекцией 74 % опрошенных, трудности с сохранением эрекции имели 19 %, не имели сексуальной активности 7 %. Степень удовлетворения сексуальной жизнью: очень удовлетворены – 35 %, относительно удовлетворены – 40 %, средне – 13 %, относительно не удовлетворены – 7 %, очень не удовлетворены – 10%.

Пациентам с выявленной эректильной дисфункцией было рекомендовано медикаментозное лечение. Данные рекомендации были основаны на эффективности, безопасности, неинвазивности, высоком уровне успеха и немногочисленных незначительных побочных эффектах данной группы препаратов. Учитывалась стоимость курса лечения, возможности быстрой отмены и эффект последствия. Препаратами выбора была группа ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа – уденафил (по требованию) и тадалафил (прологированная терапия).

Выводы:

Выявлена определённая корреляция между наличием вредных привычек (более 60 % опрошенных мужчин ведут образ жизни, злоупотребляют алкоголем – 29 %, табакокурением – 50%) и эректильной дисфункции (проблем с потенцией у 26 %). Имеют сопутствующие заболевания (АГ, СД, ИБС, ожирение) 35 %. Также выявлено достаточно большое количество сопутствующих заболеваний на фоне эректильной дисфункции, что, безусловно, не является случайным совпадением. Ре-

шение проблемы должно заключаться в ранней диагностике эректильной дисфункции, установлении этиологических факторов в каждом конкретном случае, проведении патогенетически направленного лечения, где важную роль играют ИФД-5 типа. Профилактические мероприятия и пропаганда здорового образа жизни среди мужского населения позволит продлить сексуальную активность мужчин и стать одной из мер профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ И ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ СЛУХОВОЙ СИСТЕМЫ У СОТРУДНИКОВ ОАО «ТОМСКАЯ СУДОХОДНАЯ КОМПАНИЯ» В УСЛОВИЯХ ПРОФВРЕДНОСТИ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИНВАЛИДИЗАЦИИ

И.М. Строганова

Филиал № 2 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Томская больница)

Изучение динамики профессиональной заболеваемости в Российской Федерации за период с 2007 по 2011 гг. показало, что доля нейросенсорной тугоухости в общей структуре профессиональной заболеваемости в 2011 г. составила 17 %, а в структуре профессиональных заболеваний, вызванных воздействием физических факторов, удельный вес нейросенсорной тугоухости стабильно выше и составляет 40 %.

Определенный вклад в развитие профессиональной тугоухости вносят: механический фактор, центральные нарушения трофики слухового анализатора и сосудистые нарушения [2, 10,11]. Среди всех этиопатогенетических факторов следует выделить сосудистый фактор, так как в патогенезе нейросенсорной тугоухости имеет место внутриулитковая гипоксия, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями периферического отдела слухового анализатора [4,6,13]. Внутреннее ухо кровоснабжается единственной артерией – лабиринтной, которая не имеет коллатералей. Лабиринтная артерия является ветвью передней нижней мозжечковой артерии либо основной артерии. Следовательно, нарушения кровообращения в вертебро-базилярном бассейне будут изменять кровоток в лабиринтной артерии [8].

На сегодняшний день в диагностике нарушений мозгового кровотока широкое применение нашли ультразвуковые, радионуклидные и рентгеноконтрастные методы исследования. Однако абсолютные значения мозгового кровотока в состоянии покоя не всегда могут служить прогностическим критерием при цереброваскулярной патологии, и в этих случаях информативными являются показатели реактивности со-

судов головного мозга, т.е. их способность реагировать на изменяющиеся условия функционирования системы кровообращения.

В литературе хорошо отображено влияние гипоксического стимула на центральную гемодинамику, но мало изучено его влияние на гемодинамику головного мозга [1,3,5,7,9,12,14]. В связи с этим интересной представляется реакция церебрального кровотока на гипоксию, механизмы приспособления к нарастающей гипоксии.

Совокупность приведенных аргументов свидетельствует о практической важности изучения процессов регуляции и компенсации регионарной гемодинамики для разработки эффективных критериев ранней диагностики нарушений мозгового кровообращения при обследовании и лечении больных нейросенсорной тугоухостью.

На базе ГОУ НИИ кардиологии (директор – академик РАМН Р.С. Карпов) ТНЦ СО РАМН в отделении функциональных методов исследования (рук. отд. – проф. А.А. Соколов), нами обследован 161 пациент, в возрасте от 36 до 64 лет (средний возраст 52 ± 3.3 года), с хроническим нарушением мозгового кровообращения и 54 человека сопоставимого возраста с исключенной органической патологией сердечно-сосудистой системы.

Всем пациентам были проведены дыхательные пробы с оценкой показателей центральной и церебральной гемодинамики. Курс гиперкапнических гипоксических тренировок проведен 27 пациентам с хроническим нарушением мозгового кровообращения и 18 здоровым лицам.

Основная цель дыхательных проб заключалась в остром увеличении рабочей нагрузки на определенные элементы сердечно-сосудистой системы, повышающей их метаболические запросы. В условиях патологии это приводит к возникновению дисбаланса между реальным режимом кровоснабжения и потребностью тканей в кислороде.

Гиперкапническую гипоксическую пробу (ГПП) проводили по методу возвратного дыхания. Для проведения этого исследования нами был разработан замкнутый контур объемом 75 литров, в котором пациент, резервуар и газоспироанализатор соединены последовательно посредством системы шлангов и клапанов. Для расчета объема резервуара использовали формулу:

$$V = at/(k-k_1),$$

где V – объем резервуара (л); a – среднее потребление кислорода организмом (л/мин); t – время (мин); k – содержание кислорода в атмосферном воздухе (%); k_1 – желаемый уровень понижения кислорода во вдыхаемом воздухе (%). Вычисленный таким образом замкнутый дыхательный объем позволял за 20-30 мин достичь снижения уровня кисло-

рода до 14-15 % при повышении содержания углекислого газа во вдыхаемом воздухе до 3-4 %. Следует отметить, что такие уровни гипоксии и гиперкапнии достигались постепенно, и практически все больные хорошо адаптировались к изменению газового состава во вдыхаемом воздухе. В исходном состоянии и на пике пробы забирали образцы артериализированной капиллярной крови, в которой с помощью микрометода Аструпа (анализатор BMS-3, Дания) определяли напряжение кислорода (pO_2) и углекислого газа (pCO_2) артериализированной капиллярной крови. В процессе теста в мониторинговом режиме контролировали показатели центральной и церебральной гемодинамики. Продолжительность теста составляла 20-30 мин. Пробу прекращали при снижении содержания кислорода во вдыхаемом воздухе до 14 %, достижении минутного объема дыхания 40-45 % от его должной максимальной величины и, в единичных случаях, при отказе обследуемого от выполнения пробы. Примечательно, что при использовании этой пробы у всех больных обследуемых групп и 42 здоровых лиц ни в одном случае не зарегистрировано изменений ЭКГ «ишемического» типа.

Модифицированную гиперкапническую-гипоксическую пробу (м-ГГП) проводили по методу дыхания с увеличением мертвого пространства. Известно, что у человека нормальный объем мертвого пространства (носоглотки, гортани, трахеи, бронхов и бронхиол) равен 130-160 мл. Искусственное увеличение объема мертвого пространства затрудняет аэрацию альвеол, при этом во вдыхаемом и альвеолярном воздухе парциальное давление CO_2 возрастает, а парциальное давление O_2 падает.

В нашем исследовании для проведения гиперкапнической-гипоксической пробы дополнительное мертвое пространство создавалось путем дыхания с помощью загубника через эластичную горизонтально расположенную трубку (шланг от газоспироанализатора) диаметром 30 мм и длиной 145 см (объемом около 1000 мл). Продолжительность теста составляла 3 мин, инструментальные методы контроля и критерии прекращения пробы были те же, что и при пробе с возвратным дыханием.

С учетом простоты выполнения и отсутствия побочных эффектов нами были использованы данные тесты в качестве функциональных нагрузочных стимулов для оценки дилатации мозговых сосудов. Реакция мозговых сосудов наиболее ярко проявляла себя при концентрации CO_2 во вдыхаемом воздухе 3-4 %, что достигалось при применении метода возвратного дыхания через 20 мин, а модифицированного гиперкапнического гипоксического теста по методу дыхания через дополнительное мертвое пространство (м-ГГП) через 3 мин от начала пробы, в связи с чем можно считать целесообразным использование последнего в каче-

стве наиболее адекватного нагрузочного теста, а ГПП в курсе гипоксических гиперкапнических тренировок.

Было убедительно показано, что степень прироста показателей церебральной гемодинамики у лиц с цереброваскулярной патологией была значительно ниже по сравнению со здоровыми, что свидетельствует о снижении чувствительности к гиперкапническому гипоксическому стимулу у больных с поражением баро- и хеморецепторного аппарата синокаротидной зоны, а также о снижении способности к расширению утративших эластичность артериальных сосудов.

Курсовое двухнедельное воздействие гиперкапнической гипоксии у больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения оказалось эффективным в отношении вазодилатационного церебрального компонента. Следствием адаптации к гипоксии явилось увеличение реактивности систем организма, вероятно за счет тренирующего фактора на церебральные и коронарные сосуды, а также за счет воздействия на звенья регуляции системы кровообращения.

Таким образом, рекомендуем применять на практике гиперкапнические гипоксические дыхательные пробы не только для уточнения состояния дилатационного компонента цереброваскулярного резерва у больных нейросенсорной тугоухостью, а также с целью повышения толерантности головного мозга к гипоксии, в качестве лечебного фактора.

В Филиале № 2 – Томская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России планируется работа по изучению уровня и характера поражения слуховой системы у сотрудников ОАО «Томская судоходная компания» в условиях профвредности с целью раннего выявления нейросенсорной тугоухости и предотвращения инвалидизации с использованием таких методов функциональной диагностики как слуховые вызванные потенциалы – акустические (коротколатентные) стволовые вызванные потенциалы (АСВП) и длиннолатентные стволовые вызванные потенциалы (ДСВП), реоэнцефалографическое исследование, суточное мониторирование АД и ЭКГ. А также внедрение гипоксических воздействий в качестве неспецифического фактора долговременной адаптации и способа профилактики ишемических повреждений головного мозга у сотрудников ОАО «Томская судоходная компания» с целью профилактики и лечения нейросенсорной тугоухости.

Литература:

1. Александров М.В. Механизмы адаптационного эффекта нормобарической гипокситерапии. – Вопр. курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2001. – №1. – С. 8-20.
2. Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А. Руководство по аудиологии. – ДМК пресс. – М. – 2003. – 72 с.
3. Ван Лир Э., Стикней К. Гипоксия. М.: Медицина, 1967. – 368 с.

4. Верещагин Н. В. Патология вертебрально-базилярной системы и нарушения мозгового кровообращения. М.: Медицина, 1980. – 311 с.
5. Голиков М.А. Анализ результатов применения индивидуальных аппаратов для гипоксической стимуляции в лечебной практике. – Труды V Междунар. конф. Совр. технологии восстановительной медицины. Сочи, 2002. – С. 4-7.
6. Дроздова Т.В., Ласкова И.И., Фомичева Е.В. Особенности межполушарного взаимодействия при профессиональной нейросенсорной тугоухости по данным когерентного анализа ЭЭГ. – Современные наукоемкие технологии. – 2006. – № 8 – С. 43-45
7. Коновалова М.П. Интервальная нормобарическая гипоксия в сочетании с сероводородной бальнеотерапией в санаторно-курортной реабилитации больных ишемической болезнью сердца. Дис. канд. мед. наук. Сочи, 2002. – 120 с.
8. Кунельская Н.Л. Роль лабиринтной артерии в развитии нейросенсорной тугоухости. Вестн. оторинолар.1995. №2. – С. 20-23.
9. Меерсон Ф.З. Адаптация к периодической гипоксии в терапии и профилактике. М.: Медицина, 1989. – 70 с.
10. Профилактика профессиональной тугоухости у лиц «шумовых» профессий. Методические рекомендации. – М.: МЗ СССР – 1988. 20 с.
11. Сборник официальных документов по расследованию и учету профессиональных заболеваний (отравлений), несчастных случаев на производстве, охране труда и социальному страхованию. В 2-х ч. – М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава РФ. – 2001.
12. Ушаков И.Б. Гипоксические механизмы комбинированных воздействий. – Проблемы гипоксии молекулярные, физиологические и медицинские аспекты. М. – Воронеж: Истоки, 2004. – С. 297-397.
13. Хандажапова Ю.А. Нейросенсорная и нарушения кровотока в экстракраниальных артериях. – Сборник статей молодых ученых и специалистов «Науки и человеку». – Томск, СГМУ. – 2002. – 254 с.
14. Чижов А.Л. Прерывистая нормобарическая гипоксия в профилактике и лечении гипертонической болезни. М.: Изд-во РУДН, – 2002. –187 с.
15. Онищенко Г.Г. Состояние условий труда и профессиональной заболеваемости работников Российской Федерации //Гигиена и санитария. – 2009. – № 1. – С. 29-33.

СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

И.М. Строганова

Филиал № 2 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Томская больница)

Атеросклероз по-прежнему остается одной из причин развития таких грозных заболеваний, как стенокардия, инфаркт миокарда. С улучшением качества медицинской помощи и, соответственно, увеличением продолжительности жизни, проблема атеросклероза становится все более и более актуальной. Кроме того, если раньше признаки атеросклероза чаще всего диагностировались у мужчин в возрасте старше 50 лет, у женщин старше 60, то сейчас атеросклероз помолодел и встречается у лиц в возрасте 30-40 лет.

При атеросклерозе в стенке сосудов происходит формирование атеросклеротической бляшки, которая сужает просвет сосуда и препятствует току крови. Результатом этого события может стать обеднение кровоснабжения в определенных участках мозга в зависимости от вовлеченных в патологический процесс сосудов, питающих ту или иную область мозга, и развитие таких проявлений, как головные боли, головокружения, шум в голове, мелькание мушек перед глазами, подъемы и падения давления с эпизодами потери сознания. Снижается работоспособность, повышается утомляемость, ухудшается память, интеллект, способность к концентрации внимания, ухудшается слух, появляется шаткость походки, нарушается координация движений. Наиболее неблагоприятным проявлением описанной ситуации является инсульт.

Поэтому правильная и ранняя диагностика атеросклероза и профилактика его неблагоприятных проявлений представляется очень важной.

За период с октября 2006 по март 2012 года в Филиале №2 – Томской больницы ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России в скринирующем режиме обследовано 752 человек (493 мужчин в возрасте от 30 до 93 лет, 259 женщины в возрасте от 33 до 100 лет). Всем пациентам проводили ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий (БЦА) в В-режиме с помощью эхокамеры SSD-1000 (Алока, Япония) с использованием датчика 7,5 МГц. Оценивали наличие, распространенность каротидного атеросклероза с учетом локализации и морфоструктуры атеросклеротических бляшек, толщины комплекса интима-медия (ТИМ).

Всех обследованных пациентов разделили на 5 групп по степени стеноза [1,2] в БЦА. В первую вошли 276 (36,7 %) пациентов, у которых не визуализировались атеросклеротические бляшки БЦА из них 76 (10 %) с ТИМ более 1,0 мм, во вторую группу – 332 (44,2 %) пациентов

со степенью стеноза 50-69 %, в третью группу – 101 (13,5 %) пациентов со степенью стеноза 70-79 %, в четвертую группу – 38 (5,1 %) пациента со степенью стеноза 80-99 %, в пятую группу – 5 (0,66 %) пациента с полной окклюзией внутренней сонной артерии (ВСА). Чаще всего (75 %) бляшки локализовались в верхней трети бифуркации общей сонной артерии, одностороннее поражение наблюдалось в 3,5 раза реже, чем двустороннее. Необходимо отметить, что у 7 пациентов субтотальное стенозирование ВСА (4 группа), и у 2 пациентов полная окклюзия ВСА (5 группа) протекали бессимптомно, что подтверждает данные о том, что в 15-20 % случаев даже полная односторонняя окклюзия ВСА удовлетворительно компенсируется коллатеральными и может длительное время протекать бессимптомно.

Средние значения толщины комплекса интима-медия в первой группе составили $0,77 \pm 0,22$ (M \pm S), во второй – $0,90 \pm 0,11$, в третьей $0,84 \pm 0,13$, в четвертой $0,85 \pm 0,17$, в пятой $0,87 \pm 0,21$. Нарушения хода БЦА отмечали у 56 пациентов (7,5 %).

Затем проводили количественную оценку распространенности ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ) и их сочетания с хронической цереброваскулярной недостаточностью (ХЦВБ) среди обследованных больных.

Среди всех обследованных больные ИБС составили 15 %, больные АГ – 20%, больные ИБС в сочетании с АГ – 11 %, ИБС в сочетании с ХЦВБ – 5 %, АГ в сочетании с ХЦВБ – 12 %, больные ИБС в сочетании с АГ и ХЦВБ – 11 %.

При лабораторном обследовании у 25 % пациентов была диагностирована умеренная гиперхолестеринемия, дислипопротеинемия, которым с целью коррекции нарушения липидного обмена назначались препараты группы статинов.

Динамическое наблюдение проводили в три этапа: 1-й – через 6 месяцев, 2-й через 12 месяцев, 3-й через 24 месяца. С дискретностью 12 месяцев при стабильном состоянии, 6 месяцев при прогрессировании степени стеноза БЦА.

В динамическое наблюдение были включены пациенты 1 группы с ТИМ более 1,0 мм, все пациенты 2, 3, 4 групп, пациенты 4 и 5 групп после операции эндартерэктомии.

При динамической оценке состояния БЦА было выявлено увеличение степени стенозирования просвета сосудов у 263 (35 %) пациентов на 3,5-18 %. Кроме того, было обнаружено увеличение ТИМ как на стороне стенозирования ВСА, так и на интактной стороне.

Необходимо отметить, что такой относительно непродолжительный период естественного течения процесса, выявил тенденцию к увеличению степени стенозирования просвета сосуда и утолщению ком-

плекса ИМ, причём как на интактной стороне, так и на стороне стенозирования ВСА.

Представленные данные убедительно свидетельствуют о необходимости включения ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий в комплекс обследования всех больных с сердечно-сосудистой патологией вне зависимости от наличия или отсутствия проявлений неврологического дефицита.

Литература:

1. Цвибель В., Пеллерито Дж., Ультразвуковое исследование сосудов. Видар-М. –2005. – 512 с.

2. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э., Ультразвуковая ангиология. Москва. – 2003. – 324 с.

О РАБОТЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ (1988-2012 гг.)

С.А. Чернигина

Терапевтическое отделение ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России,
Новосибирск

Бассейновая больница начала свою деятельность в марте 1988 г. с открытия терапевтического отделения на 70 коек. По площади отделение занимало 3 этаж. В отделении госпитализировались плановые пациенты с сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями легких и бронхов, почек и др терапевтической патологией. По составу преимущественно работники водного транспорта и жители Первомайского района.

Возглавлял отделение с момента открытия, в течение 10 лет М.П. Ефремов, врач-терапевт высшей квалификационной категории. Благодаря его работе, в отделении был подобран устойчивый коллектив врачей и среднего медицинского персонала, налажена терапевтическая служба в стационаре и на линиях. М.П. Ефремов так же занимал должность главного терапевта Обского Бассейна. Врачами в отделении начинали работать: Чернигина С.А., Кишинская Л.С., Селиванов К.А.

В первые годы работы, по профилю заболеваний, в отделении преобладала бронхо-легочная патология (составляла более 70 %). В связи с чем была открыта галокамера (искусственная соляная пещера), внедрен метод дыхания по Бутейко, что позволяло проводить комплексное лечение и реабилитацию пациентов с бронхо-легочными заболеваниями. М.П. Ефремов внедрил метод РДТ (разгрузочно-диетическая терапия). Эта методика давала положительные результаты в ле-

чении таких заболеваний, как: бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, аллергические состояния и др.

В дальнейшем, профиль заболеваний стал изменяться, в отделении постепенно стала преобладать сердечно-сосудистая патология, в частности артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца (в 2011 г. заболевания бронхов и легких составили 3,8 %). В стационаре совершенствовалась диагностическая база, приобреталось современное оборудование. В связи с началом работы по платным услугам, в отделение стали госпитализироваться жители других районов города и области, а также других регионов России и зарубежья.

В 1997 г. в связи с открытием нового отделения эфферентных методов лечения, наше отделение сократилось до 48 коек. В 2002 г. в связи с преждевременной кончиной М.П. Ефремова, заведующей отделением назначена Чернигина С.А. В 2002 г. больница реорганизована из Бассейновой в Новосибирскую клинику Государственного учреждения «Сибирский Окружной Медицинский центр Министерства здравоохранения Российской Федерации».

С 2003г. наше отделение получило задание и начало работать по федеральным квотам ВМП (высокотехнологичной медицинской помощи) по профилю «Ревматология». Проводилось дорогостоящее лечение пациентов с такими заболеваниями, как: ревматоидный артрит с системными проявлениями, системная красная волчанка, дерматомиозит, анкилозирующий спондилоартрит, системная склеродермия. В 2006 г. Чернигина С.А. прошла первичную специализацию по ревматологии. В этом же году, в результате реструктуризации, отделение сократилось до 35 коек, из них 15 коек выделено как специализированные ревматологические, а 20 коек – терапевтического профиля. В лечении пациентов по квотам ВМП использовались современные противовоспалительные «базисные» препараты, применялась высокодозная пульс-терапия Метилпреднизолоном с цитостатиками, по показаниям, синхронизированная с плазмаферезом. Проводилось лечение тяжелых форм ревматоидного артрита и анкилозирующего спондилоартрита генно-инженерным биологическим препаратом – Инфликсимаб (Ремикейд). Проводилась коррекция системного остеопороза бисфосфонатами последнего поколения (акласта), коррекция осложнений глюкокортикоидной и цитотоксической терапии, лечение тяжелых форм с-ма Рейно при аутоиммунных заболеваниях.

В 2008 г. наше учреждение перешло в Федеральное медико-биологическое агентство. В 2009 г. произошла реструктуризация стационара, сокращено гастроэнтерологическое отделение, в связи с открытием гинекологического отделения. Гастроэнтерологические койки вошли в состав терапевтического отделения. В связи с этим изменился

профиль отделения: из 35 коек 15 – терапевтического профиля, 5 – ревматологического и 15 – гастроэнтерологического. По гастроэнтерологии также проводилось лечение по федеральным квотам ВМП с такими заболеваниями: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, аутоиммунные заболевания печени.

По квотам госпитализировались пациенты, относящиеся к контингенту ФМБА, а также жители других регионов.

С 2011 г. ревматологический профиль не работает по квотам ВМП, а с 2012 г. прекращена работа по квотам гастроэнтерологического профиля в связи с отсутствием квот.

На современном этапе Терапевтическое отделение имеет 35 коек, из них 20 коек терапевтического, 15 коек – гастроэнтерологического профиля. Отделение специализируется на лечении и реабилитации пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, ревматологическими и гастроэнтерологическими заболеваниями. Используются современные методы диагностики ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии: холтеровское мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца, суточное мониторирование артериального давления, дуплексное сканирование сосудов шеи, почек. Исследуется липидный профиль и другие методы верификации причин повышения артериального давления (включая МРТ и КТ).

Пациентам гастроэнтерологического профиля проводится лечение и обследование патологии ЖКТ: желудка, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, кишечника, паразитарной инвазии. Используются инструментальные методы диагностики: эндоскопические, ультразвуковые, рентгенологические, томографические методы. При необходимости пациенты курируются проктологом, хирургом.

Основные направления специализированной гастроэнтерологической помощи:

- лечение заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки;
- лечение заболеваний поджелудочной железы;
- лечение заболеваний печени и желчевыводящих путей;
- лечение заболеваний толстого кишечника, в том числе и воспалительного характера.

В комплексном лечении используется лечебное дуоденальное зондирование и экстракорпоральные методы лечения.

Все применяемые в отделении методы лечения назначаются в соответствии с наиболее современными рекомендациями ведущих российских и зарубежных обществ на базе принципов доказательной медицины, а также накопленного опыта непрерывно практикующего медицинского персонала.

В отделении имеется возможность комфортного размещения в 2-3 местных палатах с сервисными услугами.

Заведующая отделением – терапевт высшей квалификационной категории, ревматолог, отличник здравоохранения Чернигина Светлана Александровна. Врачи: терапевт высшей категории Селиванов Константин Александрович, терапевт-кардиолог Тарасова Валентина Леонидовна, гастроэнтерологи: Заслуженный врач России, врач высшей категории Максимова Ольга Ивановна, врач высшей категории Никифорова Галина Николаевна. Более половины среднего медицинского персонала отделения имеют высшую квалификационную категорию.

МЕСТО И РОЛЬ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Проблемы федерального устройства России, отношения центральной и региональной власти, межбюджетные отношения, наличие в регионах Федеральных структур требуют постоянного внимания, поиска форм и методов координации их работы.

Особую роль в совершенствовании и оптимизации вертикали власти, начали играть федеральные округа, созданные в 2000 году. В них были созданы представительства Президента Российской Федерации, которые осуществляют контроль за деятельностью органов власти субъектов Российской Федерации. Руководство региональными структурными подразделениями федеральных служб осуществляется созданными окружными органами (Сибирский региональный центр МЧС России, Федеральная служба по надзору в сфере природопользования и др.). Вместе с тем, такие крупные отрасли как здравоохранение и образование, находящиеся в ведении органов власти субъектов РФ, таких структур не имеют, в связи с этим работа их слабо координируется на окружном уровне.

Это способствовало появлению таких учреждений как окружные медицинские центры (ОМЦ). В здравоохранении основной целью такой организации явилось более эффективное межрегиональное взаимодействие, совершенствование организации медицинской помощи, разработка и координация мер по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения.

Безусловным достоинством деятельности таких учреждений является проведение политики государства в области охраны здоровья

населения, с учетом региональных особенностей (в Сибири это низкая плотность населения, удаленность и труднодоступность населенных пунктов и др.). Такой подход способствует повышению эффективности проводимых мероприятий.

Исходя из этого основными **направлениями** деятельности ОмЦ являются:

1. Выработка единой политики в области организации медицинской помощи (МП) с учетом региональных особенностей в рамках Федеральных целевых программ;

2. Формирование единого информационного пространства и издательская деятельность;

3. Сотрудничество с медицинской наукой в Сибирском регионе;

4. Оказание медицинской помощи, в т.ч. высокотехнологичной и при чрезвычайных ситуациях, жителям Сибирского федерального округа.

Единая политика формируется в округе, благодаря сотрудничеству ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (далее – Центр) с представительством Президента России в Сибирском федеральном округе (далее – округ, СФО). Центр принимает самое активное участие в подготовке и рассмотрении вопросов, касающихся охраны здоровья населения в разных структурных подразделениях представительства.

Так, только в 2011 году Центром было подготовлено для представительства:

- отчет о реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в округе по итогам 2010 года;

- материалы для рассмотрения на заседании окружной рабочей группы по контролю за реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье», (7 апреля 2011 года, г. Томск);

- справка и письмо Полпреда Президента Российской Федерации в СФО в Федеральную службу исполнения и наказания о состоянии заболеваемости СПИД в учреждениях службы;

- отчет о реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в округе по итогам 1 полугодия 2011 года;

- аналитические справки для полномочного представителя Президента РФ в СФО:

 - О ценовой политике и лекарственном обеспечении в СФО;

 - О выполнении поручения Президента РФ от 24.10.2005 №ПР-1754 ГС (пункт 2.2.)

 - О принятии мер по финансированию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;

О состоянии и мерах по совершенствованию амбулаторно-поликлинической службы;

О заболеваемости туберкулезом в СФО и мерах по ее снижению (совместно с НИИ туберкулеза, г. Новосибирск).

Сотрудниками отдела науки и инновационных технологий Центра велась активная работа как с главными специалистами, так и ведущими учреждениями здравоохранения округа:

- с главным специалистом округа по акушерству и гинекологии проф. Пекаревым О.В. подготовлена информация для окружной конференции об основных показателях деятельности акушерской службы и реализации направления приоритетного национального проекта «Здоровье» – «Совершенствование оказания медицинской помощи матерям и детям»;

- с Сибирским Федеральным окружным центром по профилактике и борьбе со СПИД подготовлена аналитическая информация и письма в ФСИН об оказании медицинской помощи лицам, инфицированным ВИЧ, находящимся в учреждениях этого ведомства;

- с главным специалистом округа по переливанию крови к.м.н., Хальзовым К.В. подготовлено письмо в Минздравсоцразвития России «О переработке заготовленной крови в субъектах СФО»;

- с координационным советом по здравоохранению межрегиональной ассоциации «Сибирское соглашение» подготовлены материалы о состоянии и мерах по совершенствованию онкологической службы округа.

Важнейшим направлением в деятельности Центра является формирование единого информационного пространства и организация обмена опытом. Этому способствуют проводимые при активном участии Центра научно-практические конференции в т.ч. международные. Только за последние три года проведено:

1. Совместно с российско-немецким фондом имени Коха-Мечникова, министерством здравоохранения Новосибирской области:

- VIII российско-германская научно-практическая конференция **«Инновации в медицине. Социально значимые инфекции» (2009 г.).**

- IX российско-немецкая научно-практическая конференция **«Новые горизонты: инновации и сотрудничество в медицине и Здравоохранении» (2010 г.)**

2. Совместно с Новосибирским государственным медицинским университетом:

- международная научно-практическая конференция, посвященная 75-летию НГМУ **«Общественное здоровье: правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения российской федерации» (2010 г.).**

- V межрегиональная научно-практическая конференция **«Распространенный склероз: 30 лет спустя»** (2011 г.).

3. С управлением Росздравнадзора по Республике Алтай, министерством здравоохранения Республики Алтай – межрегиональная научно-практическая конференция **«Современные подходы к обеспечению качества медицинской, лекарственной и социальной помощи на региональном уровне»** (2011 г.).

4. С министерством здравоохранения Новосибирской области и дирекцией международной выставки «ITI Сибирская ярмарка» проведены:

- I Медицинский форум Сибири (2011 г.);

- международная научно-практическая конференция **«Экономика здравоохранения»** (2012 г.).

Материалы перечисленных конференций и других, как правило, издаются в виде сборников и рассылаются Центром руководителям органов управления здравоохранением регионов, в медицинские ВУЗы и т.д.

На подобных конференциях происходит обмен опытом не только с коллегами из России, но и со специалистами других стран. Значение таких встреч, трудно переоценить.

В деятельности Центра много внимания уделяется издательской деятельности. В последнее время ежегодно издается несколько монографий, статистические сборники:

- руководство по диспансеризации взрослого населения для специалистов со средним медицинским образованием (2009 г.);

- дифференцированная оплата труда в здравоохранении (2011 г.);

- экономические методы управления в здравоохранении (2012 г.);

- организация медицинской помощи в условиях труднодоступности мест проживания и низкой плотности населения (2012 г.);

- телефонный справочник органов и учреждений здравоохранения Сибирского федерального округа;

- 4 сборника научно-практических конференций;

Особенно востребован и пользуется большим спросом издаваемый уже 11 год аналитическо-статистический сборник **«Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2010 году»**.

Четыре из перечисленных книг были представлены для участия в конкурсе международной выставки «ITI Сибирская ярмарка» и удостоены Больших золотых медалей.

Центр активно взаимодействует с органами управления здравоохранением субъектов СФО, которые охотно откликаются на его инициативы. Ежегодно ими предоставляется информация для окружного

статистического сборника, материалы для обобщения информации по конкретным вопросам, касающимся организации медицинской помощи и др. В свою очередь Центр весь обобщенный материал направляет в субъекты. Так только в 2011 году в адрес руководителей органов управления здравоохранением субъектов Федерации округа направлены следующие материалы:

- материалы Российско-Германской научно-практической конференции им. Р. Коха и И.И. Мечникова;
- телефонный справочник «Здравоохранение Сибирского федерального округа»;
- методические рекомендации «Делопроизводство в ЛПУ»;
- сборник статистических показателей субъектов СФО;
- материалы 1-го медицинского Форума Сибири;
- материалы заседания научного совета «Центр эндэкологической реабилитации» – профилактика и восстановительная медицина» и др.

Несмотря на то, что ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России является учреждением практического здравоохранения, в нем достаточно много внимания уделяется научно-исследовательской работе и сотрудничеству с научными учреждениями.

Центр осуществляет сотрудничество с медицинскими вузами:

- Алтайским государственным медицинским университетом;
- Новосибирским государственным медицинским университетом;
- Сибирским государственным медицинским университетом (г. Томск).

Совместные работы проводятся с научно-исследовательскими институтами Сибирских отделений Российской академии наук и Российской академии медицинских наук:

- Учреждение Российской академии наук научно-исследовательский институт цитологии и генетики;
- Учреждение Российской академии медицинских наук научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН (НИИКЭЛ СО РАМН);
- Учреждение Российской академии медицинских наук научно-исследовательский институт клинической иммунологии СО РАМН (НИИКИ СО РАМН);
- Учреждение Российской академии медицинских наук научно-исследовательский институт терапии СО РАМН (НИИТ СО РАМН);

- Учреждение Российской академии медицинских наук научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН (НИИ КППЗ СО РАМН);

- Федеральное государственное учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (ФГУ «ННИИТО» МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ).

В самом Центре основными темами, в рамках которых осуществляется НИР, остаются прежними:

- урология, оперативная андрология, урогинекология;
- эндоскопическая хирургия гепато-панкреато-дуоденальной зоны;

- хирургия толстого кишечника и промежности;
- использование возможностей МРТ в многопрофильной клинике;

- ультразвуковое исследование 3-х- и 4-х-мерное, доплерометрия в диагностике гинекологических заболеваний;

- инвазивные методы обследования под контролем УЗИ;

- реабилитация пациентов с гипомоторной функцией кишечника;

- иммуносупрессивная терапия и реабилитация при рассеянном склерозе, клиничко-функциональные аспекты симптоматической эпилепсии.

Сотрудничество с медицинскими ВУЗами и НИИ, активное проведение исследовательской работы в самом учреждении, позволило создать достаточно серьезный для практического учреждения научный потенциал. В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России по состоянию на 1.01.2012 г. работало 16 специалистов, имеющих ученую степень (4 доктора и 12 кандидатов медицинских наук), в т.ч. в Алтайской больнице – 1 к.м.н., в Томской – 4 к.м.н. и в Новосибирске 4 д.м.н. и 7 к.м.н. В настоящее время соискателями ученой степени являются 17 человек.

Специалисты СОМЦ только в 2011 году приняли участие в 67 научно-практических конференциях, на которых было представлено 25 докладов. Общее количество публикаций составляет 47 на 8 больше, чем в 2010 году.

Результат исследовательской работы это не только статьи, монографии и успешно защищенные диссертации, но и получение патентов. Сотрудниками Томской больницы получен патент на изобретение: **«Способ комплексной реабилитации больных с центральным спастическим парезом верхних конечностей»** (авторы: Радионова А.А., Чистякова В.А., Катаева Н.Г., Вакс Л.П.).

Сотрудница отделения лучевой диагностики О.А. Данченко в соавторстве получила патент на изобретение "**Способ прогноза дислокации мозговых структур при помощи измерения вентрикуло-краниальных индексов**" (авторы: С.С. Рабинович (ННИИТО) и О.А. Данченко).

Как окружной медицинский центр наше учреждение выполняет еще одну очень важную работу, оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) населению Сибирского федерального округа. Это наиболее эффективный вид помощи, приводящий к существенному и стойкому улучшению состояния здоровья, качества жизни пациента, пользующийся высоким спросом у населения.

Начиная с 2003 года, Центр выполняет государственный заказ на оказание ВМП. В начале, это была абдоминальная хирургия, урология и ревматология. С 2006 года к ним добавились гинекология, гастроэнтерология, отоларингология.

В связи с появлением в составе Центра мобильного отряда экстренной медицинской помощи (МОЭМП), он стал привлекаться для оказания медицинской помощи жителям СФО при возникновении чрезвычайных ситуаций. Например, во время землетрясения в Республике Тыва, находился в состоянии готовности и при необходимости, уже через несколько часов принять участие в оказании медицинской помощи пострадавшим. Таким образом, Центр призван еще и принимать участие в ликвидации последствий стихийных бедствий, техногенных катастроф и т.д.

Заключение. Необходимость ОМЦ очевидна, для осуществления координации деятельности здравоохранения субъектов Федерации, входящих в округа в ходе реализации, прежде всего Федеральных программ на региональном уровне. Кроме того, они призваны создавать единое информационное пространство, в целях обобщения и распространения опыта по совершенствованию оказания медицинской помощи населению. Способствовать более тесному сотрудничеству медицинской науки и практического здравоохранения и оказывать высокотехнологичную специализированную помощь жителям округа, выполнять другие функции, направленные на совершенствование системы здравоохранения округа.

2. ДИАГНОСТИКА

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Н.П. Гурьянова

Отделение функциональной диагностики, Новосибирск

Функциональная диагностика, как один из разделов медицины, занимается диагностикой нарушений функций различных органов и систем организма с помощью инструментальных методов.

Цель работы – проанализировать использование различных методов функциональной диагностики в условиях многопрофильного стационара, включающего отделения терапевтического и хирургического профиля. Коечная мощность отделений стационара за 2001-2010 годы (табл. 1).

Таблица 1

Коечная мощность отделений стационара

Отделение	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Терапевтическое	48	48	62	48	77	35	50	55	35	35
Неврологическое	60	68	80	80	80	60	50	50	50	50
Гастроэнтерологическое	48	40	28	28	28	20	-	-	-	-
Хирургическое	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Урологическое	30	30	30	30	30	20	20	20	20	20
Оториноларингологическое	40	40	40	34	25	15	15	-	20	20
Гинекологическое	-	-	-	-	-	-	-	20	20	20
Хр. гемодиализа	14	14	-	20	-	15	20	15	15	15
Анестезиологии и реанимации	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Всего	286	286	286	286	286	211	201	206	206	206

Основные методы исследований различных систем организма, применяемые в стационаре ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (ранее – Басейновой больницы ОЦБП):

- Для исследования сердечно-сосудистой системы:

- электрокардиография в 12 стандартных и дополнительных отведениях (ЭКГ);
- холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ);
- суточное мониторирование артериального давления (СМАД);
- реовазография периферических сосудов (РВГ).
 - Для исследования легочной вентиляции – спирометрия, включая измерение жизненной емкости легких и показателей форсированного выдоха с построением кривой «поток-объем» (СПГ).
 - Для исследования нервной системы:
 - реоэнцефалография (РЭГ);
 - электроэнцефалография (ЭЭГ);
 - эхоэнцефалография (ЭхоЭГ);
 - электромиография (ЭМГ).

При открытии стационара в кабинете функциональной диагностики проводились электрокардиографические исследования, фонокардиография, исследование функции внешнего дыхания на спирографе закрытого типа. Активное развитие терапевтической и неврологической службы вызвало необходимость оснащения кабинета новым оборудованием, и уже с 2001 г. внедрены такие методики с компьютерной обработкой данных, как холтеровское мониторирование ЭКГ, реоэнцефалография, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, а с 2003 г. – суточное мониторирование артериального давления. Дальнейшее развитие службы связано с внедрением в практику в 2007 г. метода электромиографии. В то же время ряд методик прекратили использовать в связи с появлением более информативных методов диагностики (например, с появлением метода ультразвукового исследования сердца прекращено использование метода фонокардиографии).

Таблица 2

Структура исследований разных систем организма

Система	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Сердечно-сосудистая	68	69	69	65	65	70	73	72	70	75
Дыхательная	10	9	8	9	9	8	10	13	16	10
Нервная	22	22	23	26	25	22	17	15	14	15

В целом доля исследований разных систем организма представлена в таблице 2 (в процентах от общего количества проведенных исследований).

Количество проведенных исследований по различным методикам в кабинете функциональной диагностики стационара за 2001-2010 годы

представлено в таблице 3 (в абсолютных значениях и в процентах от общего количества проведенных исследований).

Как видно из таблицы 3, за проанализированные годы в стационаре применялись все методы исследований, возможные на имеющемся оборудовании. Общее количество проведенных исследований изменялось незначительно. Происходило перераспределение доли различных методов обследования в зависимости от развития отделений стационара, структуры пролеченных больных.

Во все годы основная доля приходилась на исследование сердечно-сосудистой системы (табл. 2). Сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место среди причин смертности больных в развитых странах.

В структуре методов исследований сердечно-сосудистой системы ведущее место занимает электрокардиография (55-71 %) – один из самых доступных, безопасных и информативных методов, позволяющий быстро и точно оценить не только наличие изменений полостей и стенок сердца, но и его функциональное состояние на момент обследования, своевременно выявить жизнеугрожающие состояния (например, острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, нарушения ритма и проводимости).

Современным высокоинформативным и незаменимым методом оценки функционального состояния сердца является холтеровское мониторирование ЭКГ. Метод позволяет записать ЭКГ в течение 1-2 суток в условиях естественной активности пациента, при различных провоцирующих ситуациях (при физической нагрузке, во время сна, при каких-либо манипуляциях). При этом выявляемость нарушений ритма и проводимости, ишемических событий, безболевого ишемии миокарда намного превосходит возможности стандартной ЭКГ покоя, особенно у лиц с преходящими изменениями. Современные комплексы суточного мониторирования ЭКГ обеспечивают раннее выявление изменений системы органов кровообращения, позволяют оценить риск развития внезапной сердечной смерти у данных пациентов. Небольшое количество ежегодно проведенных процедур (1-2 %) обусловлено наличием в кабинете одного регистратора.

Активно используется все годы в стационаре и такой метод исследования как суточное мониторирование артериального давления, позволяющий оценить уровень артериального давления в разных условиях активности пациента, в ночное время, связать эпизоды подъема артериального давления с различными ситуациями, а также оценить эффективность проводимой терапии. Доля данного метода в общей структуре исследований невелика (0,5-1,5 %) и ограничена также наличием одного регистратора.

Таблица 3

Структура проводимых исследований

Метод исследования	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1. ЭКГ	5754	60	6168	61,4	6437	61	6819	57,6	6882	55,5	6807	59	6548	63	7195	65	7861	67	7957	71,6
2. ХМ ЭКГ	70	0,7	91	0,9	136	1,3	84	0,7	179	1,45	134	1,16	204	2	167	1,5	163	1,39	172	1,55
3. СМАД	-	-	-	-	27	0,25	50	0,4	129	1	100	0,87	146	1,4	132	1,2	109	0,9	145	1,3
4. СПГ	961	10	934	9,3	861	8,2	1049	8,86	1121	9	985	8,5	986	9,5	1482	13	1852	15,8	1177	10,6
5. РВГ	671	7	720	7	618	6	732	6,2	932	7,5	1025	8,8	736	7	462	4	65	0,55	-	-
6. РЭГ	1154	12	971	9,7	1038	9,9	1303	11	1295	10,5	1144	10	777	7,5	546	5	592	5	605	5,45
7. ЭЭГ	944	10	890	8,8	965	9,2	1293	11	1311	10,6	1159	10	782	7,5	694	6,3	712	6	746	6,7
8. ЭхоЭГ	26	0,2	278	2,76	423	4	513	4,3	531	4,3	172	1,5	98	1	109	1	105	0,9	48	0,4
9. ЭНМГ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	0,8	253	2,3	277	2,3	259	2,3
Всего	9580		10052		10505		11843		12380		11526		10359		11040		11736		11109	

Данные методы незаменимы при обследовании пациентов с сердечно-сосудистой патологией терапевтического отделения и отделения хронического гемодиализа. Широкое применение они находят и при обследовании пациентов неврологического отделения (как для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, так и для диагностики возможных причин синкопальных состояний, нарушений мозгового кровообращения), а также отделений хирургического профиля (позволяют определить тактику ведения пациента с наличием сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы в до- и послеоперационный период, предупредить развитие возможных осложнений).

До 2009 года для оценки пульсового кровенаполнения и тонуса сосудов верхних и нижних конечностей применялся метод реовазографии, но в связи с развитием более информативных методов ультразвуковой диагностики в настоящее время он не используется.

За последние 5 лет отмечается рост количества исследований сердечно-сосудистой системы (с 68 до 75 %). Это связано как с увеличением количества пролеченных пациентов, так и с тяжестью состояния пациентов, поступающих на лечение во все отделения стационара.

Количество исследований функции внешнего дыхания за последние годы существенно не изменяется, что обусловлено незначительной динамикой пролеченных пациентов с заболеваниями органов дыхания.

Достаточно велика в структуре доля методов исследований нервной системы (табл. 2).

Метод реоэнцефалографии в настоящее время находит все меньшее применение (доля его снизилась с 12 % до 5,45 %) в связи с внедрением в практику методов ультразвукового исследования сосудов.

Оценку функционального состояния мозга позволяет провести метод электроэнцефалографии, который сохраняет свою информативность при ряде заболеваний (в первую очередь – при пароксизмальных состояниях эпилептического и неэпилептического генеза, при некоторых воспалительных заболеваниях головного мозга). В связи с активным применением в стационаре ультразвуковых методов, методов нейровизуализации, значение метода ЭЭГ снизилось при исследовании пациентов с опухолями мозга, цереброваскулярными заболеваниями.

Использование методов томографии головного мозга за последние годы практически вытеснило применение метода эхоэнцефалографии для оценки состояния структур мозга (с 4 до 0,4 %).

Наиболее широко данные методы исследования нервной системы применялись в 2001-2006 годах, что было связано с их доступностью, информативностью, а также профилем пролеченных неврологических пациентов. С 2007 года интенсивность применения описанных методов снижается, что обусловлено широким внедрением более информатив-

ных методов исследований, таких как различные методики ультразвуковой диагностики, магнитно-резонансной и компьютерной томографии.

Дальнейшее развитие исследования нервной системы связано с приобретением нового оборудования и внедрением с 2007 года метода электромиографии. ЭМГ – целый комплекс методик, позволяющих оценить функциональное состояние различных отделов периферической нервной системы, нервно-мышечного аппарата. За 2007-2010 годы освоены и внедрены такие методики ЭНМГ, как стимуляционная электромиография двигательных и чувствительных нервов, исследование нервно-мышечной передачи, поверхностная электромиография. Имеющееся оборудование позволяет проводить и другие методики (например, исследование вызванных потенциалов мозга, игольчатая электромиография). Освоение и внедрение данных методов будет зависеть от потребностей лечебных отделений.

Выводы:

- Функциональная диагностика остается необходимой отраслью медицины, позволяющей оценить функциональное состояние органов и систем организма человека, обеспечить раннюю диагностику возникших нарушений.
- В условиях многопрофильного стационара применяются все имеющиеся методики обследования. Внедрение в практику тех или иных методов исследования определяется потребностями лечебных отделений стационара, структурой нозологий пролеченных больных.
- Информативность функциональных методов исследования зависит от возможностей применяемого оборудования.
- Современное развитие науки позволяет повысить диагностические возможности оборудования нового поколения, применять новые медицинские технологии.
- Применение современных диагностических систем улучшает качество обследования состояния здоровья человека, позволяет выявлять наличие жизнеугрожающих состояний, оценить функциональные возможности организма, эффективность проводимой терапии.

Список литературы

1. Зенков, Л.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии) / Л.Р. Зенков. Москва, 2001. – 368 с.
2. Комолятова, В.Н. Турбулентность ритма сердца – новый метод стратификации риска внезапной сердечной смерти / В.Н. Комолятова, Л.М. Макаров // Функциональная диагностика. – 2010. – №3. – С. 23-24.

3. Макаров, Л.М. Холтеровское мониторирование / Л.М. Макаров. Москва, 2008. – 456 с.

4. Николаев, С.Г. Практикум по клинической электромиографии / С.Г. Николаев. Иваново, 2003. – 264 с.

5. О значении методов функциональной диагностики болезней органов кровообращения в промышленном здравоохранении / П.В. Стручков, О.С. Цека, Р.Ж. Баранова и др. // Функциональная диагностика. – 2010. – № 3. – С. 8-9.

6. Позднякова, Н.В. Инструментальная оценка факторов риска в прогнозе кардиальных событий при ишемической болезни сердца /Н.В. Позднякова, И.П. Татарченко, К.В.Соловьева // Функциональная диагностика. – 2010. – №3. – С. 19-22.

7. Тихоненко, В.М. Возможности холтеровского мониторирования в оценке связи нарушений ритма и проводимости сердца с эпизодами апноэ /В.М. Тихоненко, И.В. Апарина // Вестник аритмологии. – 2009. – №55. – С. 49-55.

8. Трешкур, Т.В. Альтернатива зубца Т: способна ли предсказывать непредсказуемое? /Т.В. Трешкур, А.А. Татарина, Е.В. Пармон // Вестник аритмологии. – 2009. –№58. – С. 42-51.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ В ОТДЕЛЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

Н.П. Гурьянова

Отделение функциональной диагностики, Новосибирск

Электромиография (ЭМГ) – это комплекс методов оценки функционального состояния нервно-мышечной системы, основанный на регистрации и качественно-количественном анализе различных видов электрической активности нервов и мышц [4]. По способу получения, характеру исследования и методам обработки данных в ЭМГ можно выделить следующие методики обследования:

- Поверхностная интерференционная ЭМГ;
- Стимуляционная ЭМГ;
- Игольчатая ЭМГ.

В отделении функциональной диагностики ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России применяются поверхностная ЭМГ и ряд методик стимуляционной электромиографии.

Цель работы – проанализировать возможности методов стимуляционной ЭМГ в диагностике заболеваний нервной системы.

Стимуляционная ЭМГ основана на анализе вызванных электрических ответов мышцы, полученных путем электрической стимуляции периферического нерва [4]. Несмотря на то, что данная методика достаточно трудоемка, она является наиболее распространенной из всех методов электромиографии и включает в себя несколько видов исследований. В отделении освоены и внедрены следующие виды стимуляционной ЭМГ:

1. Исследование моторного ответа мышцы и скорости распространения волны по двигательным волокнам нерва (СРВм).

Моторный ответ (М-ответ) – суммарный электрический потенциал мышцы в ответ на одиночное электрическое раздражение иннервирующего её нерва. Скорость распространения возбуждения по двигательным волокнам (СРВм) определяется при стимуляции двигательных волокон нерва в дистальной и проксимальных точках в местах, доступных для непрямой стимуляции.

Изменение качественных и количественных показателей позволяет оценить состояние моторных волокон нерва на разных его участках, состояние самой мышцы, судить о характере поражения нерва (аксональное, демиелинизирующее), определить степень поражения, оценить состояние терминалей аксонов.

2. Исследование потенциала действия нерва и скорости распространения волны по чувствительным волокнам нерва (СРВс).

Методика позволяет оценить состояние сенсорных волокон нерва.

3. Исследование поздних нейрографических феноменов (F-волна, H-рефлекс).

F-волна по своей физиологической природе – это ответ мышцы на возвратный разряд, возникающий в результате антидромного раздражения мотонейрона. При патологии изменение качественных и количественных параметров F-волны определяется, прежде всего, состоянием мотонейронов и их аксонов.

H-рефлекс – это рефлекторный ответ мышцы на раздражение чувствительных волокон нерва, иннервирующих данную мышцу. По своей природе он является аналогом ахиллова рефлекса. Позволяет судить о состоянии проводимости всей сегментарной дуги, определить скорость распространения возбуждения по сенсорным волокнам в проксимальных отделах седалищного нерва.

4. Ритмическая стимуляция и определение надежности нервно-мышечной передачи.

Позволяет выявить факт нарушения нервно-мышечной передачи, а также оценить механизм нарушения – на этапе синтеза и выделения ацетилхолина (ботулизм, синдром Ламберта-Итона) или на этапе рецепции холинорецепторами концевой пластинки (миастения).

Исследования проводились на аппаратно-программном комплексе «Нейро МВП» («Нейрософт» г. Иваново) с помощью накожных электродов.

За 2010-2011 гг. описанные методики стимуляционной ЭМГ проводились преимущественно пациентам неврологического отделения стационара. Целью проведения исследования была оценка наличия или отсутствия поражения, максимально достоверное определение топика поражения, характера и степени функциональных нарушений. Всего обследовано 160 человек в возрасте от 21 до 68 лет. Из них женщин – 78, мужчин – 82. Анализ объема обследования показал, что 160 пациентам проведено 1238 методик стимуляционной ЭМГ (за одну методику принималась проведение одной методики одной локализации). Основные нозологические формы и применяемые методики приведены в таблице 1.

Таблица 1

Структура обследованных пациентов

Нозологические формы	Мужчины	Женщины	СРВм	Исследование F-волны	СРВс	Нервно-мышечная передача	Всего исследований
Дорсопатии	26	21	232	102	70	2	406
Полинейропатии	31	20	300	42	92	4	438
Мононейропатии	13	12	94	30	48	2	174
Плексопатия	4	2	30	-	4	-	34
Миастения	3	18	-	-	-	104	104
Другие	5	5	64	12	6	-	82
Всего	82	78	720	186	220	112	1238

Метод стимуляционной ЭМГ наиболее информативен для оценки состояния периферического нейро-моторного аппарата у больных с невральным и синаптическим характером поражения [1,4,7]. Как видно из таблицы 1 наибольшее количество исследований проведено пациентам с диагнозами: дорсопатии различной локализации (406 исследований), полинейропатии (438 исследований), мононейропатии (174 исследования). В группу нозологии «дорсопатии» вошли пациенты с поражениями межпозвоночного диска разных отделов позвоночника, в том числе с миелопатией и радикулопатией; цервикалгии, дорсалгии. В

группу «полиневропатии» вошли пациенты с различной этиологией (диабетической, токсической, инфекционной, наследственной, обусловленной воздействием физических факторов). В группу «другие» вошли пациенты с остаточными явлениями ишемического инсульта, детским церебральным параличом, фокальной дистонией, мозжечковой атаксией. Из общего объема проведенных методик предпочтение отдавалось исследованию скорости распространения возбуждения по двигательным волокнам нерва с анализом М-ответа – 58 % от общего количества проведенных исследований (720 нервов), поскольку именно она позволяет оценить характер поражения нерва (аксональное, демиелинизирующее), уровень поражения периферического нерва, наличие блоков проведения. Реже проводилось исследование чувствительных нервов – 18 % (220 нервов). В 15 % случаев (186 нервов) проводилось исследование F-волны, преимущественно при подозрении на корешковые поражения.

Для диагностики надежности нервно-мышечной передачи при миастении и миастенических синдромах использовался высокоинформативный метод ритмической стимуляции нерва – 9 % (112 мышц). Низкая доля данных исследований обусловлена небольшим количеством пациентов с подозрением на нарушение нервно-мышечной передачи (21 человек).

В среднем объем обследования одного пациента составил 7,7 методик, что отражает трудоемкость данного метода исследования.

Из всех обследованных пациентов в 121 случае (75,5 %) выявлены нарушения проведения по моторным волокнам нервов, из них наибольшее количество (52 случая) – по типу аксоно-миелинопатии (в Таблице 2 – смешанные изменения). У данных пациентов выявлены дополнительно изменения по сенсорным волокнам в 47 случаях, изменения параметров F-волны – в 19 случаях, блоки проведения – в 11 случаях.

Нарушения проведения только по сенсорным волокнам выявлены в 4 случаях (2,5 %).

Нарушение нервно-мышечной передачи выявлено в 15 случаях (9,5 %).

В 20 случаях (12,5 %) нарушений проведения по моторным и сенсорным волокнам периферических нервов выявлено не было.

Основные изменения, полученные при проведении методов стимуляционной ЭМГ у различных групп пациентов представлены в таблице 2 (отражено количество пациентов, у которых выявлены описанные изменения, в абсолютных значениях).

Таблица 2

Структура выявленной патологии

Нозология	По моторным волокнам			Дополнительно по сенсорным волокнам	Блоки проведения	Изменение F-волны	По сенсорным волокнам	Нарушения нервно-мышечной пе-	Норма
	Аксонопатия	Миелинопатия	Смешанные						
Дорсопатия	7	15	20	16	5	14	1		4
Полиневропатия	21	8	19	14	2	4			3
Мононевропатия	2	8	10	15	2		3		2
Плексопатия	2	1	3	2	2				
Миастения								15	6
Другие	2	3				1			5
Всего	34	35	52	47	11	19	4	15	20

Преобладающие нарушения проведения по моторным волокнам нервов (в 75,5 % случаев) обусловлены как наибольшим количеством данных исследований (58 % от всех проведенных исследований), так и структурой патологии обследованных пациентов, при которых целью исследований ставилось, в основном, определение сохранности или характера поражения двигательных волокон. Немалая доля исследований, при которых не выявлено патологии периферических нервов (12,5 %), обусловлена направлением на обследование ряда пациентов именно для исключения той или иной патологии.

Выводы:

➤ Метод электромиографии является высокоэффективным методом диагностики функционального состояния различных структур нервно-мышечной системы.

➤ Каждая из методик стимуляционной электромиографии несет свою информацию о состоянии нерва и надежности нервно-мышечной передачи, поэтому только комплексное использование мето-

дов и их разумное сочетание дает возможность адекватно определить состояние периферического нерва на всем его протяжении.

➤ При распространенных и генерализованных поражениях необходимо исследование нескольких нервов на верхних и нижних конечностях, применение различных методик ЭМГ.

➤ Учитывая трудоемкость всех проводимых методов исследования, целесообразно наиболее точно определение цели исследования, что обеспечивается тесной совместной работой врача-электрофизиолога и клинициста, направляющего пациента на исследование, что позволяет получить максимум информации при минимальных затратах времени.

Список литературы

1. Команцев, В.Н. Методические основы клинической электронной миографии. Руководство для врачей / В.Н.Команцев, В.А.Заболожных. – Санкт-Петербург, 2001. – 349 с.

2. Лукьянов, М.В. Диагностические и терминологические трудности в клинической электромиографии /М.В.Лукьянов // Функциональная диагностика. – 2010.-№3. – С. 69-71.

3. Мальмберг, С.А. Электронейромиографические методы в диагностике наследственных нервно-мышечных заболеваний /С.А.Мальмберг // Функциональная диагностика. – 2010. – №3. – С. 71-73.

4. Николаев, С.Г. Практикум по клинической электромиографии /С.Г. Николаев. Иваново, 2003. – 264 с.

5. Николаев, С.Г. Нормальные показатели F-волны при регистрации с верхних конечностей /С.Г. Николаев, М.И. Самойлов // Функциональная диагностика. – 2003.– №2. – С 56-58.

6. Сальникова, И.А. Стимуляционная электронейромиография в ранней диагностике туннельной невропатии срединного нерва /И.А. Сальникова, Т.В. Крутова // Функциональная диагностика. – 2011. – №3. – С. 91-92.

7. Санадзе, А.Г. Клиническая электромиография для практикующих неврологов / А.Г. Санадзе, Л.Ф. Касаткина. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 64 с.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МОТОРНО-КИНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОПИСТОРХОЗЕ

Е.В. Копылова¹, А.И.Пальцев²
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России¹,

Новосибирский государственный медицинский университет ²

Описторхоз – паразитарно-аллергическое заболевание с вовлечением в процесс желчевыведительной системы, печени, поджелудочной железы. При хроническом описторхозе развивается холангит, перихолангит, в процесс вовлекается терминальный холедох, дуоденальный сосок, поджелудочная железа. Описторхоз играет этиопатогенетическую роль в возникновении гастритов, пилородуоденита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, в поражении других органов и систем, в связи, с чем нами дано определение этому паразитозу, как системному заболеванию [5,6,7].

Проблема описторхоза, несмотря на достигнутые успехи по ее разрешению, остается актуальной для здравоохранения в связи с постоянным ростом заболеваемости [11]. Только в России насчитывается более двух миллионов человек, пораженных описторхозом. В первую очередь это касается Сибири, где Обь-Иртышский бассейн является самым крупным очагом описторхоза не только в нашей стране, но и во всем мире. Рыба семейства карповых поражена описторхозом в 93 % случаях. Инвазивность взрослого населения Западной Сибири достигает 51-82 %, в отдельных районах свыше 95 % [5,6,7]. В связи с сохранившимися миграционными процессами следует отметить, что уже через год после переезда в очаг описторхоза заражается от 11,5 до 17,5 % людей, через 1,5 года – 42 %, через 5 лет – 46,7 %, в дальнейшем уровень инвазии растет и достигает 73,7 % [12]. Однако было бы неправильно считать описторхоз только региональной патологией Обь-Иртышского бассейна, охватывающего свыше десяти краев и областей России и Республики Казахстан. Заболевания, связанные с указанным гельминтом, распространены в бассейнах Днепра и его притоков, Волго-Камском, Немане, в связи, с чем он диагностируется у жителей Украины, Центральной России, Пермской области, Республики Татарстан [5].

Иными словами, мы имеем дело не только с медико-экологической проблемой, но и с социально-детерминированным заболеванием, имеющим объективные и реальные предпосылки для дальнейшего распространения. В связи с этим помимо эпидемиологического благополучия, и, прежде всего, решения вопроса о предупреждении зараже-

ния людей, исследование клинического течения описторхоза, его патоморфоза, а также совершенствование патогенетической и этиотропной терапии является весьма актуальным [1,2,4,12].

В последние годы в различных областях клинической медицины широкое распространение получил малообременительный, но высокоинформативный ультразвуковой метод исследования (синонимы: эхография, сонография, ультрасонография), диагностическая ценность которого подтверждена работами многих отечественных и зарубежных авторов [3].

В связи с этим целью нашего исследования было определение возможности расширения диагностики хронического описторхоза, с использованием метода лучевой диагностики.

Материал и методы исследования

Нами обследовано 20 больных хроническим описторхозом, в возрасте от 18 до 57 лет, средний возраст составил 37,5 лет. Мужчин и женщин было равное количество по 10 человек. Из числа наблюдаемых пациентов 12 человек были работниками речного транспорта и 8 человек работников предприятий химической промышленности. Контрольная группа представлена студентами академии водного транспорта, не болеющих описторхозом, в возрасте от 18 до 23 лет. В первой группе пациентов первичная инвазия диагностирована у 5 человек (41 %), повторная у 4 человек (33 %), более двух раз у 3 человек (25 %). Во второй группе – работники химического завода были все инвазированы впервые.

Ультразвук представляет собой упругие колебания частиц материальной среды с частотой более 20 кГц, т.е. выше порога, воспринимаемого ухом человека. Современная ультразвуковая аппаратура основана на принципе эхолокации, а все диагностические приборы работают в импульсном режиме. Важно знать, что в режиме излучения датчик прибора работает лишь 0,1 % времени цикла, тогда как в режиме приема – 99,9 %. Подобный ритм работы является одним из факторов, определяющих безопасность ультразвуковых исследований.

Эхография не связана с ионизирующим излучением, что выгодно отличает ее от компьютерной томографии и выводит в разряд безвредных методик (эхография разрешена к применению во время беременности ввиду отсутствия возможного повреждающего воздействия на плод).

Эхография оказывает значительную помощь в диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний печени, желчевыводящих путей, желчного пузыря, поджелудочной железы. Показаниями к ультразвуковому исследованию желчного пузыря служат: подозрение на

нарушение моторно-эвакуаторной функции, типирование вида дискинезии; острый и хронический холецистит (определение функционального состояния пузыря, состояние стенок, размера, формы, наличия аномалий); подозрения на желчекаменную болезнь (выявление камней в желчном пузыре); желтухи различного происхождения (для выяснения генеза желтухи дифференциации механической от паренхиматозной желтухи); панкреатит различной этиологии (Рис.1,2,3,4,5,6). Применение эхографии позволяет в кратчайшие сроки поставить правильный диагноз, определить последующую тактику [3,9,14].

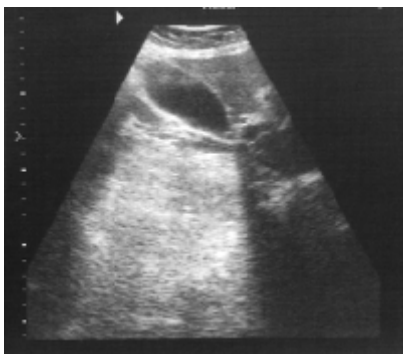


Рис. 1. Эхограмма нормального желчного пузыря.

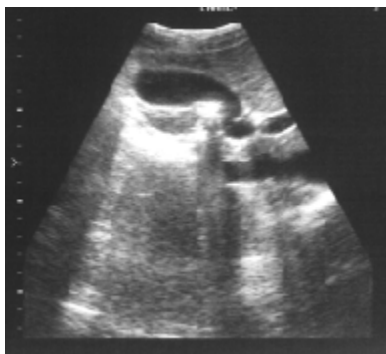


Рис. 2. Эхограмма желчного пузыря с двумя перегибами.



Рис. 3. Эхограмма желчного пузыря с перегибом и перетяжкой.



Рис. 4. Эхограмма деформированного желчного пузыря.

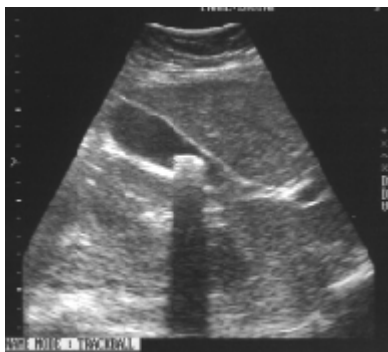
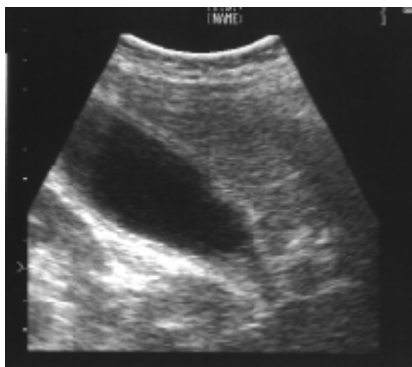


Рис. 5. Эхограмма желчного пузыря при остром холецистите (желчный пузырь увеличен, стенка имеет двойной контур, содержимое неоднородное). *Рис. 6.* Эхограмма желчного пузыря с конкрементом.

На основе успешного применения ультразвукового исследования, вышеперечисленных заболеваний, нами применялся метод диагностики описторхозного поражения печени с помощью ультразвукового сканирования, а так же выявлялись моторно-эвакуаторные нарушения функции желчного пузыря. Ультразвуковое сканирование описторхозного поражения печени, включало определение степени повышения эхогенности стенок внутрипеченочных желчных протоков, панкреатического протока, перипортальной ткани, что сопровождалось дополнительной оценкой состояния регионарных лимфатических узлов. Это давало возможность диагностировать подозрение на описторхозную инвазию.

Так же применялись клинико-биохимические исследования крови: общие анализ крови, мочи, печеночные пробы (уровень билирубина и его фракций); активность аминотрансфераз (АЛТ, АСТ); ГГТФ, щелочная фосфатаза; белковый состав плазмы; определение уровня холестерина (ЛПНП, ЛПВП, коэффициент атерогенности); α -амилаза крови. Кроме, того, проводились фракционное дуоденальное зондирование, фиброгастродуоденоскопия, ИФА исследования крови на наличие антител к *Opisthorchis felinus*, копроскопия по Като, копрограмма. Особое внимание нами уделялось комплексному ультразвуковому исследованию органов брюшной полости.

Результаты исследования и их обсуждение:

Ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря проводилось утром натощак, не ранее чем через 12 ч после приема пищи. В экс-

тренных случаях исследование проводилось без предварительной подготовки. Больным с метеоризмом, сопутствующей патологией кишечника за 1-2 дня до исследования исключались из рациона продукты, усиливающие вздутие живота (черный хлеб, бобовые, квашеная капуста, цельное молоко, виноград и т.д.), назначались ферментные препараты, сорбенты.

Обследование осуществлялось в положении больного на спине с задержкой дыхания в фазе глубокого вдоха, при необходимости на левом боку или в вертикальном положении пациента.

В норме желчный пузырь определялся как четко контурированное, свободное от внутренних структур, эхонегативное образование грушевидной, овоидной или цилиндрической формы, расположенное в правом верхнем квадранте живота. Величина его варьирует в широких пределах – длина колеблется от 6 до 9,5 см, а ширина (поперечник) не превышал 3-3,5 см. Стенка пузыря представляла достаточно однородной тонкой (не более 2 мм.) линией умеренно повышенной эхогенности. Внешние и внутренние контуры пузыря – четкие и ровные. Как показали наши исследования, плотность стенок меняется (повышается) с возрастом. Это объясняется тем, что после 60 лет слизистая оболочка и мышечный слой атрофируются, и в них постепенно развивается соединительная ткань, стенка пузыря склерозирована и уплотняется. Поэтому плотность стенки пузыря мы всегда соотносили с возрастом обследуемого.

Опыт применения эхографии свидетельствует, что она может с успехом использоваться для выявления аномалий развития, диагностики различных заболеваний желчного пузыря. Эхографически легко выявлялись перегородки, перегибы и деформации желчного пузыря. Следует обратить внимание на то, что такие изменения, определялись на эхограммах, и желчный пузырь приобретал различную, порой причудливую форму (например, S-образная форма).

Таким образом, как показали наши исследования ультразвуковая диагностика (УЗД) является одним из основных методов распознавания дискинезий желчного пузыря, острого и хронического холецистита. При гипомоторной дискинезии желчный пузырь может быть как нормальных размеров, так и увеличенным. При отсутствии холецистита стенка его не изменялась. Для оценки функционального состояния, моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря измеряли его объем (V) натошак (в современных приборах этот параметр определяется автоматически) и рассчитывали по формуле, предложенной Е.З. Поляк [8]:

$V=0,52*L*P^2$, где L – длина, P – ширина в самой широкой части.

Затем, после приема яичных желтков, через равные 5-10 минутные интервалы определяли объем оставшейся желчи, и на протяжении 1,5-2 ч, если необходимо было проследить полный цикл опорожнения и расслабления пузыря. Двигательная активность считается нормальной, если объем уменьшается к 45-й минуте на 50-70 %.

В представленной работе, как уже отмечалось, выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря с определением функции у 20 больных с хроническим описторхозом, из них 10 мужчин и 10 женщин в возрасте от 19 до 57 лет. Контрольная группа (КГ), в составе 30 человек, состояла из лиц без симптомов и признаков описторхоза, была обследована в период 2010-2011 гг. Нами получены следующие результаты: у 100 % из обследованных пациентов, имелись признаки хронического холецистита (в виде утолщения стенок и неомогенного содержимого). У 20 % выявлены признаки холангита (утолщение стенок внутрипеченочных желчных протоков без расширения). У 55 %, по-мимо признаков хронического холецистита и холангита выявлена деформация желчного пузыря. При этом только у 45 % имелось наличие диффузных изменений в паренхиме печени (повышение эхогенности перипортальной ткани) и незначительное расширение вирсунгова (панкреатического) протока с утолщением его стенок, а у 35 % выявлены значительные диффузные изменения по типу стеатогепатоза, при этом размеры печени незначительно были увеличены. Результаты исследования моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря, при поражении описторхозом, показали, что в 100 % случаях имело место нарушение его функции.

Таким образом, проведенные исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Ультразвуковое исследование позволяет в высоком проценте случаев заподозрить описторхозное поражение желчного пузыря, внутрипеченочных желчных протоков. При этом отмечалось изменение перипортальной ткани печени, а также лимфатических узлов печени.

2. Ультразвуковое исследование позволяет подтвердить и оценить описторхозное поражение гепатобилиарной системы, анатомо-функциональные изменения желчного пузыря, внутрипеченочных желчных протоков, перипортальной ткани печени, а также лимфатических узлов печени.

3. Ультразвуковое исследование позволяет диагностировать нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря при описторхозном поражении, следовательно, проводить дифференцированно патогенетическую обоснованную терапию.

Литература:

1. Белобородова Э.И., Калюжина М.И., Солдатова Л.П. Клинико-функциональное состояние тонкой кишки у больных хроническим описторхозом // Тер. Арх. – 1989. – №2. – С. 64-66.
2. Белобородова Э.И. Желчеобразование и желчевыделение при инсулинозависимом сахарном диабете в сочетании с хроническим описторхозом. Томск: Изд-во НТЛ, 2003. – 124 с.
3. Бурков С.Г. Изменения желчевыделительной системы /по данным эхографии/ у пациентов пожилого и старческого возраста // Рус. мед. журнал. – 1996. – Том. 4. – №7.– С. 418-20.
4. Озерецковская Н.Н. Гельминтозы с преимущественным поражением органов пищеварения // Диагностика и лечение внутренних болезней. – М.: Медицина, 1992. Том 3. – С. 350-364 с.
5. Пальцев А.И. Диагностика и патогенетическое значение дискинезий желчных путей при хроническом описторхозе // Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Матер. науч.-практ. конф. Томск. –1993. – 144 с.
6. Пальцев А.И. Заболевание органов пищеварения при хроническом описторхозе: (Клиника, диагностика, лечение) /А.И. Пальцев. Новосибирск, 1996. – 173 с.
7. Пальцев А.И. Клиника, диагностика и лечение хронического описторхоза // Клиническая медицина. 2003. – №4. – С. 49-53.
8. Поляк Е.З. Двигательная функция желчного пузыря у здоровых людей и при некоторых заболеваниях желудка: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. Харьков 1962; – 18 с.
9. Поляк Е.З. //Рентгенологические показатели основных функций желчного пузыря в норме и при холецистите. // Автореф. дисс. Киев. – 1968. 38. 967. №1. – С. 5-8.
10. Сергиев В.П. Значение паразитарных болезней в патологии человека //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 1991. – №5. – С. 3-9.
11. Филатов В.Г. Мефодьев В.В., Лепехин А.В., и др. Эпидемиология, клиника и профилактика описторхоза. / – Томск, 1992. – 230 с.
12. Яблоков Д.Д. Особенности клиники и терапии некоторых внутренних болезней, протекающих на фоне описторхоза // Тер. арх. – 1981.– №3.– С.52-57.
13. Ярошкина Т.Н. Ультразвуковая диагностика в кн. Хирургия печени и желчных протоков под ред. Альперовича, Томск, СГМУ, 1997, – С. 151-189.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК ДО И ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ОБЛАСТИ ТАЗОВОГО ДНА

О.А. Якубенко, А.П. Дергилев, Г.А. Бойко
Отделение лучевой диагностики ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России,
Новосибирск

Актуальность исследования. Пропалсы и выпадения тазовых органов – патология, достигающая 35-55 % среди женской популяции. Опущение тазовой диафрагмы, являющееся основной причиной данных проблем у женщин, более чем в 40 % случаев сочетается с дисфункцией тазовых органов (ТО). Пациенток беспокоят затруднения и боли при дефекации, анальная и мочевая инконтиненция и другие сопутствующие проблемы, оказывающие выраженное отрицательное влияние на качество жизни [3, 4, 6, 7, 9].

Известно более 500 методов консервативного и хирургического лечения патологии тазового дна (ТД) [1, 3, 4, 6, 7, 9, 12]. Многими научными исследованиями доказано, что хирургическая коррекция несостоятельности ТД уже на ранних этапах развития структурных изменений промежности, является наиболее рациональным способом борьбы с прогрессирующим пролапсом тазовых органов (ТО) [3, 6, 7]. Однако, осложнения после оперативного лечения дисфункции ТД составляют от 5 до 30 %. После проведения дорогостоящих операции с использованием синтетических материалов возможна деформация сетчатого имплантата, даже при точном соблюдении хирургами технологии лечения [3, 9]. От 3 до 30 % операций на ТД выполняются по поводу рецидива болезни после хирургической коррекции [3, 4, 6, 7]. Поэтому, важным является совершенствование методов лучевой диагностики дисфункции ТД, позволяющих наиболее точно визуализировать анатомо-функциональные изменения в каждом конкретном случае патологии и объективно оценивать результаты лечения [1, 2, 3, 5, 10, 11, 14, 15]. В стационаре ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (далее, центре) с 2004 года выполняются реконструктивно-восстановительные вмешательства на толстой кишке и промежности, органах мочевыделительной и репродуктивной системы по программам высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). С 2008 года в центре, для уточнения характера функциональных и морфологических изменений у пациенток с патологией ТД, применяется метод динамической чрезпромежностной ультрасонографии. Метод впервые был предложен Beer–Gabel M. и соавторами в 2002 году [11]. В 2009 году метод был модифицирован авторами и по-

лучил название «Комплексное ультразвуковое исследование тазового дна у женщин». Разработан протокол исследования. Метод применяется на первичном этапе диагностики для уточнения стадий пролапсов прямой кишки (ПК), мочевого пузыря (МП), другой сопутствующей патологии малого таза (МТ). Кроме того, проведение ультразвукового исследования (УЗИ) ТД информативно после проведенной хирургической коррекции данной патологии: для диагностики послеоперационных осложнений и оценки восстановления нормальной функциональной анатомии промежности. Всего с 2008 по 2011 в отделении УЗД Центра проведено 793 ультразвуковых исследований ТД у женщин.

Цель исследования: изучить метод ультразвуковой диагностики патологии ТД и провести анализ его эффективности в сравнении с другими видами лучевой диагностики.

Задачи исследования: 1. Изучить ультразвуковую семиотику выявляемой патологии при УЗИ ТД; 2. Провести анализ информативности УЗИ ТД в сравнении с другими видами лучевой диагностики; 3. Изучить возможности УЗИ ТД у обследуемых после реконструктивно-восстановительных операций в области прямой кишки и промежности.

Материалы и методы исследования. Клинический материал: 151 пациентка с дисфункцией ТД (пациентки стационара центра 2008-2012 года). Возраст женщин: 32-76 лет (средний возраст – 54 года). Всем женщинам основной группы выполнено УЗИ ТД. Кроме того, для уточнения параметров нормы, проведено УЗИ ТД 41 женщине без клинических признаков данной патологии. Возраст женщин контрольной группы – от 23 до 75 лет (средний возраст – 49 лет). Дополнительно, пациенткам основной группы были выполнены следующие исследования: в 128 случаях (84,7 %) – модифицированная ирригоскопия по методу Зароднюк [2]; в 40 случаях (26,5 %) – уретроцистография [8]; в 43 случаях (28,5 %) – МСКТ МТ с ретроградным контрастированием МП. Основные особенности ультразвукового исследования (УЗИ) ТД у женщин: оценка анатомо-функционального состояния ПК, МП и мягких тканей ТД; использование контрастирования ампулы ПК ультразвуковым гелем; сканирование конвексным, высокочастотным линейным, эндокавитальным (с возможностью 3D-реконструкции) датчиками; применение надлонного, чрезпромежностного и трансвагинального доступов; адаптация метода с международной клинической шкалой опущения и пролапсов тазовых органов POP-Q (1996 г.) [13]. В качестве основного анатомического ориентира используется линия, проходящая через среднюю треть лона, как наиболее соответствующая плоскости вульварного кольца, являющимся основным ориентиром шкалы POP-Q (рис. 1). Проводятся измерения: положения аноректального и уретровезикального сегментов; величины шеечно-маточного и анорек-

тального углов, угла инклинации уретры; величины ректоцеле и цистоцеле. Данные цифровые значения оцениваются в покое и при выполнении пациентками проб с натуживанием и втягиванием мышц промежности. Дополнительно оцениваются: ректовагинальное пространство (РВП); сфинктеры анального канала и уретры, мягкие ткани ТД.

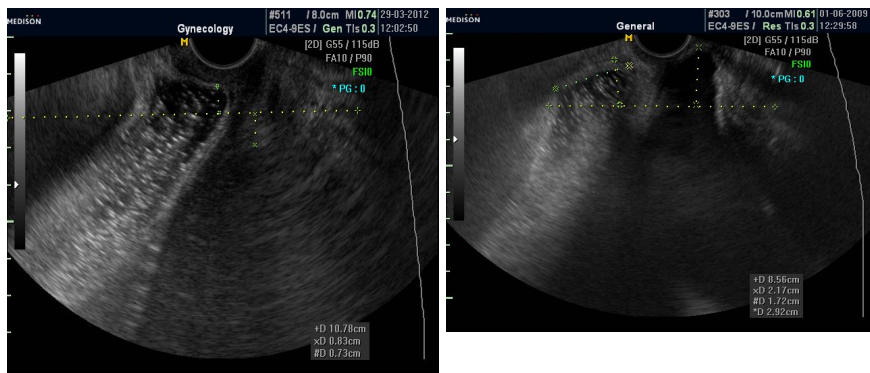


Рис. 1. Чрезпромежностный доступ, эндокавитальный датчик; анатомический ориентир – плоскость вульварного кольца; определение степени пролапса по классификации POP–Q: **а.** Передний и задний пролапс 2 степени; по шкале POP–Q; **б.** Передний и задний пролапс 3 степени по шкале POP–Q.

Результаты исследования. При проведении УЗИ ТД в основной группе выявлены эхопризнаки ректоптоза в 100 % случаев. Динамический ректоптоз выявлен в 35 случаях (23,2 %), статический – в 116 случаях (76,8 %). В 17 (11,3 %) случаях выявлено состояние мышц промежности в стадии декомпенсации. Эхопризнаки опущения и выпадения матки (или культы матки) выявлены у 140 женщин (92,7 %). Все 22 случая полного выпадения матки (или ее культы) и 1 случай неполного выпадения матки сочетались с избыточным объемом остаточной мочи. Эхопризнаки переднего ректоцеле определялись в 146 случаях (96,7 %), сочетание переднего и заднего ректоцеле – в 8 случаях (5,5 %). Ректоцеле 1 степени выявлено в 43 случаях (29,5 %), ректоцеле 2 степени – в 53 случаях (36,3 %); ректоцеле 3 степени – в 50 случаях (34,2 %). Степени ректоцеле оценивались в соответствии с рекомендациями ТНЦ колопроктологии (2006). Эхопризнаки внутренней инвагинации, полного или неполного выпадения слизистой прямой кишки выявлены в 48 случаях (31,8 %); энтероцеле – в 10 случаях (6,6 %) анальной инконтиненции – в 11 случаях (7,3 %). Все случаи декомпенсированного состояния мышц ТД и анальной инконтиненции сочетались с передним ректоцеле

3 степени. Кроме того, в 90 % случаев при наличии ректоцеле 3 степени, было выявлено истончение РВП от 4,5 до 8,5 мм, при норме – $10 \pm 0,2$ мм (рис. 2). Эти данные позволяют предположить выраженную атрофию мышц ТД при ректоцеле 3 степени, что необходимо учитывать при выборе способа оперативной коррекции данной патологии [1; 3].

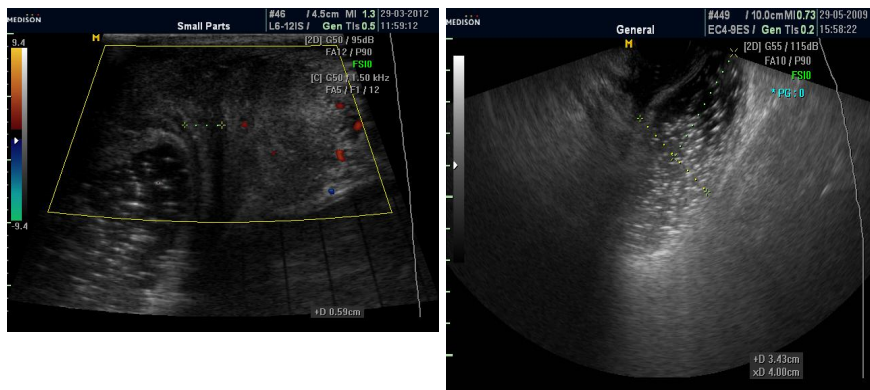


Рис. 2. Эхокартина ректоцеле 3 степени: а. Эхолокация в покое, линейный датчик; определяется истончение РВП; б. Эхолокация при пробе с натуживанием, эндокavitальный датчик; глубина переднего ректоцеле 40 мм.

У 149 пациенток (98,7 %) выявлены эхопризнаки стрессового недержания мочи (СНМ) 1-3 степени. Эхопризнаки СНМ оценивались в соответствии с международной клинко-рентгенологической классификацией недержания мочи при напряжении (1988). Гипермобильность уретровезикального сегмента выявлена в 4 случаях (2,6 %); цистоцеле – в 145 случаях (96 %); сфинктерная недостаточность уретры – в 1 случае (0,7 %) (рис. 3). У 2 пациенток (1,3 %) с 4 степенью цистоцеле определялось наличие конкрементов МП.

Проведен сравнительный анализ метода ультразвуковой диагностики патологии тазового дна с другими видами лучевой диагностики: модифицированной ирригоскопией, уретроцистографией и МСКТ малого таза с ретроградным контрастированием МП. Чувствительность метода в диагностике ректоптоза составила 99,2 %, переднего ректоцеле – 97,6 %. Вид ректоптоза (динамический или статический) совпал с данными ирригоскопии в 93,7 % случаев. Степень ректоцеле была идентична с рентгенологическими данными в 93,6 %. Чувствительность метода в диагностике энтероцеле составила 75 %, в диагностике цистоцеле – 98,8 %. После проведенного обследования 143 женщинам

(94,7 %) рекомендована хирургическая коррекция дисфункции ТД. Выполнены операции в 93 случаях (60,3 %). Из них, операции с использованием синтетических материалов по программам ВМП – в 74 случаях (49 %), что составило 79,6 % видов оперативного лечения данной группы больных.

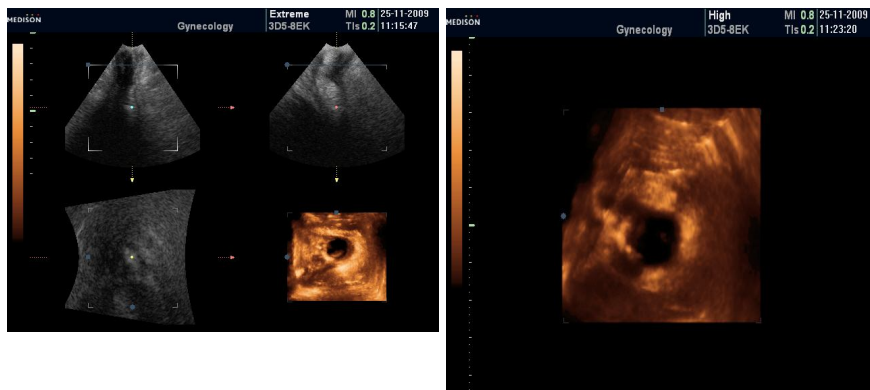


Рис. 3. Использование режима 3D реконструкции для дифференциального диагноза между типами стрессового недержания мочи 2Б и 3: **а.** Воронкообразная форма уретры с сохранением четкого контура сфинктера при СНМ 2Б; **б.** Выраженная дилатация в покое, «фестончатая деформация» сфинктера уретры при СНМ 3 типа.

66 пациенткам (43,7 %) выполнено УЗИ ТД после хирургической коррекции, что составило 71 % от всех прооперированных больных. У этих женщин, в 53 случаях (80 %) выполнены пластические операции по коррекции дисфункции ТД с использованием синтетических полипропиленовых сетчатых протезов (СПСП) или слинговые операции TVT. В 36 случаях (67,9 %) операции по программам ВМП проведены в сочетании с другими способами хирургической коррекции (слизисто-подслизистая резекция ПК по методу Лонго; сфинктеропластика; ампутация или экстирпация матки и др.). В 34 случаях (51,5 %) УЗИ ТД выполнено при клиническом подозрении на осложнения или рецидивы после хирургической коррекции, в 32 случаях (48,5 %) – у женщин с клиническим улучшением. Синтетический материал лоцировался при УЗИ в 100 % случаев. Сроки выполнения УЗИ тазового дна составили: менее 1 месяца после оперативного лечения – 10 женщин (15,2 %), от 1 месяцев до 1 года – 24 женщины (36,3 %); от 1 года до 3 лет – 32 женщины (48,5 %). 34 женщинам выполнено УЗИ при подозрении на осложнения или рецидивы после хирургической коррекции патологии (табл. 1).

Таблица 1

Клинические и ультразвуковые особенности неблагоприятного течения раннего и позднего послеоперационных периодов после коррекции дисфункции тазового дна

Сроки выполнения УЗИ тазового дна	Количество пациентов	Клинические данные послеоперационного периода	Ультразвуковая картина послеоперационного периода	Клиническая тактика и исход
От трех дней до одного месяца после оперативного лечения.	3	Болевой синдром, локальная местная реакция; клиника асептической реакции на СПСП. Болевой синдром в области малого таза (МТ), гипертермия. Болевой синдром, локальная местная реакция, гипертермия: клиническая картина посттравматического кровоизлияния в мягкие ткани промежности. Клиническая картина обтурационного мочеиспускания.	Эхопризнаки инфильтрата (26-72 куб. см) в проекции СПСП; (рис. 4а). Свободная жидкости в МТ (17 и 30 куб. см). Эхопризнаки гематомы в проекции синтетического материала (2,7 и 25 куб. см); (рис. 4б). Эхолокация избыточного объема остаточной мочи (20-30 %).	Проведено консервативное лечение; клиническое течение и эходинамика положительные. В 1 случае, гематома и СПСП удалены хирургически; во 2-м, клиника и эхокартина улучшения. Проведено консервативное лечение; остаточной мочи нет.
	2			
	2			
От одного месяца до одного года после оперативного лечения.	3	Послеоперационная деформация сетчатого импланта с обтурационным: эрозия стенки влагалища или шейки МП – 3; свища – 3. Клиника анальной инконтиненции 2	Эхокартина дислокации фрагментов СПСП в области слизистой влагалища или шейки МП – 3; деформация СПСП с обра-	Хирургическое иссечение эрозии с частью СПСП – 6, из них с ушиванием
	6			
	2			

От полу-года до трех лет после опера-тивного лечения.	1	степени.	зованием свища – 3.	свища – 3.
	4	Деформация слин-говой петли TVT с клинкой obturаци-онного мочеиспус-кания. Синдром хрониче-ской тазовой боли.	Эхокартина руб-цовой деформа-ции анального канала. Эхолокация из-быточного объ-ема остаточной мочи – 40 %.	Сфинктеро-пластика; функции сфинктера восстанов-лены. Хирургичес-кая калиб-ровка урет-ры; остаточ-ной мочи нет.
	11	Клиника частичных или полных рециди-вов пролапсов ТО с нарушением их функций.	Эхоскопически, анатомической и функциональной патологии не выявлено.	Улучшение после кон-серватив-ного лече-ния.
	Итого: 34		Эхокартина де-формации сетча-тых имплантов, пролапсов орга-нов различной степени.	В 3 случаях рецидивы пролапсов ликвидиро-ваны хирур-гически.

В 10 случаях, после клинко-инструментальной диагностики, проведено хирургическое лечение осложнений послеоперационного периода; из них, в 4 случаях повторное оперативное вмешательство привело к рецидиву пролапса, т.к. при хирургической коррекции послеоперационного осложнения было произведено полное или частичное удаление синтетического материала. В 17 случаях, после клинко-инструментальной диагностики и лечения, положительный эффект хирургической коррекции тазового дна сохранен. В 11 случаях клиническая картина рецидива пролапса ТО подтверждена УЗИ ТД. В 8 случаях после повторного оперативного лечения не только ликвидированы осложнения или рецидивы пролапсов, но и восстановлены функции ТО. Объективное подтверждение положительного эффекта хирургического лечения получено при выполнении УЗИ ТД.

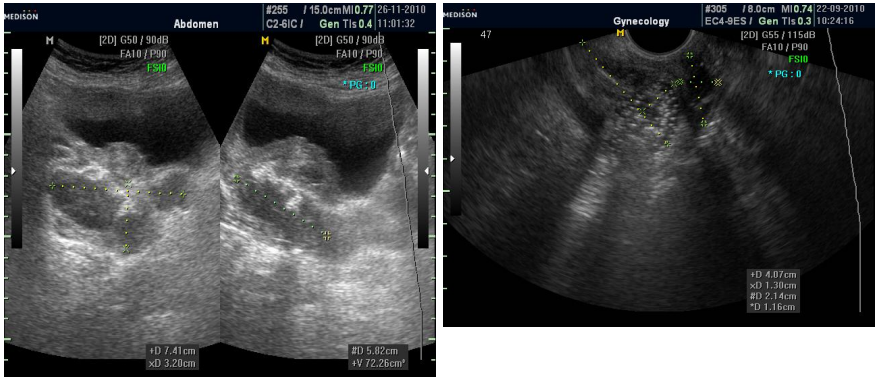


Рис. 4. Эхокартина осложнений раннего послеоперационного периода после коррекции ТД с использованием синтетических материалов: **а.** Надлонный доступ; инфильтрат в зоне сетчатого имплантата ($V=72$ куб. см); **б.** Чрезпромежностный доступ; гематома ($V=2,7$ куб. см) между сетчатым материалом и задней стенкой ПК.

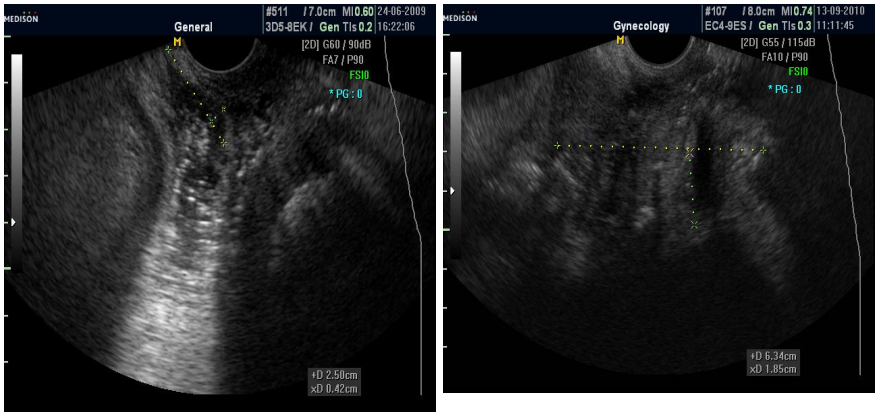


Рис. 5. Эхокартина улучшения после реконструкции ТД с использованием синтетических материалов (total prolift, операция Лонго); в мягких тканях ТД лоцируются гиперэхогенные фрагменты сетчатых материалов. **а.** Чрезпромежностный доступ. При выполнении пациенткой пробы с натуживанием определяется незначительный ректоптоз, ректоцеле не определяется. **б.** Трансвагинальный доступ. При выполнении пациенткой пробы с натуживанием уретровезикальный сегмент – выше лона, цистоцеле не определяется.

Кроме того, для уточнения параметров нормы после коррекции пролапсов ТО, выполнено УЗИ ТД 32 женщинам с клиническими признаками благоприятного течения позднего послеоперационного периода. Положительной динамикой ультразвукового исследования считалось отсутствие или уменьшение степени пролапса в зоне хирургической коррекции. Из 32 пациенток с клиническим улучшением: 2 пациентки (6,5 %) предъявляли жалобы на незначительную стрессовую инконтиненцию, что соответствовало СНМ 1 типа. Из них, 1 пациентка (3,1 %) также отмечала умеренные нарушения констипации (запоры), с которыми справлялась регулированием пищевого режима без клизм и ручного пособия при акте дефекации. 30 пациенток (93,5 %) не предъявляли жалоб на дисфункции тазовых органов. При проведении УЗИ тазового дна определялось уменьшение степени пролапса в зоне коррекции в 17 случаях (53,1 %). Не определялся пролапс в зоне хирургической коррекции – в 15 случаях (46,9 %), в 1 случае (3,1 %) определялся небольшой избыточный объем остаточной мочи (менее 20 %) без клинических проявлений. Нормальная эхокартина послеоперационного периода после хирургической коррекции тазовых органов представлена на рисунке 5.

Выводы. Изученный нами метод ультразвуковой диагностики патологии тазового дна: обладает высокой чувствительностью в диагностике ректоптоза, ректоцеле, цистоцеле и энтероцеле; позволяет выявлять другие аноректальные и уретровезикальные нарушения, оценивать ультразвуковую анатомию мышц промежности. Метод адаптирован к международной шкалой опущения и пролапсов тазовых органов POP-Q. Проведение УЗИ тазового дна информативно и дает объективную информацию после проведенной хирургической коррекции данной патологии: в диагностике послеоперационных осложнений и оценке восстановления функциональной анатомии малого таза. Преимуществами метода являются: возможность комплексной оценки органов и тканей тазового дна; доступность, безопасность, безболезненность для пациента; отсутствие лучевой нагрузки на пациента и персонал; экономическая эффективность, в сравнении с другими методами лучевой диагностики. Метод «Комплексное ультразвуковое исследование тазового дна у женщин» необходимо использовать в качестве первичного на этапе инструментального обследования пациенток с дисфункцией тазовых органов.

Список литературы.

1. Богатырева Е.В. Особенности диагностики и результаты хирургического лечения ректоцеле при пролапсе тазовых органов у женщин. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук (14.01.01 – акушерство и гинекология). Санкт-Петербург – 2010.

2. Зароднюк И.В. Рентгенологическая оценка анатомо-функционального состояния прямой кишки и тазового дна у больных с нарушениями дефекации. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. 2006, Вестник РНЦРР МЗ РФ №6, – С. 9-13, С. 19-23.

3. Куликовский В.Ф., Олейник Н.В.. Тазовый пролапс у женщин: руководство для врачей – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – С. 87-96, 120-122.

4. Основы колопроктологии// Под редакцией Г.И. Воробьева\\ Медицинское информационное агенство. 2006, – С. 193-208.

5. Руководство по лучевой диагностике в гинекологии.\\ Под редакцией Труфанова Г.Е., Панова В.О.// ЭЛБИ – СПб, 2008. – С. 562-586.

6. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. В. Е. Радзинский, Ю.М. Дурандин, Ч.Г. Гагаев и др. – М.: Медицинское информационное агенство, 2006. – С. 68-70, 93-102.

7. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных форм недержания мочи у женщин//Акушерство и гинекология – 2000. – №1. С. 3-7.

8. Пытель А.Я., Пытель Ю.А. Рентгенодиагностика урологических заболеваний. Издательство «Медицина». Москва – 1966, С. 121-127.

9. Урологическая гинекология. Практическое руководство для врачей. Под редакцией профессора Цвелёва Ю.В., профессора Петрова С.Б., д.м.н. Беженаль В.Ф.: СПб, «Фолиант», 2006. – С. 91-232.

10. Barnet M., Portier F., Heyries L., Orsoni P., Bouvier M., Houtin D., Barriere N., Salducci J., Grimaud J.C. Dynamic anal endosonography may hallenge defectography for assessing dynamic anorectal discorders: results of aprospective pilot study. Endoscopy, 2007; 32: 300-305.

11. Beer-Gabel M., Teshler M., Barzilai , Lurie Y., Malnick S., Bass D., Zbar A. Dynamic Transperineal Ultrasound in the Diagnosis of Pelvic Floor Disorders// Dis Color Rectum. 2002. V.45: P. 239-248.

12. Boccasanta P., Venturi M., Calabro G. et al. Which surgiral approach for rectocele? A multicentric report from italian coloproctologists\\ Dis. Coloproctol. 2001.V 5. N 3. P. 149-156.

13. Bump R. C., Mattiasson A., Bo K. et al. The standardization of terminology of female pelvis organ prolaps and pelvis floor disfunction\\ Am.J. Obstet Gynecol/ – 1996. – Vol. 175. – P.10-1.

14. Hans Peter Dietz, Lennox P. J. Hoyte, Anneke B. Steensma. Atlas of Pelvic Floor Ultrasound. Springer-Verlag London Limited. 2008. P. 63-71.

15. Healy JC, Halligan S, Reznick RH, Watson S, Phillips RK, Armstrong P. Paterns of prolapse in women and symptoms of pelvic floor weakness: assessment of MR imaging. Radiology 1997; 203: P. 77-81.

3. КЛИНИКА

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ РЕИНФУЗИИ АУТОКРОВИ

А.С. Базлов, М.Н. Малеев, А.П. Мищенко, О.В. Моргаева,
Е.В. Смирнова, А.М. Трепольская, О.И. Чепурнов
Отделение анестезиологии и реанимации ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России,
Новосибирск

В настоящее время реинфузия аутокрови – алгоритмизированная высокотехнологичная операция, широко применяемая во всем мире при оперативных вмешательствах с кровопотерей 30 % ОЦК и выше. В стационаре ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России г. Новосибирска реинфузия аутокрови осуществляется на оборудовании фирмы Haemonetics (США) – аппаратах Cell Saver 5+ и Orthorat. Последний используется преимущественно для планомерного возврата собственных эритроцитов пациента в раннем послеоперационном периоде при значительном количестве серозно-геморрагического отделяемого из дренажей, особенно у пациентов с редкими группами крови. В условиях операционной для быстрого сбора аутокрови и возврата пациенту собственных отмытых эритроцитов используется аппарат Cell Saver 5+, позволяющий в течение 5 минут полностью обработать 600 мл аутокрови. Основным недостатком аппарата (как и всей аналогичной техники) является потеря плазмы пациента, но даже возврат собственных эритроцитов и, таким образом, минимизация аллотрансфузий, оказывает выраженный положительный эффект на течение послеоперационного периода.

Для изучения были взяты 2 группы пациентов, прооперированных в 2009-2010 годах в стационаре ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России г. Новосибирска, из них 30 человек подвергались только аллотрансфузиологическим операциям, а у 30 пациентов проводилась интраоперационная реинфузия аутокрови на аппарате Cell Saver 5+. В обеих группах выполнялись операции с кровопотерей 30 % ОЦК и более (резекция печени, радикальная простатэктомия, расширенная осложненная гистэктомиа и нефрэктомия). Рассчитывался исходный ОЦК по стандартной формуле: 10 мл/кг для мужчин и 7 мл/кг для женщин. Возраст пациентов в обеих группах составлял от 30 до 70 лет (в среднем 50 лет). Сбор аутокрови из операционного поля осуществлялся аспирацией в сборный резервуар аппарата Cell Saver 5+. Объем возвращенных эритроцитов в исследуемой группе составлял от 600 мл до 2800 мл. При этом дополнительная трансфузия донорской эритроцитной массы в интраоперационном периоде потребовалась только в 1 случае (гемигепатэкто-

мия, кровопотеря более 2 ОЦК и значительный гемолиз аутокрови). У пациентов контрольной группы, получавших только традиционное восполнение ОЦК без реинфузии, объем интраоперационной гемотрансфузии составил в среднем 725 мл донорской эритромаcсы. В обеих группах проводилась профилактика острой коагулопатии трансфузией однокрупной свежемороженой плазмы в дозировке 20-25 мл/кг, осложнений не наблюдалось.

Интраоперационно на момент окончательного гемостаза у пациентов, получивших аутореинфузию, был выявлен ряд положительных эффектов, представленных в таблице 1.

Таблица 1

**Положительные интраоперационные эффекты
реинфузии аутокрови**

Исследуемые показатели	Получившие реинфузию	Контрольная группа
Инотропная поддержка		
1. Количество случаев	8 (24 %)	25 (75 %)
2. Доза дофамина усредненная	3мкг\кг\ч	7,2мкг/кг/ч
Клинико-лабораторные признаки коагулопатии (количество случаев)	1 (3 %)	12 (36 %)
Уровень постгеморрагической анемии усредненный	Ег 3,2 *10 ¹² /л Hb 96 г\л	Ег 2,1*10 ¹² /л Hb 71 г/л
Общая интраоперационная волевическая поддержка	7850 мл	9870 мл
Аллогемотрансфузия		
1. Количество случаев	5 (15 %)	30 (100 %)
2. Усредненная доза	185 мл	765 мл

Из приведенных данных можно сделать вывод, что возвращенная аутокровь за счет отсутствия эффекта депонирования, характерного для аллокрови, способствует снижению общей волевической нагрузки и тем самым оптимизирует состояние макро- и микроциркуляции, предотвращая срабатывания пусковых механизмов по выработке медиаторов стресса и шока. Отсутствием избытка кининов определяются и остальные перечисленные положительные эффекты реинфузии аутокрови.

Дальнейшие позитивные последствия аутореинфузии отчетливо проявляются в раннем послеоперационном периоде и представлены в таблице 2.

**Положительные эффекты реинфузии аутокрови в раннем
послеоперационном периоде**

Исследуемые показатели	Получившие реинфузию	Контрольная группа
Среднее количество донорской эритромаcсы, перелитой в первые 72 часа после операции	210 мл	1380 мл
Необходимость в экстракорпоральных методах детоксикации	2 (6 %)	18 (54 %)
1. Плазмаферез	2	14
2. Ультрафильтрация и гемодиализ	0	10
Количество случаев	2 (6 %)	9 (27 %)
1. Гепаторенального синдрома		
2. Полиорганной недостаточности	0	4 (12 %)
3. Респираторного дистресс-синдрома	0	5 (15 %)
Среднее время нахождения на искусственной вентиляции легких	7,5 часов	76,2 часа
Средний койко-день в отделении реанимации	2,7	6,4

Таким образом, при сравнительном исследовании послеоперационного периода у пациентов, получивших реинфузию аутокрови. и пациентов, получивших только аллогенные кровепрепараты, особенно отчетливо видны и клинический, и экономический эффекты интраоперационного возврата собственных эритроцитов. В силу отсутствия депонирования аутокрови и отсутствия на нее иммунного ответа уровень медиаторов стресса и шока сводится к минимуму, вследствие чего системный ответ на острую кровопотерю протекает без избыточных реакций, запускающих механизмы развития полиорганной недостаточности. Кроме того, аутокровь не активизирует ретикуло-эндотелиальную систему и, соответственно, не осаждается в интерстициальной ткани легких, предотвращая развитие респираторного дистресс-синдрома.

Помимо чисто клинических, благоприятных для пациента и врача, эффектов, отчетливо заметен экономический эффект реинфузии аутокрови, особенно при анализе послеоперационного периода. Сокращение дорогостоящего реанимационного койко-дня, минимизация экстракорпоральных методов детоксикации, снижение общей медикаментозной нагрузки, в том числе в отношении препаратов донорской крови, уменьшение времени нахождения пациента на искусственной вентиляции

ции легких – все это является реальным снижением затрат на лечение конкретного пациента после сложного и тяжелого хирургического вмешательства с массивной кровопотерей. Несмотря на лабильность цен на медикаменты и расходные материалы, сравнение стоимости одного комплекта расходных материалов для Cell Saver 5+ и стоимости одного реанимационного койко-дня с искусственной вентиляцией легких, постоянно-заместительной почечной терапией, инотропной поддержкой и аллогенным трансфузионным обеспечением выявляет, что пациент, получивший реинфузию аутокрови, обходится стационару приблизительно в 6-7 раз дешевле, нежели пациент, получивший традиционную трансфузионную программу.

ВАРИКОЗ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ВЕН КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ КОМПРЕССИОННОГО КОРЕШКОВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОВЗНОЧНИКА

Е.В. Жарикова, Д.А. Долженко, Н.В. Назаренко, А.Г. Ремнев
Филиал №1 Алтайская больница ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России
КГБУЗ "Краевая клиническая больница», отделение нейрохирургии
КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»
Санаторий «Барнаульский», Барнаул

Актуальность. В настоящее время среди заболеваний периферической нервной системы распространенность остеохондроза составляет 77-81 % [5]. Постепенно увеличивается количество оперированных больных по поводу грыж межпозвонковых дисков. Показания к хирургическому лечению в этом случае делятся на относительные и абсолютные. Абсолютным является развитие каудального синдрома, наличие секвестрированной грыжи межпозвонкового диска, выраженный корешковый болевой синдром, не уменьшающийся, несмотря на проводимое лечение. К относительным показаниям относят неэффективность консервативного лечения длительностью до 3-4 месяцев, частые повторные обострения. Существуют ряд подходов и объемов оперативного вмешательства при компрессионных синдромах, обусловленных грыжей межпозвонкового диска. Традиционным «золотым» стандартом является дискэктомия (ляминэктомия). У большинства больных ликвидация компрессии корешка спинномозгового нерва приводит к хорошим клиническим результатам, однако, у 15-50 % больных, несмотря на проведенное вмешательство, болевой синдром сохраняется, что рассматривается как «синдром неудачно оперированного позвоночника»

[1, 7]. Среди причин выделяют следующие: выбор неоптимального способа первичного хирургического вмешательства и неоправданная хирургическая активность, основанная на данных КТ и МРТ без клинических показаний, обширность операции и травматизации мягких тканей, развитие эпидурального спаечного процесса, нестабильность позвоночного двигательного сегмента, рецидив грыж [2].

В дополнение к этому необходимо рассматривать вопрос о сосудистой (венозной) патологии, которая может являться самостоятельной причиной, как компрессии, так и «синдрома неудачно оперированного позвоночника – Failure Back Surgery Syndrome – FBSS». Под распространенным варикозом эпидуральных вен понимается расширение эпидурального венозного сплетения на большом протяжении, обычно поясничного отдела позвоночника, с образованием обширных лакун в эпидуральном пространстве [6, 11]. При сегментарном или распространенном варикозе эпидуральных вен происходит патологическое дренирование венозной крови из системы полых вен по перивертебральным венозным сплетениям, в отличие от наблюдаемого в норме оттока крови из перивертебральных сплетений в систему полых вен [8, 9, 10]. Приводятся сведения о возникновении распространенного варикоза поясничных эпидуральных вен, обусловленного повышением внутрибрюшного давления (тучность, беременность) или гипертензией неясного генеза в системе полых вен. Харенко В.Н., 2007 отмечает, что нарушения венозного кровообращения при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника возникают не только вследствие сдавления грыжей диска сосудов эпидурального пространства и межпозвоноковых вен, но и рефлекторно, что способствует возникновению, развитию и усилению корешкового синдрома.

Цель исследования: Улучшить результаты диагностики и лечения больных с корешковым синдромом при грыжах поясничного отдела позвоночника с учетом изменений гемодинамики венозного бассейна и последующей разработкой реабилитационной программы, включающей препараты, улучшающие венозный тонус.

Материал и методы. Материалом клинического исследования послужил анализ эффективности проведенного лечения 207 (54,2 %) человек, у которых отмечалось сочетание грыж поясничного отдела позвоночника с варикозно расширенными венами эпидурального сплетения. Всем больных были выполнены операции на пояснично-двигательном сегменте при давности оперативного вмешательства от 9 месяцев до 19 лет. Мужчин и женщин было практически одинаковое

количество (49,3 % и 50,7 %), Возраст больных варьировал от 21 до 75 лет и в среднем составил $43,6 \pm 0,7$ года (табл. 1).

Таблица 1

Возраст больных (n=207)

Возраст	Абс. число	Доля (95 % ДИ)
21-30 лет	12	5,8 % (3,0-9,9)
31-40 лет	79	38,2 % (31,5-45,1)
41-50 лет	58	28 % (22,0-34,7)
51-60 лет	47	22,7 % (17,2-29,0)
Старше 61 года	11	5,3 % (2,7-9,3)

ДИ – доверительный интервал

Показаниями для госпитализации на оперативное лечение явились: стойкий выраженный корешковый синдром при неэффективности консервативной терапии у 80 (38,7%) больных, корешковый синдром с двигательными нарушениями у 117 (56,5%). Показанием к экстренной нейрохирургической помощи у 10 (4,8%) больных был каудомедулярный синдром. Всем пациентам были выполнены нейровизуализационные исследования – МРТ (или МСКТ) поясничного отдела позвоночника. Рентгенография поясничного отдела позвоночника проведена 102 (49,3%) пациентам. У 145 (20,1%) больных по данным дополнительных методов обследования были определены размеры грыж межпозвоночных дисков. Результаты представлены в табл. 2.

Кроме того, для дополнительной диагностики на базе санатория “Барнаульский” был разработан новый способ диагностики нарушений венозной гемодинамики на уровне переднего внутреннего позвоночного сплетения пояснично-двигательного сегмента у больных с грыжами межпозвоночных дисков (МПД). Для этого использовали ультразвуковой сканер Aloka SSD – 4000 ProSound PHD с секторным датчиком 2,5 – 6,0 МГц. При УЗИ пояснично-крестцового отдела позвоночника были получены следующие результаты. В 13,5% случаев пульпозное ядро и фиброзное кольцо МПД на уровне LIV–LV или LV–SI были акустически практически непрозрачны для визуализации межпозвоночных поверхностей, позвоночного канала и корешковых рукавов. У остальных больных (86,5%) были зарегистрированы признаки патологических из-

менений на уровне пульпозного ядра и фиброзного кольца межпозвоночного диска (МПД). К тому же у 53,3 % при исследовании фиброзного кольца МПД были обнаружены признаки дорсальной протрузии МПД от 2 до 7 мм.

Таблица 2

**Распределение больных в зависимости от размера грыж МПД
(n=145)**

Размер грыжи	Абс. число	Доля (95 %ДИ)	М ± m	МЕ (25-75 %)
До 6 мм	8	5,5 % (2,4-10,6)	5,3±0,3	5,75 (4,5-6)
6-8 мм	50	34,5 % (26,8-42,8)	7,36±0,07	7 (7-8)
8-10 мм	51	35,2 % (27,4-43,5)	9,3±0,08	9 (9-10)
10-15 мм	34	23,4 % (16,8-31,2)	12,4±0,2	12 (11-13)
Свыше 15 мм	2	1,4 % (0,2-4,9)	18±1,0	18 (17-19)

(ДИ – доверительный интервал; МЕ – медиана, 25 % и 75 % процентиля).

При УЗИ были выявлены визуальные изменения внутренних венозных сплетений на уровне LIII–LIV, LIV–LV, LV–SI в виде признаков повышенного кровенаполнения на уровне PVVIA. Эти изменения были установлены у 42,2 % больных (рис. 1).

При клиническом неврологическом исследовании в этом случае имел место корешковый синдром L5 слева. По данным УЗИ этого пациента передняя корешковая вена слева на уровне МПД L5-S1 определялась как окрашенная полоса диаметром 3 мм. При исследовании правой передней корешковой вены диаметр сосуда составил менее 1 мм. Расширение левой передней корешковой вены – варикс, свидетельствовало о нарушении венозного оттока в области левого латерального корешка на уровне МПД L5-S1 слева и обуславливало корешковый синдром. В ряде случаев имелись признаки двухстороннего повышенного кровенаполнения на уровне plexus venosi vertebrales interni anterior, что расценивалось нами как, двухстороннее варикозное расширение переднего внутреннего позвоночного сплетения (рис. 2).



Рис. 1. Исследование внутренних венозных сплетений на уровне межпозвонкового диска (МПД) L5-S1.

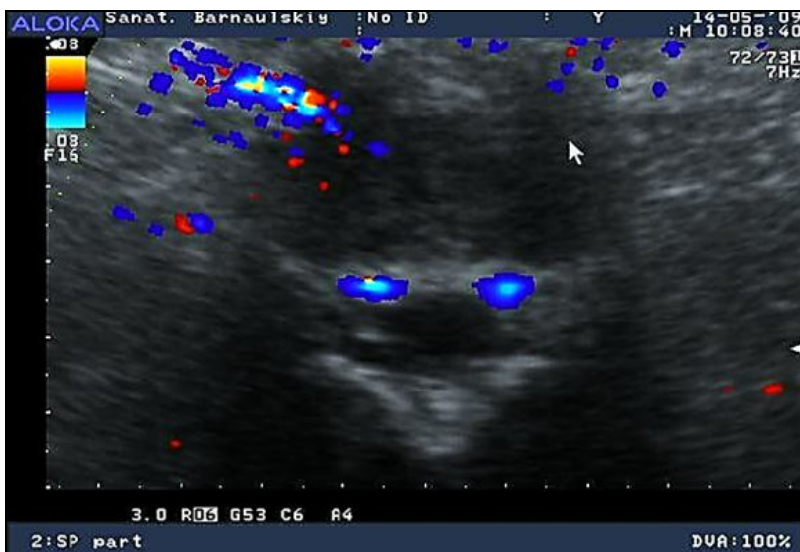


Рис. 2. Исследование внутренних венозных сплетений на уровне межпозвонкового диска (МПД) L3-4.

Результаты и обсуждение. Из 207 больных в плановом порядке оперировано 197 (95,2 %) и 10 в экстренном. Тактика хирургического лечения грыж дисков при поражении поясничного отдела позвоночника была представлена различными методиками с использованием переднего и заднего доступов. Декомпрессионные операции выполнены 197 (95,2 %) больным. Остальным декомпрессиивно-стабилизирующие, показанием для которых явилась грыжа МПД в сочетании со спондилолизом или дискогенной нестабильностью у 10 (4,8 %) больных. Классический (традиционный) задний доступ использован в хирургическом лечении у 201 (97,1 %) человек. Операции, выполненные больным с грыжами МПД, распределились следующим образом: интраламинарное микрохирургическое удаление грыжи – 165 (79,7 %), гемиламинэктомия – 28 (13,5 %), ламинэктомия – 8 (3,9 %). У 6 (2,9 %) больных оперативное вмешательство было выполнено из переднего доступа. Использование расширенных и травматических хирургических доступов связано с невозможностью адекватной декомпрессии спинномозговых корешков.

Уровень МПД, на котором были выполнены оперативные вмешательства, представлен в таблице 3.

Таблица 3

**Уровень поражения диска поясничного отдела позвоночника
(n=207)**

Уровень поражения	Абс. число	Доля (95 % ДИ)
L2 – L3	5	2,4% (0,8-5,5)
L3 – L4	11	5,3 % (2,7-9,3)
L4 – L5	97	46,9 % (39,9-53,9)
L5 – S1	94	45,4 % (38,5-52,5)

(ДИ – доверительный интервал)

Во время операции было установлено, что расширенные и извитые вены эпидурального пространства наряду с грыжей МПД, рубцово – спаечным процессом оказывают дополнительный, а иногда и основной компримирующий эффект на корешки пораженного сегмента поясничного отдела позвоночника, что вызывает определенные трудности при удалении грыжи и выполнении невролиза. Наибольшую насторо-

женность в этой ситуации вызывает повышенный риск интраоперационных осложнений, которые наблюдались у 97 (46,9 %) больных и были связаны с кровотечением из варикозно расширенных вен эпидурального пространства и у 22 (10,6 %) с нарушением целостности твердой мозговой оболочки (ТМО). С целью достижения окончательного гемостаза, наряду с коагуляцией кровоточащих вен эпидурального пространства, использовалась гемостатическая губка. Герметизацию дефекта ТМО достигали с помощью пластины, содержащей фибрин – коллагеновую субстанцию «Тахокомб».

Учитывая выявленные изменения в венозном бассейне поясничного отдела позвоночника, в программу реабилитации этих больных наряду с базисным лечением были включены венотонизирующие препараты (детралекс, анавенол, троксевазин). В ближайшем послеоперационном периоде 120 (58 %), уменьшение болей 87 (42 %) человек. Двигательные нарушения уменьшились у 103 (81,1 %) пациентов, положительная динамика отсутствовала у 24 (18,9 %). Восстановление чувствительности (частичное, полное) отмечено у 116 (56 %). Средний срок пребывания в стационаре составил $14,8 \pm 0,3$ к/д. Повторно было госпитализировано 19 (9,2 %) больных. Сроки от проведенных оперативных вмешательств до повторных госпитализаций колебались от 10 дней до 8 месяцев. Оперативное лечение проведено 6, а консервативная терапия 13 больным.

Выводы.

1. Патология венозного кровотока в поясничном отделе позвоночника наряду с компрессией корешков спинного мозга могут участвовать в формировании болевого синдрома у больных с грыжами поясничного отдела позвоночника.
2. В целях визуализации нарушений венозных структур у больных с грыжами поясничного отдела позвоночника в стандарте обследования целесообразно использовать ультразвуковое исследование.
3. Комплексная программа реабилитации пациентов с грыжами поясничного отдела позвоночника должна включать препараты, повышающие венозный тонус.

Литература

1. Гельфенбейн М.С. Международный конгресс, посвященный лечению хронического болевого синдрома после операций на поясничном отделе позвоночника «Pain Management 98» (Failed back surgery syndrome) // Нейрохирургия. – 2000. – № 1 – 2. – 17 с.
2. Доценко В.В., Загородний Н.В., Сергев С.В. Повторные операции при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позво-

ночника // SICOT: Тез. докл. научн. – практ. конф. – СПб. – 2002. – С. 43-44.

3. Луцик А.А. Диагностика и нейрохирургическое лечение остеохондроза позвоночника: рекомендательный протокол. – Новокузнецк. – 2006. – 38 с.

4. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология. – МЕДпресс – информ. – Москва. – 2003. – 670 с.

5. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая вертебрология. М.: Медпресс. 2008. – 672 с.

6. Слынько Е.И., Вербов В.В., Мороз В.В., Шинкарьюк С.С. Диагностика и хирургическое лечение эпидурального варикоза поясничного отдела позвоночника / Украинский нейрохирургический журнал. – №2. – 2006. – С. 89 – 98.

7. Толпекин Е.Л, Олешкевич Ф.В. Отдаленные результаты микродискэктомий при грыжах межпозвонковых дисков // Нейрохирургия. – 2006. – №3. – С. 33-39.

8. Фролов В.А., Харенко В.Н. Особенности морфологии и архитектоники вен и артерий спинного мозга, позвоночных венозных сплетений и их влияние на развитие вертеброгенной патологии // Мануальная терапия. – 2007. – № 2(26). – С. 40-46.

9. Lai P.H., Ho J.T., Wang J.S., Pan H.B. Cervical radiculopathy due to epidural varicose veins. AJR Am J Roentgenol. – 1999. – V.172(3). – D. 841-842.

10. Pekindil G., Yalniz E. Symptomatic lumbar foraminal epidural varix. Case report and review of the literature. Br J Neurosurg. – 1997. – V.11(2). – D. 159-60.

11. Wong C.H., Thng P.L., Thoo F.L., Low C.O. Symptomatic spinal epidural varices presenting with nerve impingement: report of two cases and review of the literature // Spine. – 2003. – V.28. – P. 347-350.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ ТЕРАПИИ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Е.В. Костюченко, Т.В. Кулешова, Н.Г. Синяговская
Филиал №1 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Алтайская больница)

Гипертоническая болезнь относится к числу наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и занимает одно из первых мест среди причин временной утраты трудоспособности, инвалидизации и смертности населения. Продолжительные сроки времен-

ной нетрудоспособности, выход на инвалидность и преждевременная смерть от АГ и ее осложнений, а также непосредственные затраты, связанные с лечением и реабилитацией данной категории больных, нанесут экономический и социальный ущерб государству.

Распространенность АГ нарастает с возрастом. В среднем 40 % взрослого населения России можно причислить к лицам, страдающим АГ. Распространенность артериальной гипертензии в нашей стране среди лиц пожилого и старческого возраста достигает 75-80 %.

По подсчетам ВОЗ, в преждевременной смертности населения Российской Федерации АГ занимает первое место.

Лечение гипертензии наиболее эффективно отражается на профилактике осложнений, обусловленных поражением сосудов: геморрагический инсульт, ретинопатия, злокачественная гипертензия, аневризма и расслоение стенки аорты, гипертензивная энцефалопатия. Кроме того, лечение гипертензии эффективно и в отношении профилактики сердечной недостаточности, обусловленной высоким артериальным давлением. Вторичная профилактика мягкой, умеренной и тяжелой степени артериальной гипертензии позволяет снизить частоту осложнений этого заболевания в течение пяти лет на 20-40 %.

Менее эффективно вторичная профилактика гипертензии сказывается на предупреждении развития почечной недостаточности и осложнений атеросклероза, инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти, стенокардии, атеросклероза сонных артерий и сосудов нижних конечностей. Большое значение лечение гипертензии имеет для пожилых больных. Антигипертензивная терапия позволяет снизить частоту развития инсультов на 25-30 %, а также снизить риск инфаркта миокарда и сосудистой деменции (слабоумия). Поэтому, вторичная профилактика гипертензии позволяет значительно снизить риск осложнений этой патологии и преждевременной смерти. Преимущества лечения продемонстрированы как для легкой, так и для тяжелой степени гипертензии. Однако эффективность лечения высока именно у больных с наибольшим риском развития осложнений.

При лечении АГ у пациентов возникает проблема влияния систематической гипотензивной терапии на «перепады» артериального давления, тяжело переносимые больными даже при условии тщательного титрования доз лекарственных средств. Кроме того, встает вопрос о состоянии органов-мишеней и метаболических изменениях, возникающих в процессе лечения. На выбор препарата оказывают влияние многие факторы, среди которых наиболее важными являются следующие: факторы риска у данного больного; наличие поражений органов-мишеней, клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек и сахарного диабета; не маловажную роль играет и социально-

экономический фактор, включая стоимость лечения; наличие сопутствующих заболеваний, которые могут способствовать или ограничивать использование антигипертензивного препарата того или иного класса; индивидуальные реакции больных на препараты различных классов; вероятность взаимодействия с препаратами, которые пациент использует по другим поводам. Более обширны возможности у физических факторов, применение которых во вторичной профилактике АГ не имеют побочных действий, снижают активность симпатико-адреналовой системы, улучшают психологическое и соматическое состояние больного, приводят к небольшому, но достоверному снижению АД.

Одним из наиболее перспективных физических методов лечения эссенциальной гипертензии является воздействие электромагнитными полями крайне высокой частоты / ЭМИ КВЧ /. В настоящее время общеприняты гипотезы, согласно которым ЭМ-полям мм-диапазона в биологических системах принадлежит регуляторная и информационная роль.

КВЧ представляют собой распространяющееся в пространстве, средах и тканях электромагнитное поле с частотой колебаний в диапазоне 30-300 ГГц, что соответствует длинам волн в свободном пространстве 10-1 мм. Информационный характер воздействия сопровождается трансформацией волн внутри организма с использованием существующих каналов передачи – нервных волокон и гуморальной среды. Молекулярная цитология утверждает, что каждая клетка живого организма имеет свой индивидуальный ритм колебаний. Клетки, молекулы, атомы, участки клеточных мембран живых организмов различной сложности – от бактерий до человека имеют спектр когерентных электромеханических колебаний с частотой 10^{11} - 10^{12} Гц, то есть в миллиметровом диапазоне КВЧ. Эти колебания клетки используют в качестве сигналов для управления процессами обмена веществ, восстановления нарушенных функций, повышения устойчивости организма к неблагоприятным воздействиям. Электромагнитные волны, генерируемые самим организмом, управляют метаболизмом, построением различных структурных элементов клетки. Здоровые органы имеют схожие спектры частот колебаний, контролирующих процессы жизнедеятельности. Иная ситуация складывается при возникновении нерегулярных процессов, когда вследствие повреждения, перемены условий жизнедеятельности система сигналов управления значительно изменяется. Возникают новые источники электромагнитных колебаний, не характерные для здорового организма. При нарушении динамического равновесия между физиологическими и патологическими частотами возникает информационно-энергетическая блокада, дающая толчок для запуска патологических реакций, развивается заболевание. В этот период внешнее об-

лучение с частотой, близкой к резонансной, в особенности многократное, может оказаться очень действенным, влияя на динамику процессов за счет появления сигналов управления раньше, чем они могли бы быть выработаны организмом при естественной перестройке. Иначе говоря, внешнее КВЧ-облучение синхронизирует угасающие колебания, способствуя процессам выздоровления и адаптации.

Патогенетическим обоснованием применения КВЧ терапии послужили противовоспалительное, противоболевое, противоотечное действие, повышение неспецифической резистентности организма, улучшение системной и регионарной гемодинамики, антистрессорное действие, нормализация регуляции вегетативной нервной системы.

Считается, что важную роль в генезе и прогрессировании АГ играет функциональное состояние центральной нервной системы. Экспериментальными и клиническими исследованиями показано, что нейроны центральной нервной системы в соответствии с особенностями их ультраструктуры и высокой чувствительности к электромагнитному полю способны адекватно воспринимать «малые интенсивности», несущие информационное начало. Следовательно, применение КВЧ является обоснованным с точки зрения действия на центральную нервную систему, поскольку способствует восстановлению его биоэлектрической активности в рамках неспецифической реакции активации. Ценность метода заключается в непрямом действии данного фактора на мозг, позволяющем включать в компенсаторный процесс и ингибиторные системы мозга через восходящую ретикулярную фармацию. Основным фактором, обуславливающим развитие гипертонической болезни, является острое или длительное эмоциональное перенапряжение. Это приводит к нарушению высшей нервной деятельности, первоначально возникающее под влиянием внешних раздражителей и в дальнейшем приводящее к стойкому возбуждению вегетативных прессорных центров, что и вызывает повышение АД. Большую роль в этом играют циркулирующие катехоламины – норадреналин и адреналин. Применение КВЧ терапии оказывает корригирующее влияние на обмен КА, снижает в крови концентрацию адреналина, норадреналина на фоне значительного увеличения их экскреции с мочой. Кроме того, под влиянием ЭМИ КВЧ увеличивается содержания серотонина, что так же угнетает высвобождение катехоламинов из нервных окончаний и надпочечников и действие этих моноаминов, тем самым, ограничивая чрезмерную стресс-реакцию. Это приводит к урежению частоты сердечных сокращений, снижению общего периферического сосудистого сопротивления. В этом проявляется противоболевое, антистрессорное воздействие, нормализация регуляции вегетативной нервной системы.

Возникающее при гипертонической болезни сужение почечных артериол вызывает ишемию почек, что приводит к постоянному участию почечных факторов регуляции кровяного давления в повышении АД. Возрастают активность ренина и образование ангиотензина, секреция альдостерона ведущая к задержке натрия в стенках артериол, В стабилизации артериальной гипертензии может иметь значение и повышение прессорной активности гипоталамических структур под влиянием ишемии, связанной с вазоконстрикцией и ангиопатией сосудов головного мозга (цереброишемическая гипертензия). КВЧ-терапия оказывает нормализующее воздействие на нарушенную микроциркуляцию, улучшается мозговой кровоток, что приводит к перераспределению объема крови в сторону наиболее ишемизированных участков, снижает сосудистый тонус и периферическое сосудистое сопротивление, увеличивает пульсовое кровенаполнение, улучшает работу сердечно-сосудистой системы.

Другим основным фактором развития гипертонической болезни является ангиотензинпревращающий фермент (АПФ) реализующий превращение ангиотензина I в ангиотензин II – один из наиболее мощных вазоконстрикторов. АПФ осуществляет также инактивацию брадикинина – стимулятора выделения эндотелием NO (основного эндотелиального фактора релаксации). NO является нейротрансмиттером, мощным фактором гемостаза, ингибирует агрегацию тромбоцитов, опосредует снижение деформационной способности эритроцитарных мембран, является эндогенным вазодилататором. Он синтезируется с помощью ферментов – NO-синтаз. В норме существует физиологический баланс двух биохимических механизмов: вазоконстрикции, запускаемой АТ II, и дилатации (окись азота – NO, брадикинин). В настоящее время дисфункцию эндотелия рассматривают в качестве раннего маркера атеросклероза и атеротромбоза. Основным медиатором, определяющим функцию эндотелия, является оксид азота (NO). В физиологических условиях NO препятствует развитию атеросклероза и атеротромбоза. Дефицит NO при некоторых патологических состояниях, таких как АГ, дислипидемия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, ожирение, хроническая почечная недостаточность (ХПН), может приводить к пролиферации и гипертрофии клеток, обогащению матрикса комплекса интима—медия артерий, сужению просвета сосудов, ограничению ресурсов вазодилатации и ишемии тканей при нагрузках и запуску целого ряда процессов, ведущих к развитию атеросклероза, атеротромбоза и их осложнений. КВЧ диапазон, является естественным регулятором активности эндогенного NO в организме, увеличивая его продукцию вследствие активации NO-синтазы.

Большое значение в патогенезе гипертензии отводится дисфункция эндотелия, сопровождающейся дефектами гемостаза: повышением концентрации фактора Виллебранда и тромбомодулина. Известно, что нормальный эндотелий обладает выраженной антитромбогенной активностью. Однако при повреждении сосудистой стенки происходит синтез ряда веществ, активирующих систему гемостаза, что способствует образованию гемостатического тромба у места повреждения сосуда. Известно, что КВЧ терапия одна из наиболее эффективных немедикаментозных средств коррекции гемостаза. Под ее воздействием происходит повышение антикоагулянтной (уровня гепарина, активности антитромбина III) и фибринолитической активности крови, снижение содержания комплексных соединений мономеров фибрина, что свидетельствует об ограничении внутрисосудистого свертывания крови. Кроме того, ЭМИ КВЧ приводит к выделению серотонина из тучных клеток, что стимулирует эндотелийзависимую вазодилатацию. Значимой сосудистой реакцией на КВЧ-воздействия является восстановление венозного кровотока, которого трудно добиться даже при использовании современных продвинутых технологий. Таким образом, восстановление микроциркуляции приводит к улучшению системной и регионарной гемодинамики, проявляются противовоспалительное и противовоспалительное действие ЭМИ КВЧ.

Исходя из выше сказанного видно, что КВЧ-излучение рефлекторно изменяет функциональное состояние различных уровней регуляции в нервной системе, активизирует ноцицептивные рефлексы и эндорфинные реакции. Это приводит к неспецифическим реакциям организма, развивающихся в рамках общего адаптационного синдрома и проявляющихся в повышении неспецифической резистентности организма к факторам внешней среды.

Современные представления о заболеваниях, ассоциированных с артериальной гипертензией (дислипидемии, инсулинорезистентность, метаболический синдром, ИБС и др.), основаны, прежде всего, на совпадении многих факторов риска развития ГБ и этих болезней. Существенна также общность ряда патогенетических звеньев ГБ и ассоциированных болезней, их отягощающее взаимодействие, которое сокращает продолжительность жизни пациентов. Наконец, следует отметить необходимость их одновременного лечения, как правило, комплексного, при котором требуется определение приоритетов в назначении лекарственной терапии. Профилактика ГБ, сердечно-сосудистой заболеваемости, высокой преждевременной инвалидности и смертности возможна только при целенаправленной социальной политике и систематическом лечении возникших и прогрессирующих АГ и сердечно-сосудистых болезней.

Литература:

1. Физиотерапия и курортология /Под ред. В.М. Боголюбова. Книга I. – М.: Издательство БИНОМ, 2008. – С. 263-273.
2. Ушаков А.А. практическая физиотерапия. 2-е изд., испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2009. – С. 172-180.
3. Реабилитация кардиологических больных / Под ред. К.В. Лядова, В.Н. Преображенского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – С. 64-65.
4. Клинические лекции по практической кардиологии /М.Н. Палкин – М.: Миклош, 2009. – С. 11-33.
5. Карпов Ю.А. Ингибиторы АПФ: от снижения артериального давления до профилактики осложнений и улучшения прогноза /Ю.А. Карпов// Сердце журнал для практ. врачей т.1, №4 (4), 2002 – С. 192-194.
6. Конради А.О. Артериальная гипертензия у больных, перенесших инсульт Сердце журнал для практ. врачей т.5 №4(28), – 2006 – С. 184-186.
7. Негода С.В. Лечение артериальной гипертензии в пожилом возрасте: доказанное и не доказанное Сердце журнал для практ. врачей т.5 №4(28), 2006 – С. 177-183.
8. Оганов Р.Г. профилактика сердечнососудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения / Р.Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 1. – С. 5-9.
9. Суслина З.А. Артериальная гипертония и инсульт: связь и перспективы профилактики / З.А. Суслина, Л.А. Гераскина, А.В. Фоякин// Атмосфера. Кардиология. 2001.– №1. – С. 5-7.

ХАРАКТЕР ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.И. Пальцев¹, М.Н. Торгашов², О.С. Попова²

Новосибирский государственный медицинский университет¹,
ГБУЗ Новосибирский областной госпиталь №2 ветеранов войн,
г. Новосибирск²

В клинике внутренних болезней, неврологических стационарах наблюдается рост числа больных, страдающих хроническими болевыми синдромами. Наиболее часто, как показывают исследования, хронические боли различной локализации формируются у ветеранов, прини-

мавших участие в вооружённых столкновениях. Полученные травмы и ранения у ветеранов боевых действий наряду с боевой психологической травмой приводят к хроническим болевым синдромам.

Боль является сложным физиологическим феноменом, изучением которого занимаются ученые, представляющие фундаментальные науки, клиницисты, ученые теологи и философы [1]. Международной ассоциацией по проблеме боли она определяется как неприятный чувствительный опыт, ассоциируемый с реальными или потенциальными повреждениями (IASP, 1994). Известный отечественный патолог И.В. Давыдовский рассматривал боль не только и не столько как патологическое явление, а скорее как спасатель организма. «Боль – писал он, – формально патологическое явление, снижающее трудоспособность, часто симптом серьезной болезни. Но боль это болевой импульс, служащий спасению организма» [2]. Принято различать несколько типов болей в животе: висцеральную, соматическую, отраженную, невропатическую и психогенную. Висцеральная боль возникает непосредственно в пораженном органе. Соматическая боль вызывается раздражением париетальной брюшины. Отраженная боль, изучению которой были посвящены работы Г.А. Захарьина и Н. Head, возникает при весьма интенсивном раздражении пораженного органа, передается по всему нейросегменту, нередко иррадирует на соседние органы. Она наблюдается при заболеваниях головного мозга, мозговых оболочек и многих внутренних органов. Особое место в их работе уделялось невропатической боли, для которой характерно подострое или хроническое течение, неэффективность, или недостаточную эффективность анальгетиков, сопутствующие вегетативные расстройства, сенсорные и моторные нарушения.

Во многих, как отечественных, так и зарубежных исследованиях установлено, что существует тесная взаимосвязь между стрессом и гастроинтестинальной дисфункцией. Изменение порога восприятия боли при хроническом стрессе сопровождается висцеральными нарушениями, приводящими к нарушению физиологических реакций мозга на стресс. Изменения реактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси приводят к нарушению регулирования восприятия боли [3].

Особое значение в этом контексте занимает боевой стресс. Как установлено он приводит к усилению висцеральных и соматических симптомов посредством влияния определенных механизмов ЦНС, выражающиеся, прежде всего, снижением ограничивающих функций стресс-лимитирующей и антиноцицептивной систем. Так, хронические боли при синдроме раздражённого кишечника, гастро-эзофагальном рефлюксе, хроническом панкреатите связаны с изменениями в механизме работы антиноцицептивной системы [4]. По данным большинств-

ва ученых свыше 80 % всех соматических заболеваний являются стрессозависимыми. Этот факт в частности подтверждает повышенное содержание кортизола, гормона надпочечника, выделяющегося под влиянием гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, у больных с язвенной болезнью [5]. Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), как следствие перенесенного боевого стресса, являются нарушением адаптивных реакций организма и часто сопровождаются соматической патологией. Изучение состояния нейроэндокринной системы при ПТСР, как последствие острого или хронического стресса, напротив, выявило пониженное содержание кортизола, кроме того нарушался циркадный ритм его секреции [6]. Изменения, развившиеся в нейроэндокринной системе в результате хронического стресса, могут приводить к дисрегуляторным нарушениям центральной нервной системы (ЦНС). В результате формируется патологическая система, заключающаяся с одной стороны в нарушении интегративного контроля ЦНС, с другой изменениями внутренних органов, которые становятся органами-мишенями и периферическими звеньями патологической системы [7]. Важную роль в возникновении нейросоматической патологии Е.И. Гусев и Г.Н. Крыжановский отводят 2 факторам: интенсивности и длительности воздействий и ослаблении органной резистентности. В нескольких исследованиях было установлено, что ПТСР было связано с увеличением гастроинтестинальных симптомов. Так, С.В. Ногэ с соавт. (2007) показали, что ветераны с ПТСР приблизительно в 2-3 раза чаще испытывают боли в области желудка, чем ветераны без ПТСР [8]. Изучение состояния здоровья ветеранов войны во Вьетнаме на протяжении 20 лет выявило, что боевое ПТСР было связано с более частым и отдалённым развитием заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [9].

Послевоенные сравнения ветеранов боевых действий и ветеранов не принимавших участия в вооруженных конфликтах, показали значительные различия в симптоматике патологии ЖКТ. Абдоминальные боли наблюдались соответственно у 70 % против 9 % ($p=0,001$) и боль, возникающая после приёма пищи у 46 % против 14 % ($p=0,05$) [10]. У ветеранов, принимавших участие в боях, чаще отмечалась симптоматика, связанная с заболеваниями желудочно-кишечного тракта [11].

Клинические исследования 420 ветеранов боевых действий в Афганистане и Чечне, проведенное Т.Г. Погодиной и В.Д. Трошиным (2004), показали большую распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта (43 %). Около 20 % из них имели язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, 15 % – хронический гастрит, 7 % – хронические холецистит, панкреатит, дискинезии желчевыводящих путей [12]. Особенностью заболеваний пищевода, желудка у вете-

ранов боевых действий, установленных клинически и по данным эзофагогастродуоденоскопии, было частое выявление дуоденогастрального рефлюкса, что подтверждало важную роль нарушения регуляции ЦНС [12, 13]. По данным В.С. Мякотных (2009) среди заболеваний ЖКТ у 43,5 % ветеранов Афганистана выявлены хронические и острые гастродуодениты, а у 23,7 % – язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки [13]. Этиопатогенетической особенностью гастритов у ветеранов является их рефлюксный механизм. Наиболее частыми факторами, с которыми связывают возникновение патологического рефлюкса, характерными для условий военной службы, являлись физические нагрузки, приводящие к повышению внутрибрюшного давления (поднятие тяжестей); химические (употребление алкоголя, курение); психоэмоциональные перегрузки [14, 15, 16, 17].

Важное место в заболеваемости органов ЖКТ занимали перенесённые инфекционные заболевания, имевшие место до 89 % среди наших военнослужащих на территории Афганистана [18]. Наиболее часто диагностировались дизентерия, брюшной тиф, гепатит А и др. Среди последствий перенесённых инфекций ведущее место занимают различные формы хронических гепатитов, которые встречаются у 86,4 % больных [13], а так же заболевания билиарной системы [19].

Таким образом, абдоминальные боли и другие проявления патологии ЖКТ, особенно хронические, у ветеранов боевых действий являются многофакторной проблемой. Вместе с тем, нужно особо отметить, что наряду с физическими, экологическими, инфекционными факторами важное место в клинической патологии занимали процессы адаптации к боевым и мирным условиям.

В связи с этим, **целью нашего исследования** было определение распространенности болезней и синдромов поражения эзофагогастродуоденального отдела желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы и хронических абдоминальных болей у ветеранов боевых действий с ПТСР.

Материалы и методы. Исследование проведено среди ветеранов боевых действий, поступавших на лечение в медико-психологический центр госпиталя ветеранов войн. Минимальный срок, прошедший с момента участия в боевых действиях – не менее 3 лет. Обследован 161 ветеран в возрасте от 24 до 69 лет, средний возраст составил $42,8 \pm 0,7$ лет. Всем пациентам проводилось клиничко-неврологическое обследование с применением дополнительных методов исследования: опросник боли Mc’Gill (MPQ), оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ от 0 до 100), опросник депрессивности (BDI) А.Бека, опросник травматического стресса (ОТС) И.О.Котенёва. Тревожность, нарушения памяти, сна и депрессия определялись расчетами по ОТС. Для

определения уровня качества жизни пациентов применялся опросник SF-36. Наряду с этим проводилось изучение секреторной функции желудка, эзофагогастроуденоскопическое, рентгенологическое, ультразвуковое исследования, клинико-биохимические исследования крови, копрологические исследования, исследования кала на дисбиоз по показаниям, на скрытую кровь. Статистическая обработка проведена с помощью пакетов прикладных программ STATISTICA 6, значимость различий в группах вычислялся при помощи критерия Фишера (F), Стьюдента (t), связь между признаками определялась с использованием коэффициента корреляции Пирсона (r). Вероятность различий между группами считалась достоверной при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. Как мы уже отмечали, болезни адаптации – это заболевания, возникающие в результате несовершенства механизмов общего адаптационного синдрома, являющегося результатом недостаточного стрессового ответа или продолжительной и выраженной стресс-реакцией. Важным фактором в этиологии и патогенезе заболеваний ЖКТ является стресс, особенно хронический, который приводит к истощению адаптационных возможностей организма. Проведя исследования ветеранов, мы выявили патологию ЖКТ у 81 (50,3 %) человек, при этом абдоминальные боли испытывали 35 пациентов (21,7 %), хронический характер болей был у 10 (6,2 %). Интенсивность абдоминальной боли по ВАШ $46,8 \pm 2,7$ баллов, хронических болей была выше – $57,0 \pm 8,8$ баллов. Длительность воздействия боевого стресса косвенно оценивалась по продолжительности пребывания в зоне боевых действий. Период пребывания в зоне боевых действий у пациентов, испытывающих абдоминальные боли составил $19,1 \pm 12,5$ месяцев, причём большая продолжительность пребывания в зоне боевых действий оказывала отрицательное действие на развитие болевого синдрома ($p = 0,022$).

Анамнестический сбор данных и данные обследования позволили определить патологию ЖКТ, как возможную причину длительной боли. По нозологическим формам заболеваемость и абдоминальные боли представлены в таблице 1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки диагностирована у 27 (16,7 %) пациентов, из них у 12 (46,2 %) ветеранов при обследовании присутствовал острый болевой синдром, и только у 2 (7,7 %) были хронические абдоминальные боли. Хронический болевой синдром чаще отметили пациенты с хроническим течением гастрита и гастродуоденита (15,4 %). У 28 (80 %) ветеранов, испытывающих абдоминальные боли, выявлена патология ЖКТ, из них в 70 % случаев боль имела хронический характер. При хронических абдоминальных болях у всех пациентов присутствовала патология костно-мышечной системы, у 70 % диагностированы заболевания сердечно-

сосудистой системы. Важную роль ЦНС в патогенезе хронических абдоминальных болей доказывает тот факт, что при этом виде боли пациенты в 90,0 % случаев перенесли травмы головы (контузии, сотрясения, ушибы головного мозга). Постконтузионные изменения в ЦНС приводят к нарушениям ассоциативных связей в структурах головного мозга, изменяя физиологический ответ на ноцицепцию. В рамках острого болевого синдрома чаще определялись отражённые боли от висцеральных органов.

У 27 (33,3 %) человек начало заболеваний ЖКТ произошло в период участия в боевых действиях, что связано с нарушением процессов адаптации и реакции организма на острый боевой стресс. После службы патология ЖКТ была диагностирована у 54 (66,7 %) ветеранов. Период, прошедший после боевых действий в среднем составлял $10,4 \pm 1,4$ лет. Рассматривая вопрос о связи дебюта заболевания и периода, связанного с участием в боевых действиях и после него нами были выделены 2 группы: 1 – заболевания, приобретенные в период боевых действий и 2 – заболевания, диагностированные после боевых действий, в мирной жизни (табл. 2). В нашем исследовании у более половины пациентов (66 %) начало заболеваний ЖКТ были диагностированы после периода участия в боевых действиях ($F=4,9$; $p=0,012$). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и гастриты – эти заболевания чаще других дебютировали в период боевых действий, что подтверждает важную роль стресса в патогенезе язвенной болезни. Наиболее продолжительный период (от 17 лет и более) после участия в боевых действиях в нашем исследовании был выявлен при гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Язвенная болезнь желудка в основном выявлена в первые 6 лет после участия в боевых действиях и, как показывает наше исследование, пациенты испытывали в этот период реадaptацию к мирной жизни. Кроме того, этот период, сопровождался стрессами мирной жизни, которые накладывались на патофизиологические последствия боевого стресса.

Последние годы в этиологии язвенной болезни ведущую роль отводят инфицированности *Helicobacter pylori*, а воздействие стресса уходило на задний план. Однако у более 80 % инфицированных *Helicobacter pylori* людей язвенная болезнь никогда не развивалась [20]. Результаты нашего исследования показывают, что патогенность воздействия *Helicobacter pylori* на слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки зависит от психопатологического состояния пациента, так ПТСП было более выражено у ветеранов боевых действий, у которых выявлен *Helicobacter pylori* ($F=7,5$; $p=0,016$).

На рисунке 1 представлены данные инфицированности *Helicobacter pylori* (Hp) и выраженности ПТСП в баллах у ветеранов боевых

действий при определенных патологических процессах ЖКТ. При положительных пробах на Нр выраженность ПТСП была практически одинакова при любых патологических процессах, будь то язвенная болезнь или воспалительный процесс слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. При отрицательных пробах наибольшая разница выраженности ПТСП была при язвенной болезни (65,8 и 43,2 баллов). При НЭРБ эти значения были практически одинаковыми. Постстрессовые нейроэндокринные нарушения приводят к изменению не только моторной функции ЖКТ, но и изменению иммунного ответа организма. Стресс в сочетании с наследственной предрасположенностью обуславливает дезинтеграцию неспецифических систем мозга, расстройства адаптации в форме эмоциональных, эндокринных и иммунных сдвигов [21]. Язвенную болезнь можно отнести к гетерогенным заболеваниям, где причинным фактором может быть бактериальная инфекция, курение, нарушение эвакуации пищи из желудка, злоупотребление алкоголем, наследственность, пережитый острый или хронический стресс. В результате нарушается баланс между защитными и повреждающими факторами, что и приводит к язвенной болезни [22].

Проведенная эзофагогастродуоденоскопия у пациентов с абдоминальной болью показала, что острая язва желудка и двенадцатиперстной кишки была выявлена у 3 (1,9 %) пациентов. При обследовании не эрозивная гастродуоденальнорефлюксная болезнь (НЭРБ) выявлена у 33 (61,1 %) пациентов, которая была диагностирована наиболее часто. Как отмечалось многими авторами [14, 15, 18, 23, 24] распространенность ГЭРБ чрезвычайно варьирует в зависимости от возраста обследуемых, их профессиональной принадлежности, социального положения, традиций питания и образа жизни. Анализ полученных нами данных показал, что абдоминальные боли не имели частого распространения у пациентов с НЭРБ и отмечались только у одного пациента (4,8 %). Для ГЭРБ характерными были боли за грудиной и регистрировались у 47,8 % больных. В каждом случае это требовало проведения дифференциальной диагностики с другими причинами загрудинных болей, и в первую очередь с ишемической болезнью сердца, стенокардией, инфарктом миокарда [14, 24]. Хронический характер боли в груди при ГЭРБ испытывали 4 (17,4 %) пациента. Известно, что ГЭРБ является многофакторным заболеванием, важную роль в её формировании у военнослужащих играл стресс, частые наклоны и поднятия тяжести, курение.

Нашими исследованиями убедительно показано, что среди заболеваний ЖКТ наиболее выраженное ПТСП (71,9 баллов) было при ГЭРБ, и оно оценивалось нами как следствие воздействия боевого стресса. При ГЭРБ определялись более интенсивные проявления де-

прессии (54,9 баллов). Все это: ПТСР, депрессии, загрудинные и абдоминальные боли оказывали выраженное негативное явление на качество жизни. Изучение этого вопроса с применением SF-36 показало, что патология ЖКТ, которая сопровождалась ПТСР, особенно с выраженной симптоматикой, а так же хроническим болевым синдромом в большей мере ухудшала качество жизни ветеранов боевых действий (рис. 2). Значимых различий в значениях физического и психического компонентов здоровья при патологии ЖКТ и контрольной группы не было (табл. 3). Но при заболеваниях ЖКТ, сопровождающиеся хроническими абдоминальными болями, физическое и эмоциональное состояние и интенсивность боли наибольшим образом ограничивало повседневную деятельность, приводя к снижению качества жизни как за счет физического, так и психологического компонентов здоровья ($p=0,009$). У пациентов с выраженной симптоматикой ПТСР больше наблюдалось ограничение социальной активности, снижался уровень общения, ограничивались социальные контакты.

В период пребывания в зоне боевых действий, особенно в Афганистане, нарушение санитарно-гигиенических условий привело к значительной инфекционной заболеваемости. Из числа наблюдаемых нами пациентов вирусный гепатит А перенесли 18 (11,2 %) человек, только у 2 (1,2 %) это заболевание было зарегистрировано до службы в армии. Диагноз перенесенного вирусного гепатита А ставился на основании выписных эпикризов госпиталей и других лечебных учреждений. Данное заболевание было диагностировано в основном в $1986 \pm 1,6$ году. Вирусный гепатит С выявлен у 6 (3,8 %) ветеранов. Этот диагноз подтверждался серологическими реакциями, и, как правило, диагностирован в $2004 \pm 3,5$ году. При обследовании у пациентов, перенесшие вирусный гепатит А, чаще выявлялась умеренная гепатомегалия (33,3 %) и жировой гепатоз (22,2 %). При вирусном гепатите С гепатомегалия была у 30 % больных. Биохимические показатели крови показаны в таблице 4, и они были выше, чем в контрольной группе (неинфицированных пациентов). При хроническом вирусном гепатите С показатели трансаминаз ($p < 0,001$), тимоловой пробы ($p < 0,001$) были значительно выше, чем у пациентов контрольной группы и перенесших гепатит А. У больных, перенесших гепатит А, средние показатели гамма-глутамилтранспептидазы значительно превышали норму. Характерным для пациентов было постоянное нарушение диеты и употребление алкогольных напитков, что неблагоприятным образом сказывалось на течении заболевания и биохимических показателях крови.

Таким образом, заболевания ЖКТ у ветеранов боевых действий в большей степени являются следствием нарушения процессов адаптации на боевой стресс. Хронические абдоминальные боли имели неодно-

значную природу. С одной стороны хроническая патология ЖКТ была источником болевого синдрома, с другой в формировании хронических абдоминальных болей важную роль играет ЦНС. Нарушение интегративного контроля ЦНС приводит к формированию нейросоматической патологии. В результате складывается патологическая система с первичным звеном в ЦНС и периферическим, в нашем случае, в органах ЖКТ. Учитывая этот факт, возникает вопрос о коррекции в тактике лечения и обследования пациентов, перенесших не только боевой стресс, но и любой другой, который являлся для индивидуума жизненно опасным или катастрофическим. В процесс лечения заболеваний ЖКТ у такой категории пациентов кроме терапии, назначаемой при гастродуоденальной патологии, заболеваний гепатобилиарной системы, патогенетически показана психотерапия и нейропротекция, направленная на снижение последствий воздействия боевого стресса у ветеранов боевых действий.

Литература

1. Пальцев А.И. Проблема абдоминальной боли с позиции системного подхода. Принципы терапии. Сибирский вестник гепатологии и гастроэнтерологии 2009; – 23: – С. 12-18.
2. Давыдовский И.В. Общая патология человека. М: Медицина; 1969. – 611 с.
3. Chang L. Neuroendocrine and neuroimmune markers in IBS: Pathophysiological role or epiphenomenon? Gastroenterology 2006; 130(2): 596-600.
4. Tracey I., Dunckley P. Importance of anti- and pro-nociceptive mechanisms in human disease. GUT 2004; 53(11): 1553-1555.
5. Трошин В.Д., Кокуркин Г.В. Нейрогастроэнтерологические расстройства: семиотика, диагностика, лечение. Альтернативная медицина 2004; 2: 9-15.
6. Halligan S.L., Yehuda R. Assessing dissociation as a risk factor for Posttraumatic stress disorder: A Study of adult offspring of holocaust survivors. Journal of Nervous & Mental Disease 2002; 190(7): 429-436.
7. Гусев Е.И., Крыжановский Г.Н. Дизрегуляторная патология нервной системы. М: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2009. 512
8. Hoge C.W., Terhakopian A., Castro C.A. et al. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq War veterans. American Journal of Psychiatry 2007; 164(1): 150-153.

9. Boscarino J.A. Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: Implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine* 1997; 59(6): 605-614.

10. Sostek M.B., Jackson S., Linevsky J.K. et al. High prevalence of chronic gastrointestinal symptoms in a National Guard Unit of Persian Gulf veterans. *American Journal of Gastroenterology* 1996; 91(12): 2494-2497.

11. Kang H.K., Mahan C.M., Lee K.Y. et al. Illnesses among United States veterans of the Gulf War: A population-based survey of 30,000 veterans. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2000; 42(5): 491-501.

12. Погодина Т.Г., Трошин В.Д. Неврологические и психические расстройства у участников боевых действий. *Журнал неврологии и психиатрии* 2004; 12: 18-22.

13. Мякотных В.С. Патология нервной системы у ветеранов современных военных конфликтов. Екатеринбург: Изд-во УГМА; 2009. 322.

14. Маев И.В. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. *Рос. Мед. Журн.* 2002; – 3: – С. 43-46.

15. Калинин А.В. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь: Методические указания. М: ГИУВ МО РФ; – 2004; – 40 с.

16. Папушин О.Н. Некоторые особенности течения и терапии ГЭРБ у раненых в локальном конфликте. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2006; XVI.28: 11.

17. Парфенов А.И. *Энтерология: Рук-во для врачей.* М: ООО «Мед. информ. агентство»; 2009. 880.

18. Синопальников И. В. Санитарные потери советских войск во время войны в Афганистане (Сообщение третье: санитарные потери от инфекционных болезней). *Воен.-мед. журн* 2000; 321(9): 4-11.

19. Ильченко А.А. *Болезни желчного пузыря и желчных путей: Рук-во для врачей.* М: ООО Изд-во «Медицинское информ. агентство»; 2011. 880.

20. Mayer E.A. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut* 2000; 47(6): 861-869.

21. Гусев Е.И., Скворцова В.И. *Ишемия головного мозга.* М: Медицина; 2001. 328.

22. Levenstein S., Ackerman S., Kiecolt-Glaser J.K., Dubois A. Stress and Peptic Ulcer Disease. *JAMA* 1999; 281(1): 10-11.

23. *Гастроэнтерология. Национальное руководство.* В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной (ред.). М: ГЭОТАР Медиа; 2011. 462.

24. Лазебник Л.Б., Щербаков П.Л. *Гастроэнтерология. Болезни взрослых.* М: Издат. Мед. Книги; 2011. 511.

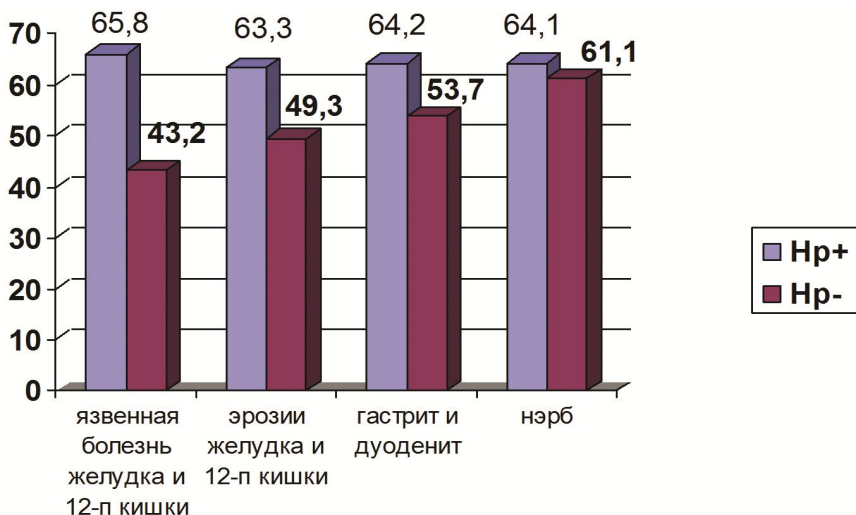


Рис. 1. Выраженность ПТСП (баллы) у ветеранов с патологией ЖКТ в зависимости от инфицированности *Helicobacter pylori* (H.p.) Примечание: НЭРБ – не эрозивная гастродуоденальнорефлюксная болезнь.

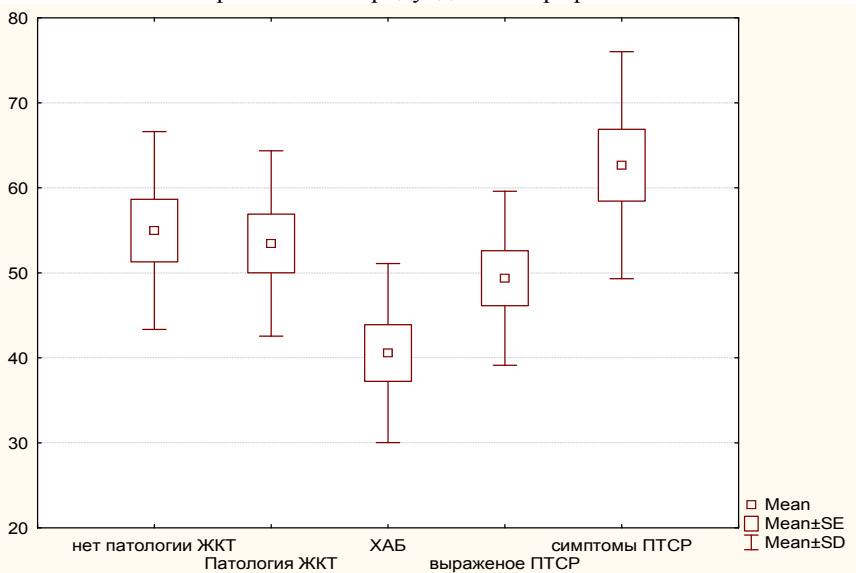


Рис. 2. Изменения качества жизни (в баллах) при патологии ЖКТ, хронических абдоминальных болях, ПТСП. Примечание: ХАБ – хронические абдоминальные боли.

Таблица 1

Патология ЖКТ и абдоминальные боли

Заболевание	Распространенность заболеваний (n=161)	Абдоминальные боли (n=35)	из них хронические боли (n=10)
	абс. – %	абс. – %	абс. – %
Язвенная болезнь желудка	11 – 6,8	7 – 20,0	1 – 10,0
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	16 – 9,9	5 – 14,3	1 – 10,0
Хронический гастрит	11 – 6,8	7 – 20,0	2 – 20,0
Хронический гастродуоденит	8 – 5,0	5 – 14,3	2 – 20,0
НЭРБ	23 – 14,3	2 – 5,7	1 – 10,0
Хронический холецистит	6 – 3,7	-	-
Гепатит А	18 – 11,2	2 – 5,7	-
Гепатит С	6 – 3,7	-	-
Полип желчного пузыря	3 – 1,9	-	-
Итого	81 – 50,3	35 – 21,7	10 – 6,2

Таблица 2

Период дебюта заболеваний ЖКТ у ветеранов (n=81)

Заболевания ЖКТ	В период боевых действий (1 группа)	После боевых действий (2 группа)	Средние сроки дебюта (2 группа)
	абс. – %	абс. – %	M±m; ДИ±95 %
Язвенная болезнь желудка	1 – 1,3	10 – 12,5	9,3±1,7; 5,4-13,2
Язвенная болезнь двенадцатиперстной	6 – 7,5	10 – 12,5	13,7±3,1; 6,1-21,3

кишки			
ГЭРБ	1 – 1,3	8 – 10,0	19,5±0,8; 17,5-21,5
Гастрит	4 – 5,0	7 – 8,8	12,0±2,6; 5,7-18,3
Гастродуоденит	1 – 1,3	5 – 6,3	10,0±1,8; 5,4-14,5
Холецистит	0	6 – 7,5	15,8±3,7; 5,6-26,0
Полип желчного пузыря	0	3 – 3,8	
Гепатит А	16 – 17,5	2 – 2,5	
Гепатит С	0	6 – 7,5	8,0±3,0; 0,2-15,8
Всего	27 – 33,	54 – 66,7*	10,4±1,4; 8,3-14,3

Примечание: достоверное различие в группах * $p=0,012$

Таблица 3

Качество жизни у ветеранов боевых действий с заболеваниями ЖКТ (M±m)

Шкалы	Без патологии ЖКТ	Патология ЖКТ	Из них ПТСР до 60 баллов	Из них с ПТСР более 60 баллов*	Хронические абдоминальные боли
PF	81,4±2,1	76,7±2,7	85,9±4,2	74,2±3,1	60,7±11,3
RP	53,4±4,2	53,1±4,5	64,7±9,1	47,0±5,3	25,0±10,9
BP	50,9±2,5	49,4±2,3	59,2±6,0	46,2±2,4	33,6±7,3
GH	57,3±2,4	52,8±2,0	65,9±4,7	47,7±2,1	43,8±4,6
VT	56,8±2,2	57,1±1,9	70,6±3,4	51,9±2,1	45,0±3,9
SF	44,8±1,6	42,8±1,6	46,8±3,1	41,4±1,9	48,6±5,7
RE	59,4±4,4	56,2±4,4	68,8±9,7	48,8±4,9	28,9±11,4
MH	61,1±2,1	63,2±1,9	73,2±2,5	56,6±2,1	46,9±4,5
PH	44,9±1,0	43,2±1,0	47,6±2,4	42,0±1,1	36,7±3,6
MH#	39,8±1,1	40,1±0,9	44,0±7,4	37,9±1,1	36,5±1,6
**		t=0,7; (ns)	t=-1,4; (ns)	t=1,4; (ns)	t=2,9; p=0,009

Примечание: PF – физическое функционирование, RP– ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT – жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MH – психическое здоровье, PH – физический компонент здоровья, MH#- психический компонент здоровья, * – умеренные и выраженные проявления

симптоматики ПТСР, ** – различия в группах по отношению к контрольной группе (без патологии ЖКТ), ns – нет статистической достоверности

Таблица 4

Биохимические показатели крови у ветеранов боевых действий с хроническим вирусным гепатитом С и перенесшие вирусный гепатит А (M±m)

Показатели крови	Контрольная группа #	Гепатит А	Гепатит С
Общий билирубин	14,9±0,8	19,4±2,8	13,4±2,2
Прямой билирубин	3,9±0,2	5,1±0,7	4,5±1,3
Непрямой билирубин	3,9±0,6	13,9±2,1	8,9±1,1
АЛТ	27,6±1,7	55,2±13,2	109,2±2,9*
АСТ	27,6±1,7	55,5±13,2	119,8±2,9*
Тимоловая проба	1,9±0,2	3,05±0,7	5,4±1,4**
Общий холестерин	5,3±0,1	5,4±0,3	3,9±0,3
ЛПОНП	0,74±0,03	0,8±0,1	0,44±0,01
ЛПНП	3,3±0,1	3,3±0,3	2,3±0,1
ЛПВП	1,3±0,04	1,3±0,1	1,3±0,04
Ка	3,4±0,2	3,8±0,5	2,2±0,2
ГГТ	68,9±11,6	387±17,4	177±12,8
Щелочная фосфатаза	183,9±13,1	248,3±36,4	234,5±21,5

Примечание: АЛТ – аланинаминотрансфераза, АСТ – аспартаминотрансфераза, ЛПОНП – липопротеиды очень низкой плотности, ЛПНП – липопротеиды низкой плотности, ЛПВП – липопротеиды высокой плотности, Ка – коэффициент атерогенности, # – пациенты не перенесшие вирусные гепатиты А и С, достоверность различий с контрольной группой * – $p < 0,0001$, ** – $p < 0,001$

ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ УРЕМИИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Н.Н. Пикалова¹, Е.А. Мовчан²

Стационар ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России¹

Новосибирский государственный медицинский университет²,

г. Новосибирск

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является неизбежным и естественным исходом целого ряда заболеваний, при этом спектр хронических болезней почек за последние десятилетия существенно расширился, что объясняется, прежде всего, общим старением населения и ростом заболеваемости артериальной гипертонией, сахарным диабетом и атеросклерозом с учащением сосудистых поражений почек. Как следствие, в последние годы повсеместно отмечается тенденция к неуклонному росту числа больных, страдающих ХПН. Другим фактором, определяющим эту же тенденцию, является значительный прогресс в области заместительной почечной терапии (ЗПТ), удлинении продолжительности жизни больных, что приводит к непрерывному росту числа больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН), увеличению количества сопутствующей патологии [9]. В России, как и в большинстве стран, большинство пациентов с ТХПН получают заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа (ПГД) [2].

Пациенты с ТХПН имеют целый ряд тяжелых нарушений, свойственных уремии. Даже в процессе ЗПТ гемодиализом сохраняются нарушения эритропоэза, костно-минерального обмена, белково-энергетическая недостаточность. Наряду с физическими последствиями, большой ТХПН имеет целый ряд психотравмирующих факторов: необходимость аппаратного лечения, частые визиты в клинику, необходимость менять работу или невозможность её выполнять, иногда – невозможность общения или разрыв с близкими людьми, т. е. в целом страдает качество жизни. Возникает необходимость адаптации к новым, вызванным болезнью и лечением условиям жизни [8]. Сопутствующие заболевания, в отличие от большинства лабораторных и клинических показателей, отражающих состояние больного на относительно небольшом отрезке времени, определяют клиническую тяжесть и прогноз лечения в долгосрочной перспективе. Известно, что состояние конкретного больного определяется не просто количеством имеющихся у него заболеваний, а их тяжестью и влиянием на качество и

прогноз жизни. Для комплексной оценки соматической отягощенности используются индексы коморбидности, и одним из наиболее удобных является индекс коморбидности М.Е. Charlson. Он представляет собой балльную систему оценки возраста и наличия определённых сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых, заболеваний лёгких, желудочно-кишечного тракта, наличие сахарного диабета) [1,11]. В предшествующих исследованиях установлена хорошая прогностическая ценность индекса коморбидности в отношении выживаемости у больных на диализе [14].

В связи с наличием физических и психологических травмирующих факторов, ограничением жизнедеятельности в различных сферах, наряду с оценкой физических, лабораторных параметров, важным становится субъективная оценка своего здоровья самим больным. С этой целью в различных сферах медицины в последние десятилетия широко проводятся исследования параметров качества жизни с помощью общих и специальных опросников. Наиболее часто используемым общим опросником является «SF-36 Health Status Survey» (SF-36) [5]. Показатели качества жизни могут быть полезны для максимальной индивидуализации терапии, разработки комплекса индивидуальных реабилитационных мероприятий [6].

Целью работы явилось изучение влияния осложнений уремии и сопутствующей патологии на основные показатели КЖ пациентов на ПГД.

Материалы и методы. В исследование были включены 76 пациентов с ТХПН, находившихся на лечении ПГД в областном нефрологическом центре на базе ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». Характеристика группы обследованных пациентов представлена в таблице 1.

КЖ изучалось субъективным методом с помощью общего опросника SF-36, измеряющего функции физического здоровья: физическое функционирование, т.е. способность выдерживать физические нагрузки (ФФ); ролевое физическое функционирование, отражающее влияние физического состояния на повседневную деятельность (РФФ); интенсивность боли и влияние боли на повседневную деятельность (Б); общее состояние здоровья (ОЗ), а также основные параметры психического здоровья: общую активность, энергичность (Э); социальное функционирование (СФ); ролевое эмоциональное функционирование, характеризующее влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность (РЭФ); психическое здоровье (ПЗ). Оценивался так же индекс коморбидности по М.Е. Charlson, параметры, отражающие наличие анемического синдрома (уровень гемоглобина), нарушения костно-минерального обмена (паратгормон, фосфор, кальций крови), характер питания (масса тела, индекс массы тела (ИМТ), уровень альбумина крови).

Статистическая обработка результатов выполнена по программе SPSS 11.5 и включала расчет средней и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$),

медианы (Me), 25 и 75 квартилей, достоверности различий между группами по Манну-Уитни, корреляционных связей – по ранговому методу Спирмена (r_s). Проводился линейный и пошаговый множественный регрессионный анализ. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средние показатели КЖ по шкалам опросника SF-36 в зависимости от клинико-лабораторных параметров у больных на ПГД представлены в таблице 2. При сравнении показателей КЖ в зависимости от ИМТ выявлено, что при низких значениях ИМТ показатели КЖ достоверно выше по шкале физического функционирования и общего здоровья. Это может быть связано с относительно менее адекватным диализом у пациентов с большей массой тела, о чем свидетельствует отрицательная корреляция между ИМТ и величиной Kt/V ($r_s = -0,235$, $p = 0,041$).

В то же время при уровне альбумина выше 40 г/л показатели КЖ выше по всем шкалам, достоверность достигнута по шкале влияния боли на повседневную деятельность, витальности (энергичности), что говорит о том, что отсутствие белково-энергетической недостаточности позволяет ощущать себя полным сил и энергии. В работах, выполненных ранее, также отмечалось положительное влияние достаточного уровня альбумина на параметры КЖ у диализных больных [3,12].

Не выявлено достоверных различий по показателям КЖ между группами в зависимости от факта достижения или не достижения целевого уровня гемоглобина 110 г/л. Полученные данные отличаются от выводов других авторов [3,4,7].

При поддержании рекомендуемого уровня фосфора крови $\leq 1,78$ ммоль/л [15], показатели КЖ наших пациентов были достоверно выше по шкале влияния боли на повседневную деятельность. Данный факт может косвенно отражать связь вторичного гиперпаратиреоза и его клинических проявлений (оссалгий, патологических переломов) с гиперфосфатемией, хотя выявленные положительные корреляционные связи между уровнем фосфора крови и паратгормона оказались недостоверными ($r_s = 0,120$, $p = 0,3$). На следующем этапе пациенты были разделены по уровню паратгормона на три группы. 1 группу составили больные с содержанием паратгормона ниже 150 пг/мл, что характеризует наличие низкого костного обмена, т.е. адинамической болезни кости. 2-ая группа включала больных с содержанием паратгормона 150-300 пг/мл (норма для диализных пациентов, рекомендуемая KDOQI, 2009 г.), а 3-я группа – пациентов с паратгормоном выше 300 пг/мл, что расценивается как вторичный гиперпаратиреоз. Достоверных различий показателей КЖ между группами не выявлено. Российские исследования по этому вопросу немногочисленны. В работе Н.Н. Петровой [7] показано отрицательное влияние вторичного гиперпаратиреоза на показатели КЖ. В работе Malindretos P. и др. [13] обнаружено,

что пациенты, у которых уровень паратгормона был выше 300 пг/мл, показали более низкие значения КЖ по сравнению с пациентами с уровнем паратгормона менее 300 пг/мл по шкале влияния боли на повседневную деятельность ($p=0,041$).

Учитывая сложные патогенетические взаимосвязи клинико-лабораторных показателей у больных ТХПН, проведен корреляционный анализ между возрастом, длительностью ПГД, массой тела, ИМТ, уровнем гемоглобина, альбумина, фосфора, кальция, паратгормона, индексом коморбидности у наших пациентов. Выявлены корреляционные связи между длительностью лечения ПГД и уровнем паратгормона ($r_s=0,322$, $p=0,005$), возрастом и индексом коморбидности ($r_s=0,394$, $p=0,001$). Полученные результаты соответствуют общепринятой характеристике диализных пациентов: при увеличении диализного стажа уровень паратгормона повышается, что отчасти объясняется отсутствием доступности адекватной терапии вторичного гиперпаратиреоза. С увеличением возраста увеличивается количество сопутствующих заболеваний, что так же является закономерным.

В таблице 3 представлены результаты корреляционного анализа по Спирмену между параметрами КЖ и исследуемыми показателями. Полученные результаты подтвердили, что ИМТ отрицательно коррелирует с показателями КЖ, хотя статистической достоверности не получено. Уровень альбумина имеет достоверную положительную корреляцию с общей энергичностью (витальностью), при повышении уровня фосфора параметры КЖ снижаются, достоверность достигнута по шкале влияния боли на повседневную деятельность и общее здоровье. При увеличении индекса коморбидности снижаются все параметры КЖ, по четырем шкалам (ФФ, Б, Э, СФ) эти взаимосвязи достоверны. Негативное влияние сопутствующей патологии на показатели КЖ отражено и в работах других авторов [3,10,12].

Для определения основных факторов, оказывающих влияние на показатели КЖ, проводился линейный, а затем пошаговый множественный регрессионный анализ. В качестве зависимых переменных выступали шкалы КЖ, в качестве независимых – уровень альбумина, ИМТ, уровень гемоглобина, индекс коморбидности по М.Е. Charlson.

При проведении прямого и затем пошагового регрессионного анализа выявлены следующие взаимосвязи: по шкале ФФ – с индексом коморбидности (R^2 модели=0,139; $B=-6,776$; $p=0,001$), по шкале Б – с индексом коморбидности, уровнем фосфора (R^2 модели=0,201; $B=-6,896$ и $-11,212$ соответственно; $p=0,001$), по шкале Э – с уровнем альбумина, индексом коморбидности (R^2 модели=0,149; $B=2,208$ и $B=-4,667$ соответственно; $p=0,003$), по шкале СФ – с уровнем гемоглобина и индексом коморбидности (R^2 модели 0,122; $B=0,390$ и $B=-5,892$ соответственно; $p=0,009$).

Таким образом, на показатели КЖ больных на ПГД положительное влияние оказывают нормальные уровни альбумина и гемоглобина крови, а с увеличением уровня фосфора, индекса коморбидности показатели КЖ гемодиализных больных снижаются. Высокая частота, связь с КЖ и большое прогностическое значение осложнений уремии и сопутствующей патологии у больных на ПГД требуют обратить внимание на тщательное комплексное обследование, профилактику и лечение выявленных нарушений.

Литература:

1. Бикбов, Б.Т., Томилина Н.А. О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2003 г // Нефрология и диализ. – 2005. – Т.7, № 3. – С. 204-275.
2. Бикбов, Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2009 г // Нефрология и диализ. – 2011. –Т.13, № 3. – С. 150-264.
3. Васильева И.А. Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции: Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. – Санкт-Петербург, 2010. – 45 с.
4. Горин А.А., Денисов А.Ю., Шилов В.Ю. Комплексный подход к оценке качества жизни больных, находящихся на программном гемодиализе // Нефрология и диализ. – 2001. – № 2. – С. 128-131.
5. Земченков А.Ю., Кондуров С.В., Гаврик С.Л., Райхельсон К.Л., Эйдельштейн В.А. Качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, корригируемой заместительной терапией// Нефрология и диализ. – 1999;. – № 2-3. – С. 118-127.
6. Новик А.А, Ионова Т.И. Концепция исследования качества жизни в медицине / СПб.: «Элби», 1999. – 140 с.
7. Петрова Н.Н., Тимофеев М.М., Челноков Б.Н., Васильев В.В. Эффективность гемодиализа и качество жизни больных// Нефрология. – 1997. – Т.1(3). – С. 77-81.
8. Петрова Н.Н. Концепция качества жизни у больных на заместительной почечной терапии // Нефрология и диализ. – 2002;. – № 1. – С. 9-14.
9. Томилина Н.А. Хроническая почечная недостаточность / Медицинская газета №52.–2005
10. Ardine de Wit G, Maruschka P at all. Health profiles and health preferences of dialysis patients// Nefrol Dial Transplant.– 2002. – №17. – P. 86-92

11. Charlson ME., Pompei P., Ales KL. et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. // J Chron Dis.– 1987.– № 40. – P. 373-383.

12. Lopes A. et al. Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS// Qual Life Res.– 2007. – Т.16(4).– P. 545-557.

13. Malindretos P, Sarafidis P, Lazaridis A, Nikolaidis P. A study of the association of higher parathormone levels with health-related quality of life in hemodialysis patients// Clin Nephrol.– 2012. – №77(3).– P. 196-203.

14. van de Manen J.G., Korevaar J.C, Dekker F.W. et al. How to adjust for comorbidity in survival studies in ESRD patients: a comparison of different indices.// Am J Kidney Dis. – 2002.–№40. – P. 82–89.

15. KDOQI Clinical Practice Guidelines for Bone Metabolism and Disease in Chronic Kidney Disease-[Электронный ресурс].-URL: http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_bone/index.htm (дата обращения: 13.05.2012).

Таблица 1

Характеристика пациентов на ПГД (n=76)

Показатели	Число больных	
	абс.	%
Пол: мужской/ женский	46/30	60,5/39,5
Средний возраст, годы (M±σ)	37,8±8,9	
Средняя продолжительность лечения ПГД, мес. (Me, 25 %;75 %) (min-max)	78,5 (38,7;116,2) (6-226)	
Заболевание, приведшее к ТХПН:		
Хронический гломерулонефрит	44	57,9
Поликистоз	11	14,5
Аномалия развития МВП	10	13,2
Сахарный диабет	3	3,9
Нефроангиосклероз	1	1,3
Прочие*	7	9,2
Индекс адекватности диализа Kt/V		
<1,2	21	27,6
≥1,2	55	72,4
Масса тела (M±σ)	70,5±12,9	
ИМТ (M±σ)	22,8±3,5	
ИМТ <18,5	2	2,6
ИМТ 18,5-24,9	46	60,6

ИМТ >24,9	28	36,8
Гемоглобин, г/л (M±σ)	104,2±13,9	
Целевой гемоглобин 110 г/л достигнут/не достигнут	30/46	39,5/60,5
Альбумин, г/л (M±σ)	40,6±3,4	
Альбумин <40 г/л	33	43,4
Альбумин ≥40 г/л	43	56,6
Фосфор, моль/л (M±σ)	2,5±0,75	
Фосфор ≤1,78 ммоль/л	12	16
Фосфор >1,78 ммоль/л	64	84
Кальций, моль/л (M±σ)	2,3±0,26	
Кальций <2,11 ммоль/л	18	24
Кальций ≥2,11 ммоль/л	58	76
Паратгормон, пг/мл (Me, 25 %;75 %) (min-max)	800(247;1842,7) (20,8-4910)	
Паратгормон <150 пг/мл	12	16
Паратгормон 150-300 пг/мл	8	10
Паратгормон >300 пг/мл	56	74
Индекс коморбидности по M. E. Charlson (Me, 25 %;75 %) (min-max)	3 (2;4) (2-6)	

Примечание: * тубулоинтерстициальный нефрит – 4случая, синдром Фанкони – 2случая, синдром Гудпасчера – 1 случай.

Таблица 2

Показатели КЖ РПТ в зависимости от уровня ИМТ, альбумина (г/л), фосфора (ммоль/л) (M±σ).

	ФФ	РФ	Б	ОЗ	Э	СФ	РЭФ	ПЗ
ИМТ<18,5 (n=2)	95,0±0,0	87,5±17,6	51,0±14,0	73,5±12,0	72,5±38,9	75±35,4	100±0,0	70,0±19,8
ИМТ 18,5-24,9 (n=46)	70,3±21,0	44,0±42,2	59,7±25,9	48,2±15,1	57,6±19,8	68,7±24,1	65,2±41,5	67,9±16,5
ИМТ>24,9 (n=28)	65,9±21,5	53,6±41,2	55,8±26,2	44,5±19,6	53,9±20,4	67,4±24,6	61,9±43,2	63,8±15,2
p 1-2	0,029	0,178	0,602	0,039	0,604	0,813	0,228	0,796
p 1-3	0,044	0,303	0,833	0,055	0,530	0,703	0,202	0,834

p 2-3	0,387	0,332	0,437	0,356	0,679	0,764	0,706	0,295
Альбумин <40 (n=33)	66,2± 20,9	37,8± 38,5	52± 23,8	45,6± 20,4	48,9± 20,2	64,4± 26,9	60,6± 43,6	63,5± 16,2
Альбумин ≥40 (n=43)	71,7± 21,5	56,9± 42,7	62,6± 26,3	48,9± 14,6	62,5± 18,7	71,5± 21,7	68,2± 40,5	68,7± 15,7
p	0,268	0,054	0,040	0,377	0,001	0,158	0,512	0,145
Фосфор <1,78 (n=12)	77,5± 15,3	54,1± 46,26	76,3± 23,7	41,9± 12,0	59,6± 16,8	73,9± 21,6	80,5± 36,1	65,0± 14,0
Фосфор ≥1,78 (n=64)	67,8± 22,0	47,6± 41,2	54,6± 24,7	48,5± 18,0	56,0± 21,0	67,4± 24,6	61,9± 42,4	66,7± 16,5
p	0,260	0,621	0,007	0,189	0,726	0,397	0,131	0,515

Таблица 3

**Корреляционные связи между показателями КЖ и
клинико-лабораторными характеристиками пациентов на ПГД (r).**

	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Э	СФ	РЭФ	ПЗ
ИМТ	-0,198	0,028	-0,073	-0,165	-0,101	-0,120	-0,102	-0,105
p	0,086	0,811	0,528	0,154	0,385	0,303	0,379	0,366
Уровень аль- бумина	0,125	0,202	0,208	0,043	0,357	0,196	0,058	0,195
p	0,283	0,081	0,071	0,711	0,002	0,089	0,617	0,092
Уровень ге- моглобина	0,111	0,015	-0,089	-0,198	0,084	0,157	0,155	0,130
p	0,338	0,897	0,444	0,087	0,471	0,177	0,182	0,263
Уровень фос- фора	-0,046	0,016	-0,266	-0,233	-0,130	-0,142	-0,141	-0,171
p	0,696	0,892	0,020	0,043	0,261	0,220	0,224	0,139
Индекс ко- морбидности	-0,329	-0,194	-0,320	-0,103	-0,247	-0,271	-0,185	-0,159
p	0,004	0,094	0,005	0,374	0,032	0,018	0,109	0,170

РОЛЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ УРЕТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

И.Н. Печурина, А.А. Еркович, Д.С. Врабие
Отделение урологии ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, Новосибирск

Цель исследования: снизить количества рецидивов и послеоперационных осложнений у больных после урогенитальной реконструкции

Проведен анализ историй болезни 52 пациентов урологического отделения, поликлиники №1 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, урологического медицинского центра, прооперированных по поводу стриктуры уретры в 2005-2011 г. Были выполнены следующие виды операций: оптическая уретротомия – 13, буккальная уретропластика – 19, кожно-фасциальная уретропластика – 9, анастомотическая уретропластика 11 человек. Выделены две группы пациентов. В первую группу (42 человека) включены пациенты, у которых была применена программа ранней реабилитации рассчитанная согласно патофизиологическим срокам формирования рубца (до 30 суток п/о ведения), направленная на устранение или ослабление факторов, способствующих фиброгенезу: ГБО терапия 10 сеансов, ФТЛ – магнитолазеротерапия на область исследования – 10 процедур, антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, иммунокорректоры по данным иммунограммы. Вторая группа (10 человек) из пациентов получала традиционную терапию: ФТЛ – магнитолазеротерапия на область исследования – 10 процедур, антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Результаты оценены через 6 месяцев проводимого лечения на основании данных шкалы IPSS, уретрографии, урофлуометрии, уретроцистоскопии.

В первой группе пациентов рецидив стриктуры отмечен у 2 человек (4,76 %), свищи уретры, эректильной деформации не зарегистрированы, ухудшение качества эрекции было зарегистрировано у 2 человек (4,76 %).

В группе пациентов, получавших традиционную терапию, рестриктуры уретры возникли у 3 человек (30 %), свищ уретры – у 1 человека (3,3 %), ухудшение эректильной функции у 3 человек (30 %).

Т.о. программа ранней реабилитационной терапии после реконструкции уретры объективно снижает частоту рецидивов и послеоперационных осложнений.

Выводы:

1. Ранняя реабилитационная терапия после урогенитальной реконструкции основана на патогенетических механизмах репарации.
2. Позволяет снизить количество рецидивов и послеоперационных осложнений.
3. Может быть рекомендована для практического применения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Л.В. Пронина, Н.О. Пронина, О.В. Пронин
Неврологическое отделение ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России,
Новосибирск

Одна из проблем общественного здоровья вызвана старением населения и связанного с этим увеличением распространенности хронической боли (ХБ). Число лиц с ХБ в популяции может составлять от 2 до 50 % [1] при этом спинальные болевые проявления отмечаются в 54÷80 % т.е. намного чаще [2]. Хроническая (патологическая) боль представляет собой патологический процесс, заключающийся в развёртывании последовательных специфических реакций на болевой раздражитель, теряющих свой первоначальный защитно-приспособительный характер (Павленко С.С., 2002). Среди факторов риска выделяются, в первую очередь демографические факторы – пожилой возраст, пол (женщины). Далее следуют социальные факторы – материальный статус (одинокое, разведённые, овдовевшие), уровень доходов (низкие доходы). На третьем месте – интенсивность боли и предшествующий болевой опыт, аффективные состояния при возникновении острой боли (тревога, депрессия). Злоупотребление алкоголем и лекарственными средствами. И может оказывать влияние сама возможность компенсационной выплаты, например, возможность получения социального пособия (Turk D. С., 1997).

Цель исследования: оценка факторов влияющих на восприятие, особенности протекания и дифференциальной диагностики болевой симптоматики (БС) в неврологической клинике.

Пациенты – 382 человека в возрасте от 14 до 76 лет ($42,9 \pm 16,6$ лет) которые проходили лечение в период с 2005 по 2007 гг. в неврологическом отделении бассейновой больницы Новосибирска. Мужчины составили 28,6 % ($37,5 \pm 15,5$ лет), женщины 71,4 %, ($45,6 \pm 16,4$ лет). Время от начала появления болей до момента госпитализации было в диапазоне 7 дней – 1 год, в среднем $3,1 \pm 0,3$ месяца (мужчины/женщины $4,6 \pm 2,4 / 2,4 \pm 2,1$ месяца). Продолжительность лечения болевого синдрома в клинике составляла от 14 до 21 койко-дней.

Показаниями для госпитализации служили следующие состояния: БС длительностью не менее 1 месяца, интенсивность которого не уменьшается под влиянием стандартной терапии (75 случаев – 19,6 %). Пациенты с БС, у которых, не смотря на снижение под влиянием стандартной терапии интенсивности болевого ощущения, не восстановилась трудоспособность и сохраняется значительное снижение качества жизни, требующих специальных методов терапии (201 случай – 52,6 %). БС, требующий

интенсивной комплексной, комбинированной терапии с тщательным подбором дозы лекарственных препаратов – постгерпетическая невралгия, тригеминальная, фантомные боли и т.п. (5 случаев – 1,3 %). БС лечение, которого осложнилось толерантностью к проводимой терапии и лекарственной зависимостью, адверсивными реакциями (21 случай – 5,5 %). БС протекающий на коморбидно отягощенном фоне, т.е. требующего мультидисциплинарного этапного лечения – ортопедического, нейрохирургического, ангиологического, онкологического (36 случаев – 9,4 %). БС с неустановленной причиной (29 случаев – 7,6 %). Мигренозные состояния 1 случай – 0,3 %.

Инструментарий для регистрации болевых проявлений. Оценка боли проводилась по нескольким методикам – визуально аналоговой шкале (ВАШ), где пациентом делалась отметка на отрезке горизонтальной линии. Крайнее левое/правое положения: отсутствие-максимум болевых проявлений, средняя оценка ВАШ $0,4 \pm 0,3$ балла ($0,3 \pm 0,2 / 0,4 \pm 0,3$ балла). Опросник Мак Гилла включающий 11 пунктов по сенсорной оценке болевых проявлений и связанных с этим аффективных нарушений. Интенсивность оценивалась по 4-х бальной шкале: 0 – нет, 1 – незначительно, 2 – средне, 3 – выражено. Связь болевых проявлений с движением, временем суток изучалась с помощью ВРШБ. Все пациенты получали стандартную лекарственную помощь, которая включала назначение антидепрессантов и физиотерапевтические процедуры. Структура болевой патологии. Из 382 больных в 62 % основная причина болевого синдрома – остеохондроз шейно-грудного, поясничных отделов позвоночника. БС, связанный с реактивным артритом, артрозом в 10 %. Отмечались головные боли в 9 %, где выявлялись мигренозные состояния, арахноидиты. В 7 % случаев это были боли вызванные невралгией тройничного нерва. Висцеро-вертеброгенный синдромом 4 % от числа всех пациентов, где были характерны боли в области живота. Кардиалгический синдром с болевыми проявлениями в грудной клетке отмечен в 4 %. Такое же число больных 4 %, с недифференцированными состояниями, где основанная причина болевых проявлений связывалась с хронической сосудистой и церебральной недостаточностью. Также при углубленном обследовании выявлено, что в 1 % случаев болевой синдром был вызван метастазами опухолей в костную систему и органы малого таза.

При оценке интенсивности изменения боли в зависимости от дня лечения по шкале ВАШ нами были выявлены несколько групп пациентов. Первая – с четкой тенденцией к снижению боли 56 % (ВАШ $0,35 \pm 0,2$ балла). Вторая – с усилением восприятия болевых ощущений после 5-7 дня лечения 17,3 % ($0,4 \pm 0,3$ балла), где можно предположить, что вероятнее всего в этой группе были пациенты с конверсионными нарушениями. Третья – ипохондрический тип реагирования (идеопатические боли) – оценка

боли оставалась на одном уровне 25,3 % ($0,43 \pm 0,3$ балла); Четвертая – по типу психогений – настойчиво отмечали ежедневное повышение боли 1,3 % ($0,11 \pm 0,1$ балла), независимо от вида проводимой терапии.

При сравнительном анализе ВРШБ на момент поступления и при выписке оказалось, что можно ожидать редуцирования болевых ощущений наблюдавшихся ранее в покое ($P=0,001$; $F=3,5$; $df=9$); связанных с движением ($P=0,001$; $F=3,6$; $df=9$). По этой шкале не было выявлено достоверной динамики снижения ночных болей ($P=0,134$; $F=1,6$; $df=9$). При этом была высокая корреляционная связь с такой характеристикой боли, как «изматывающая» ($r_{sp}=0,41$; $P=0,01$); «мучительное наказание» ($r_{sp}=0,40$; $P=0,01$); «режущая» ($r_{sp}=0,31$; $P=0,05$). Высокая интенсивность жалоб на ночные боли отмечаемых как «грызущие» ($r_{sp}=0,35$; $P=0,01$) характерна для пациентов старших возрастов. У пациентов старше 42 лет необходимо дополнительное тестирование эмоционального состояния, т.к. восприятие боли не зависит от лечения и как бы «застывает» на одном уровне.

Возрастно-половые особенности восприятия болевых ощущений. Можно отметить, что имеется определенная связь оценки интенсивности боли на момент госпитализации (Д0) и возрастом пациента, которая имеет тенденцию к повышению. Больные становятся все более зависимыми от лечебных процедур и медикаментозных назначений, заметна тенденция к развитию госпитализма в инволюционном возрасте.

Отмечается различная интенсивность восприятия болевых проявлений у мужчин и женщин. Частотная характеристика и интенсивность (максимум 3 балла) проявлений жалоб на боли по опроснику Мак Гилла показала, что у 78 % пациентов отмечались ноющие боли ($1,6 \pm 1,1$ балл); 49 % тянущие ($1,0 \pm 1,2$); 40 % ломящие ($0,9 \pm 1,2$); 33 % изматывающие ($0,7 \pm 1,1$). Менялась «окраска» боли в зависимости от ее локализации. Так при головной локализации боли она чаще характеризовалась как «ломающая», уровень шеи – «пульсирующая, тянущая, тошнотворная, страшная, мучительное наказание». Поясничный отдел – ноющая, стреляющая. К невропатическим болям, можно отнести те, которые больные характеризуют, как «жгучие» и они отмечены в 32 % ($0,7 \pm 1,1$). Менее 20 % пациентов отмечали такие характеристики боли, как «тошнотворная, мучительное наказание, страшная, режущая». Типичен мучительный («изнуряющий», «непереносимый») оттенок болей, отражающий особую, не свойственную конверсионным и другим психалгическим феноменам чувственную насыщенность ощущений; характерна также четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям. Все это позволяет предположить наличие коморбидно отягощенного фона обусловленного формированием хронического соматоформного болевого расстройства у больных с таким восприятием боли.

В заключении необходимо подчеркнуть, что выявленный клинический патоморфоз связанный с характером восприятия боли во время стационарного лечения, позволяет предложить такие характеристики боли, как «уменьшение», «усиление-снижение», «отсутствие изменений», «ухудшение». Такие оценочные критерии БС позволяют более индивидуально подходить к терапии ХБ. Очевидна роль соматической вертеброгенной, сосудистой патологии как пускового механизма развития ХБ, формирование которой в дальнейшем амплифицирует развитие психических, конверсионных нарушений в форме коморбидных соматоформных расстройств. При этом решение проблемы, оказания общей и специализированной медицинской помощи данной категории пациентов остается актуальной и в настоящее время.

Литература

1. Павленко С.С. Эпидемиология боли (обзор) /С.С. Павленко // Медицинский междисциплинарный научно-практический журнал «Боль и её лечение». Сибирский противоболевой фонд № 9, май, 1998г. <http://www.painstudy.ru/pjr> (Доступ 20.05.12)

2. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain / L. Manchikanti [et al.] // Pain Physician. 2009 Jul-Aug;12(4):E 35-70.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВТОРНЫХ КУРСОВ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

В.А. Чистякова, Н.Г. Катаева

Филиал № 2 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России (Томская больница)

Цель исследования. Оценить эффективность проведения повторных курсов реабилитации в условиях стационара в восстановительном периоде после перенесенного инсульта.

Материал и методы. В неврологическом отделении Филиала №2 – Томской больницы СОМЦ ФМБА России восстановительное лечение проведено 74 больным в течение первого года после перенесенного инсульта. Пациенты были разделены на 3 группы: в 1 группе пациенты прошли курс физической реабилитации в раннем восстановительном периоде (РВП) и осмотрены в динамике через 6 месяцев после выписки (19 человек), во 2 группе курс лечения проведен дважды в течение всего восстановительного периода (25 человек), пациенты 3 группы (30 человек) прошли курс реабилитации в условиях стационара только в позднем восстановительном периоде (ПВП), до этого наблюдались в амбулаторных условиях. Для оценки

степени пареза использовалась 6-ти балльная шкала, разработанная в НИИ неврологии РАМН. Результат лечения оценивался по трем уровням: 1) значительное улучшение – соответствует уменьшению степени пареза и степени нарушения ходьбы на 1,5-2 балла от исходного уровня, например, замену выраженного пареза легким; 2) умеренное улучшение – уменьшение степени пареза на 1-1,5 балла от исходного уровня, например, замену выраженного пареза умеренным; 3) небольшое улучшение – увеличение объема произвольных движений лишь в отдельных суставах без существенных изменений двигательной функции.

Результаты исследования. За весь период наблюдения в 1 группе отмечалось небольшое улучшение у 73,7 % больных, умеренное – у 10,5 % и значительное у 15,8 % больных. Во 2-ой группе небольшое улучшение достигнуто в 28 % случаях, тогда как умеренное и значительное улучшение получено в 72 % случаев (36 % – умеренное, 36 % – значительное). В 3 группе в 96,7 % случаях отмечалось небольшое улучшение и лишь в 3,3 % (1 случай) – умеренное улучшение. Пациентов со значительным улучшением не было. В 1 группе к концу восстановительного периода после перенесенного инсульта степень гемипареза регрессировала на $0,82 \pm 0,77$ баллов, во 2 группе после двух курсов лечения на $1,39 \pm 0,79$ балла ($p < 0,05$). В третьей подгруппе получено улучшение всего на $0,35 \pm 0,29$ балла. Кроме того, у пациентов 3 группы, при поступлении наблюдалось значительное ($p < 0,05$), по сравнению с 1 и 2 группами, повышение мышечного тонуса в паретичных конечностях.

Выводы. Проведение повторных курсов реабилитации в условиях стационара в восстановительном периоде после перенесенного инсульта достоверно улучшает состояние двигательных функций и предотвращает развитие мышечных контрактур.

АННОТАЦИИ

SUMMARY

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

SOME RESULTS OF THE WORK AND PROSPECTS FGBUZ SOMTS FMBA RUSSIA

О.В. Стрельченко

O.V. Strelchenko

В статье приведены результаты деятельности ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России за последние годы. Наряду с достижениями, указаны и существующие проблемы. Исходя из сложившейся ситуации, в соответствии с Концепцией развития здравоохранения страны на период до 2020 года, основных документов ФМБА России, определены основные направления деятельности и развития учреждения.

The results of FGBUZ SOMTS FMBA of Russia in recent years. Along with the achievements and challenges are. Based on the current situation, in accordance with the concept of health development in the country until 2020, the basic documents of FMBA of Russia, the main directions of activity and development institutions.

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. ORGANIZATION OF HEALTH CARE

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ИСКУССТВЕННЫХ ПРЕРЫВАНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРОПАГАНДЫ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ ОБЩЕСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ.

SOCIOLOGICAL RESULTS OF EVALUATING THE PREVENTION ABORTION AND CONTRACEPTION PROPAGANDA METHODS OF PUBLIC ORGANIZATIONS.

Т.И. Алексеевская, С.В. Макаров,
Н.В. Шеломидо

T.I. Alekseevskaya, S.V. Makarov,
N.V. Shelomido

Аборт является не только медицинской проблемой, но так же стал проблемой социальной. Постоянно растет число беременностей в юном возрасте. Одним из результатов пренебрежительного отношения к ценностям человеческой жизни являются аборты. Офици-

Abortion is not only a medical problem, but it also became a social problem. Constantly increasing number of pregnancies at a young age. One result of the neglect of the values of human life is abortion. Official science has proven that the killing of a fetus - it is murder. We

альная наука доказала, что умершвлe- prove that the baby's heart starts
ние плода – это убийство человека. До- beating at 14-21 days after concep-
казано, что сердце ребенка начинает tion, and after 43 days can be de-
биться на 14-21 день после зачатия, a terminated gyrus.
после 43-х дней можно определить из-
вилины мозга.

**ИНТЕГРИРОВАННАЯ ОЦЕНКА
ЗНАЧИМОСТИ КЛАССОВ БОЛЕЗ-
НЕЙ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАР
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ**

**INTEGRATED ASSESSMENT
OF THE SIGNIFICANCE OF
THE CLASSES OF DISEASE IN
HOSPITALIZATION-patient
FGBUZ SOMTS FMBA RUSSIA**

Е.А. Бабенко, А.И. Бабенко

E.A. Babenko, A. I. Babenko

При развитии программы модерни- With the development program
зации здравоохранения большое внима- to modernize health care focuses on
ние уделяется внедрению новых техно- the introduction of new technology
логий диагностического и лечебного diagnostic and therapeutic proc-
процессов. Наиболее затратным видом esses. The most expensive type of
медицинской помощи является стацио- care is fixed. Improvement of
нарная. Совершенствование этого звена health care associated with the
здравоохранения связано с расслоением bundle of care on the technological
медицинской помощи по технологиче- principle that, according to the V.I.
скому принципу, что, по мнению В.И. Starodubova [2], IN Denisov [1],
Стародубова [2], И.Н. Денисова [1], ОП Shchepin [3], etc., determines
О.П. Щепина [3] и др., определяет не- the need for a differentiated ap-
обходимость дифференцированного proach to the need for inpatient care
подхода к потребности в стационарной and is determined by the nature of
помощи и определяется характером the formation of patient flow. In
формирования потока пациентов. В turn, the amount and structure of
свою очередь, объем и структура госпи- hospitalization depends on the di-
тализации больных зависит от диагноза agnosis of underlying disease, the
основного заболевания, наличия про- availability of relevant departments,
фильных отделений, реализации соот- the implementation of appropriate
ветствующих диагностических и лечеб- diagnostic and therapeutic tech-
ных технологий.

**ЗДОРОВЬЕ, ОБРАЗ И КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕЙ
ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ
Г. НОВОСИБИРСКА**

(в рамках международного проекта
«Здоровые города»)

Н.И. Гомерова, Е.Л. Жиленко,
М.А. Захарова

HEALTH, IMAGE AND QUALITY OF LIFE, THE SENIOR AGE GROUP NOVOSIBIRSK (WITHIN THE PROJECT "HEALTHY CITIES")

N.I. Gomerova, E.I. Zhilenko,
M.A. Zakharova

In order to obtain information on the health, image and quality of life of older age groups of the population of Novosibirsk (persons over 55 years), and in connection with the sale on the territory of the international WHO project "Healthy Cities" experts Mkuze "Medical Information and Analytical Centre" developed a questionnaire and conducted a case study (as part of World Health Day and II veterans forum pedagogical work of the city of Novosibirsk, the Decade of the elderly). Sections of the questionnaire: self-assessment (health and family); lifestyle people (alcohol, smoking, physical activity, diet), living conditions and social activity of citizens. Based on data obtained by the study will form the profile of health of elderly citizens of the city of Novosibirsk.

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ
ГОРОДА НОВОСИБИРСКА
(на примере работников
учреждения бюджетной сферы
города Новосибирска)**

Е.Н. Дергачёва, М.А. Захарова,
Н.С. Виноградова

**POWER QUALITY ASSESS-
MENT OF POPULATION
CITY OF NOVOSIBIRSK
(for example, employees of public
sector institutions of the city of
Novosibirsk)**

E.N. Dergacheva, M.A. Zakharova,
N.S. Vinogradova

Ни для кого не секрет, что существует прямая зависимость между состоянием здоровья человека и его условиями жизни. Кроме того, широко известно, что проблемы, связанные с образом и условиями жизни человека, являются ключевыми в современной медицине.

Существенное значение среди аспектов, влияющих на здоровье человека, имеют такие социальные факторы, как питание населения, условия труда, быта и отдыха, активная жизненная позиция, материальное благополучие, отсутствие вредных привычек, доступность и качество медицинского обслуживания и т.д. Поэтому исследование питания населения могут дать важную информацию для оценки риска развития хронической неинфекционной патологии в системе социально-гигиенического мониторинга.

**РОЛЬ СКРИНИНГОВЫХ МЕТО-
ДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВ-
ЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗ-
ВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИН-
ФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В
ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДА
НОВОСИБИРСКА**

Е.Н. Дергачева, М.Л.Фомичева

Влияние основных факторов риска

It's no secret that there is a direct relationship between human health and living conditions. It is also widely known that the problems associated with the manner and conditions of life are crucial in modern medicine.

Essential aspects of that impact on human health are social factors such as nutrition, working conditions, welfare and recreation, active life, material well-being, the absence of bad habits, availability and quality of health care, etc. Therefore, nutrition studies can provide important information for risk assessment of chronic non-infectious diseases in the environment and health monitoring.

**THE ROLE OF RESEARCH
SCREENING METHODS TO
IDENTIFY RISK FACTOR FOR
CHRONIC NONCOMMUNI-
CABLE DISEASES IN THE
CITY OF NOVOSIBIRSK
HEALTH CENTERS**

E.N. Dergacheva, M.L. Fomicheva

The influence of the major risk

развития хронических неинфекционных заболеваний на смертность, качество и продолжительность жизни населения. Представлена новая структура профилактики – центры здоровья, их цели, задачи и основы функционирования. Оцениваются результаты обследования населения города Новосибирска, выполненного в центрах здоровья в 2011 году. Анализируется структура и частота выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди детей и взрослых в различных возрастных группах.

СОСТОЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ (2009-2011 ГГ.) **STATE SECURITY HOSPITAL INFECTION FGBUZ SOMC FMBA Russia (2009-2011 yy.)**

П.Ю. Зверев

P.Y. Zverev

Инфекционная безопасность лечебно-диагностического процесса приобретает все большую актуальность в связи с серьезными последствиями ее нарушения. По данным разных авторов внутрибольничные инфекции (ВБИ) поражают 5-10 % пациентов стационаров и занимают десятое место в ряду причин смертности населения. В статье описаны меры, принимаемые в стационаре по обеспечению инфекционной безопасности, а так же представлен анализ ее состояния в последние годы (2009-2011 гг.).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГЕСТОЗОВ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

EPIDEMIOLOGY OF GESTOSIS IN THE FAR NORTH

С.И. Кулинич, В.А. Крамарский,
А.С. Таюрская

S.I. Kulinich, V.A. Kramarsky,
A.S. Tayurskaya

Изучена частота распространения и особенности структуры гестозов при беременности и в родах в условиях Крайнего Севера на примере Усть-Кутского района за период 2006-2010 г.г. Проведенный анализ выявил более высокую частоту гестозов и высокий процент тяжелых форм (преэклампсия, эклампсия) в структуре всех гестозов по сравнению со среднероссийскими показателями, что требует более углубленного изучения особенностей течения гестозов в условиях Крайнего Севера, а также разработки комплекса эффективных мероприятий по профилактике осложнений гестозов и его тяжелых форм.

The frequency distribution and structural features of gestosis during pregnancy and childbirth in the Far North in the Ust-Kut district for the period 2006-2010 years. The analysis revealed a higher incidence of gestosis and the high percentage of severe (pre-eclampsia, eclampsia) in the structure of gestosis, compared with medium-Russian figures, which requires more in-depth study specific features of gestosis in the Far North, as well as the development of an effective prevention complications of gestosis and its severe forms.

ЧАСТОТА ГЕСТОЗОВ В РАЙОНАХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕЗАДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА БЕРЕМЕННЫХ В ОСОБЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

FREQUENCY OF GESTOSIS IN THE FAR NORTH AS A MANIFESTATION OF THE BODY OF A PREGNANT DISADAPTATION IN DISTINCT CLIMATE

С.И. Кулинич, В.А. Крамарский,
А.С. Таюрская

S.I. Kulinich, V.A. Kramarsky,
A.S. Tayurskaya

Изучена частота распространения и особенности структуры гестозов в условиях Крайнего Севера на примере Усть-Кутского района Иркутской области в сравнении с аналогичными показателями в г. Иркутске, расположенном на юге региона за период 2006-2010 г.г. В результате анализа выявлена более высокая частота гестозов в Усть-Кутском районе Иркутской области (в

The frequency distribution and structural features of gestosis in the Far North as an example of Ust-Kut district, Irkutsk region in comparison with those in the city of Irkutsk, which is located in the south of the region for the period 2006-2010 years. The analysis revealed a higher incidence of gestosis in Ust-Kut district of the Irkutsk region

6,7 раз) по сравнению с частотой гестоза (6.7 times) compared to the frequency of gestosis in the southern region, which is associated with features of climatic conditions.

**О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ
ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-
ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ**

**SOME ASPECTS OF THE IN-
FLUENCE OF SOCIO-
ECONOMIC FACTORS IN
THE STATE OF PUBLIC
HEALTH**

И.Ф. Мингазов

I.F. Mingazov

В статье делается анализ экологического и санитарно-гигиенического аспекта выживания населения. Для жителей Новосибирской области остается актуальным воздействие повышенных уровней бенз(а)пирена, формальдегида, окислов азота и углерода, взвешенных веществ, сажи в атмосферном воздухе. Мощным фактором, влияющим на состояние здоровья, является «жесткость климата» особенно показатель скорости изменения среднесуточной температуры воздуха и скорости изменения атмосферного давления. «Экологическое бремя болезней» под давлением неблагоприятных факторов среды (загрязненный атмосферный воздух, шум, повышенный уровень электромагнитной радиационной нагрузки, низкое качество питьевого водоснабжения и качество питания, скоростные изменения температуры и атмосферного давления, геомагнитные возмущения) воздействуя на население Новосибирской области, является дополнительной причиной повышенной смертности населения.

The article makes an analysis of ecological and hygienic aspects of the survival of the population. For residents of the Novosibirsk region remains relevant exposure to elevated levels of benzo (a) pyrene, formaldehyde, nitrogen oxides and carbon, particulate matter, soot in the air. A powerful factor in health, is the "rigidity of climate," especially the rate of change indicator of the average daily air temperature and the rate of change of atmospheric pressure. "Environmental burden of disease" under the pressure of adverse environmental factors (air pollution, noise, and increased levels of electromagnetic radiation exposure, poor quality of drinking water supply and quality of food, fast changes in temperature and atmospheric pressure, geomagnetic disturbances) acting on the population of the Novosibirsk region, an additional cause of increased mortality.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Л.В. Проскура, Л.А. Хван

В настоящее время объем работы Врачебной комиссии многопрофильного лечебного учреждения, объединяющего поликлинику и стационар, значительно увеличился. 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.

СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ НГАВТ

Л.П. Радченко¹, О.В. Стрельченко¹,
Н.А. Ворошилова, Л.В. Осадчук,
Т.А. Лейтан, А.А. Еркович,
А.В. Попова, И.Н. Печурина

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).

Сегодня все больше усиливается интерес к проблеме бесплодного брака и в частности мужского бесплодия, что является актуальной проблемой и при-

FEATURES OF THE BOARD OF MEDICAL INSTITUTIONS DIVERSIFIED MEDICAL

L.V. Proskura, L.A. Hvan

At present, the amount of the medical commission multi-hospital, clinic and hospital combines significantly increased. Experience Physicians Committee FGBUZ SOMTS FMBA of Russia shows that the structuring of the commission with the release of subcommittees of various activities, to optimize and improve the efficiency of its work.

СКРИНИНГОВОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ НГАВТ

Radchenko L.P.¹, Strelchenko O.V.¹, Voroshilova N.A.,
Osadchuk L.V., T. Leitão,
Erkovich A.A., Popova A.V.,
Pechurina I.N.

Restoration of reproductive health in Russia, with stored with negative demographic trends and depopulation in recent years has become one of the main activities of governments and health institutions, social policy (OV Sharapova, 2003).

Today more and more intensified interest in the problem of infertile marriages, and in particular male infertility, which is the actual

обретает особую медицинскую и социальную значимость. Учитывая, что удельный вес бесплодных браков в мире достигает 15%, причем половина из них обусловлена бесплодием мужчин и эти показатели неумолимо увеличиваются (Божедомов В.А., 2001).

problem and is of particular medical and social importance. Given that the proportion of infertile marriages in the world is 15%, half of them due to infertility and men, these figures are increasing steadily (Bozhedomov VA, 2001).

ИСТОРИЯ БОЛЬНИЦЫ ФИЛИАЛА №1 – ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ (АЛТАЙСКАЯ БОЛЬНИЦА)

Н.Г. Синяговская

С 1923 года по настоящее время в Алтайском крае существует медицинское учреждение, прошедшее большой путь от Линейной больницы водного транспорта до Филиала №1 Алтайской больницы ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России. Деятельность больницы внесла весомый вклад в здравоохранение Алтайского края, все годы обеспечивала квалифицированную медицинскую помощь работникам водного транспорта, за что сотрудники больницы неоднократно отмечались почетными грамотами, значками и другими ведомственными знаками отличия.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2011 ГОД

О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев, И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова, В.Г. Семенова

В статье представлены основные характеристики заболеваемости населения СФО за 2011 год и показаны основ-

HISTORY OF HOSPITALS BRANCH № 1 – FGBUZ SOMC FMBA RUSSIA (ALTAI HOSPITAL)

N.G. Synyagovskaya

From 1923 to the present time in the altai region there is a medical institution that has passed a long way from the linear water transport to the hospital branch № 1 hospitals altai fgbuz somts fmba of russia. The activities of the hospital has made a significant contribution to the health of the altai territory, all those years provided quality medical care to employees of water transport, for which the hospital staff have been repeatedly diplomas, badges and other departmental marks of distinction.

ANALYSIS OF INCIDENCE POPULATION SIBERIAN FEDERAL DISTRICT FOR THE YEAR 2011

O.V. Strelchenko, V.M. Chernyshev, I.F. Mingazov, E.V. Gerasimova, V.G. Semenova

Thus, our paper presents the main characteristics of the morbidity of the SFO in 2011, and shows

ные тенденции заболеваемости как детского, подросткового, взрослого и всего населения Сибирского Федерального округа. the main trends in incidence as a child, adolescent, adult and total population of the Siberian Federal District.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН Г. НОВОСИБИРСКА

EPIDEMIOLOGICAL DATA ON THE PREVALENCE OF ERECTILE DYSFUNCTION IN MEN NOVOSIBIRSK

О.В. Стрельченко, А.А. Еркович,
В.Н. Федоренко, М.В. Турганова,
О.С. Каменских, С.П. Деревянко

O.V. Strelchenko, A.A. Erkovich,
V.N. Fedorenko, M.V. Turganova,
O.S. Kamensky, S.P. Derevianko

Приведены результаты исследования распространённости эректильной дисфункции, вредных привычек и сопутствующих заболеваний среди мужчин г. Новосибирска. Выявлена взаимосвязь между образом жизни, наличием вредных и частотой эректильной дисфункции, как маркера сопутствующих заболеваний. Results yassledovanie prevalence of erectile dysfunction, addictions and related diseases among men in Novosibirsk. The interrelation between lifestyle, the availability of harmful and the frequency of erectile dysfunction as a marker of concomitant diseases.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ И ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ СЛУХОВОЙ СИСТЕМЫ У СОТРУДНИКОВ ОАО «ТОМСКАЯ СУДОХОДНАЯ КОМПАНИЯ» В УСЛОВИЯХ ПРОФВРЕДНОСТИ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИНВАЛИДИЗАЦИИ

STUDY LEVEL AND CHARACTER OF EMPLOYEES AUDITORY SYSTEM IN JSC "TOMSKAYASUDOHODNAYA COMPANY" IN PROFVREDNOSTI FOR EARLY DETECTION AND PREVENTION SENSORINEURAL HEARING LOSS DISABLEMENT

И.М. Строганова

I.M. Stroganova

На сегодняшний день актуально изучение процессов регуляции и компенсации регионарной гемодинамики для разработки эффективных критериев ранней диагностики нарушений мозгового кровообращения при обследовании и лечении больных нейросенсорной тугоухостью. Today the actual study the processes of regulation and compensation of regional hemodynamics to develop effective criteria for early diagnosis of cerebral circulatory disorders in the diagnosis and treatment of patients with sensorineural hearing loss.

Рекомендовано применять на практике гиперкапнические гипоксические дыхательные пробы не только для уточнения состояния дилатационного компонента цереброваскулярного резерва у больных нейросенсорной тугоухостью, а также с целью повышения толерантности головного мозга к гипоксии, в качестве лечебного фактора.

It is recommended to apply in practice hypercapnic hypoxic respiratory samples, not only to clarify the state of dilatation component of cerebrovascular reserve in patients with sensorineural hearing loss, as well as to improve the tolerance of the brain to hypoxia, as a therapeutic factor.

СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

SCREENING UBIQUITOUS ATHEROSCLEROSIS OF BRACHIOCEPHALIC ARTERIES

И.М. Строганова

I.M. Stroganova

Проблема раннего выявления и лечения атеросклероза церебральных артерий на поликлиническом этапе в нашей стране не решается, основные средства направляются для лечения осложнений атеросклероза – церебральных инсультов. Лишь немногие неврологи поликлинического звена достаточно хорошо знают клиническую картину ранних проявлений атеросклероза в разных сосудистых бассейнах, возможности современной неинвазивной инструментальной диагностики, диагностику липидных нарушений.

The problem of early detection and treatment of atherosclerosis of cerebral arteries at the polyclinic stage in our country is not solved, the major funds are used to treat complications of arteriosclerosis – cerebral strokes. Few neurologists polyclinics is well aware of the clinical picture of the early manifestations of atherosclerosis in different vascular regions, the possibilities of modern non-invasive diagnostic tool, diagnostic lipid abnormalities.

Таким образом, необходимо включения ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий в комплекс обследования всех больных с сердечно-сосудистой патологией вне зависимости от наличия или отсутствия проявлений неврологического дефицита.

Therefore, you must include ultrasound of the brachiocephalic arteries in the complex examination of patients with cardiovascular disease, regardless of the presence or absence of symptoms of neurological deficit.

**О РАБОТЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА
ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ
(1988-2012 гг.)**

С.А. Чернигина (S.A. Chernigina)

В статье говорится о работе терапевтического отделения с момента открытия стационара в 1988г по настоящее время. Отражена структура заболеваний и изменение её в динамике за годы работы. В статье отражено совершенствование лечебного процесса: от традиционных методов лечения до оказания высокотехнологичной медицинской помощи по федеральным квотам.

**МЕСТО И РОЛЬ ФГБУЗ СОМЦ
ФМБА РОССИИ В ЗДРАВООХРА-
НЕНИИ СИБИРСКОГО ФЕДЕ-
РАЛЬНОГО ОКРУГА**

В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко

Описаны основные направления работы ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, как координатора деятельности органов и учреждений здравоохранения в Сибирском федеральном округе. Приведены результаты проведенных мероприятий, а так же другие меры, предпринимаемые центром в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи населению округа.

**ON THE THERAPEUTIC HOS-
PITAL DIVISION FGBUZ
SOMC FMBA RUSSIA
(1988-2012 gg.)**

S.A. Chernigina

The article says of the therapeutic department of the opening of the hospital in 1988 to the present. Reflects the structure of the disease and changes in the dynamics of it over the years. The article reflects the improvement of the therapeutic process: from the traditional methods of treatment to provide a high-tech medical care for federal quotas.

**PLACE AND ROLE FGBUZ
SOMC FMBA RUSSIA IN
HEALTHCARE SIBERIAN
FEDERAL DISTRICT**

V.M. Chernyshev, O.V.Strelchenko

The basic directions of work FGBUZ SOMTS FMBA of Russia as a focal point for agencies and health institutions in the Siberian Federal District. The results of the measures, as well as other measures taken by the center in order to improve the organization of health care to the population district.

2. ДИАГНОСТИКА

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Н.П. Гурьянова

В статье отражена деятельность отделения функциональной диагностики многопрофильного стационара с 2001 г. по 2010 г. Приведена динамика объемов и структура выполненных исследований. За указанный период объем выполненных исследований изменялся незначительно. В структуре возросло количество современных методов, таких как суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления, электромиография, и сократилось количество менее информативных ранее активно применяемых методов, как реоэнцефалография, эхоэнцефалография.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ СТИМУЛЯЦИОННОЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ В ОТДЕЛЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА РОССИИ

Н.П. Гурьянова

В статье говорится о применении методов стимуляционной электромиографии в отделении функциональной диагностики стационара. Проведен анализ обследования 160 человек, оценена диагностическая возможность методик стимуляционной электромиографии при различных заболеваниях нервной системы. Полученные данные подтвер-

2. DIAGNOSTICS

APPLICATION OF FUNCTIONAL DIAGNOSTICS IN GENERAL HOSPITAL

N.P. Guryanova

The paper covers the activities of functional diagnostics general hospital since 2001 to 2010. The dynamics of volume and structure of the research. During this period, the volume of the research changed slightly. The structure has increased the number of modern techniques such as ECG monitoring and blood pressure, electromyography, and reduced the number of less informative methods used previously active as rheoencephalography, Echoencephalography.

APPLICATION OF METHODS STIMULUS ELECTROMYOGRAPHY IN DEPARTMENT OF FUNCTIONAL DIAGNOSTICS FGBUZ SOMTS FMBA RUSSIA

N.P. Guryanova

The article refers to the application of methods of stimulation electromyography in the department of functional diagnostics of the hospital. The analysis of the survey 160 people evaluated the possibility of diagnostic techniques stimulation electromyography in various diseases of the nervous system. These data confirm that each of the meth-

ждают, что каждая из методик несет свою информацию, а оптимальное их сочетание позволяет адекватно оценить функциональное состояние нейромоторного аппарата.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МОТОРНО-КИНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОПИСТОРХОЗЕ

Е.В. Копылова, А.И. Пальцев

В последние годы все становится проблемой описторхоза, несмотря на достигнутые успехи по ее разрешению, вследствие роста заболеваемости. В связи с этим целью нашего исследования было определение возможности расширения диагностики хронического описторхоза, с использованием метода лучевой диагностики.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК ДО И ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ОБЛАСТИ ТАЗОВОГО ДНА.

О.А. Якубенко, А.П. Дергилев,
Г.А. Бойко

Работа выполнена для изучения возможностей ультразвукографии в диагностике патологии тазового дна у женщин. Основная группа исследования представлена 151 пациенткой с пролапсами тазовых органов. Контрольная группа – 41 женщина без признаков патологии. Оценена эффектив-

BEAM METHODS IN THE DIAGNOSIS OF MOTOR KINETIC-INFRINGEMENT WITH GALLBLADDER CHRONIC OPISTHORCHIASIS

E.V. Kopylova, A.I. Paltsev

In recent years, more and more urgent becomes the problem of opisthorchiasis, despite the successes achieved by its solution, due to continued growth in incidence. In this regard, the aim of our study was to determine the possibility of expanding diagnosing chronic opisthorchiasis, using the method of beam diagnostics.

OPPORTUNITIES IN ULTRASONOGRAPHY EXAMINATION OF PATIENTS BEFORE AND AFTER RECONSTRUCTION - REDUCTION OF OPERATIONS FOR THE PELVIC FLOOR.

O.A. Yakubenko, A.P. Dergilev,
G.A. Boyko

The work was to explore the possibilities of ultrasonography in the diagnosis of pelvic pathology in women. The main study group is represented by 151 patients with pelvic organ prolapse. The control group – 41 women without evi-

ность ультразвукового метода исследования в сравнении с другими видами лучевой визуализации. Чувствительность метода в диагностике ректоптоза составила 99,2 %, переднего ректоцеле – 97,6 %, энтероцеле – 75 %, цистоцеле – 98,8 %. Проанализированы результаты эхографии у 66 пациенток после хирургической коррекции пролапсов тазовых органов. Метод необходимо использовать в качестве первичного этапа инструментальной диагностики пациенток с дисфункцией тазового дна и при подозрении на осложнения и рецидивы после оперативного лечения данной патологии.

Authors: Yakubenko O.A., Dergilev A.P., Boiko G.A.

3. КЛИНИКА

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ РЕИНФУЗИИ АУТОКРОВИ

А.С. Базлов, М.Н. Малеев,
А.П. Мищенко, О.В. Моргаева,
Е.В. Смирнова, А.М. Трепольская,
О.И. Чепурнов

Проблема оптимального возмещения интраоперационной кровопотери является одной из самых актуальных в современной анестезиологии-реаниматологии. Грамотное восполнение объема циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) и объема циркулирующей плазмы (ОЦП) во многом определяет течение раннего послеоперационного и дальнейшего послеоперационного периодов, поскольку именно эпизоды циркуляторной и гемической гипоксии, сопро-

3. CLINIC

POSITIVE CLINICAL AND ECONOMIC EFFECTS AUTOLOGOUS BLOOD REINFUSION

A.S. Bazloy, M.N. Maleev,
A.P. Mishchenko, O.V. Morgaeva,
E.V. Smirnova, A.M. Trepolskaya,
O.I. Chepurnov

The problem of optimal recovery of intraoperative blood loss is one of the very topical in modern anesthesiology and intensive care. Proper filling of circulating erythrocytes (OTSE) and circulating plasma volume (CGO) largely determines the course of early postoperative and postoperative periods, further, since it is the episodes of circulatory and hemic hypoxia ac-

вождающие массивную эксфузию крови во время хирургического вмешательства, запускают механизм универсальных патологических процессов (системный воспалительный ответ, ангиоспазм, выброс медиаторов стресса и шока и пр.). Для решения проблемы возмещения интраоперационной кровопотери разработано огромное количество схем и алгоритмов с введением кристаллоидов, гидроксипроксиэтилкрахмалов, искусственных переносчиков кислорода (перфторан) но при кровопотере, превышающей 30 % объема циркулирующей крови (ОЦК), практически невозможно обойтись без трансфузии компонентов крови, а при кровопотере более 50 % ОЦК инфузия компонентов крови показана абсолютно. В то же время нарастающее количество аллергически отягощенных пациентов и постоянно выявляемые все новые побочные эффекты аллотрансфузий привели к разработке и внедрению в повседневный анестезиологический стандарт метода реинфузии аутокрови.

**ВАРИКОЗ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ВЕН
КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ КОМПРЕССИОННОГО
КОРЕШКОВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С
ГРЫЖАМИ ПОЯСНИЧНОГО
ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

Е.В. Жарикова, Д.А. Долженко,
Н.В. Назаренко, А.Г. Ремнев

Обследовано 207 пациентов, у которых грыжи межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника сочетались с варикозно расширенными

comparing massive eksfuziyu blood during surgery, trigger mechanism for universal pathological processes (system inflammatory response, vasospasm, the release of mediators of stress and shock, etc.). To solve the problem of compensation of intraoperative blood loss developed a huge number of schemes and algorithms, with the introduction of crystalloid, hydroxyethyl starch, artificial oxygen carriers (perfluorane), but blood loss greater than 30 % of blood volume (CBV) is almost impossible to do without the transfusion of blood components and blood loss more than 50 % of BCC componentov infusion of blood is shown completely. At the same time increasing the number of allergic patients and constantly burdened revealed any new side effects allogemotransfuziy led to the development and implementation into everyday anesthetic standard method of reinfusion of autologous blood.

**VARICOSE EPIDURAL VEINS
AS A FACTOR COMPRESSION
RADICULAR SYNDROME IN
PATIENS WITH HERNIAS OF
LUMBAR SPINE**

E.V. Zharikova, D.A. Dolzhenko,
N.V. Nazarenko, A.G. Remnev

A total of 207 patients with herniated intervertebral discs of the lumbar spine combined with varicose veins of the epidural plexus. Diagnosis included clinical and

венами эпидурального сплетения. Ди- radiological techniques, CT scan агностика включала клинические и (MRI) of the lumbar spine. Devel- рентгенологические методы исследова- oped a new method of diagnosis of ния, КТ (МРТ) поясничного отдела по- venous hemodynamics at the level звоночника. Был разработан новый спо- of the anterior internal vertebral соб диагностики нарушений венозной plexus lumbo- motor segment using гемодинамики на уровне переднего ultrasound. In this study identified внутреннего позвоночного сплетения the visual changes in the internal пояснично-двигательного сегмента с venous plexus at the LIII-LIV, помощью УЗИ. При этом исследовании LIV-LV, LV-SI as a sign of in- были выявлены визуальные изменения creased blood supply. Identified внутренних венозных сплетений на changes allowed include drugs re- уровне LIII-LIV, LIV-LV, LV-SI в виде habilitation program improve ve- признаков повышенного кровенаполне- nous tone.

ния. Выявленные изменения позволили включить в программу реабилитации данных больных венотонизирующие препараты.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ ТЕРАПИИ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.

PATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF EHF THERAPY IN SECONDARY PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION.

Е.В. Костюченко, Т.В. Кулешова,
Н.Г. Синяговская

E.V. Costuchenko, T.V. Kuleshova,
N.G. Synyagovskaya

КВЧ терапия – это метод лечебного воздействия, в основе которого используются электромагнитные поля крайне высокой частоты (КВЧ), которые соответствуют миллиметровому диапазону микроволн. Отличительной чертой данного физического фактора – резонансный эффект при минимальной энергетической нагрузке и малом проникновении излучения в организм человека. Электромагнитное КВЧ – излучение в организме выполняет функции синхронизирующего устройства, навязывая ему утраченную в процессе болезни здоровую ритмику и воздействуя на его

EHF therapy – a method of therapeutic effects, based on use of the electromagnetic fields of extremely high frequency (EHF), which correspond to the millimeter range microwaves. A distinctive feature of this physical factor – the resonance effect with the minimum energy load and low penetration of radiation into the human body. The electromagnetic EHF – radiation in the body acts as a synchronizing device, forcing him lost in the disease process affecting a healthy rhythm, and his information system

информационную систему.

ХАРАКТЕР ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И АБДОМИНАЛЬНЫХ БОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.И. Пальцев*, М.Н. Торгашов,
О.С. Попова

Адаптация пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами, в частности ветеранов боевых действий, заключаются не только в их психосоциальных проблемах. Среди них растет число больных, страдающих патологией желудочно-кишечного тракта, болевыми синдромами, которые часто принимают хроническое течение. Этому способствуют изменения, происходящие в Центральной нервной системе, приводящие, прежде всего, к нарушению интегративного контроля со стороны нервной системы. Проведенное исследование 161 ветерана боевых действий показало важную роль боевого стресса и его последствий в виде посттравматического стрессового расстройства в патогенезе заболеваний желудочно-кишечного тракта, формировании хронических абдоминальных болей. Изучено влияние патологии желудочно-кишечного тракта на качество жизни ветеранов боевых действий.

burdened with patients and are constantly revealed new allogemotransfuzy side effects led to the development and implementation into everyday anesthetic standard method of reinfusion of autologous blood.

THE NATURE OF DISEASE GASTROINTESTINAL AND ABDOMINAL PAIN IN PATIENTS WITH PTSD

A.I.Paltsev, M.N. Torgashov,
O.C. Popova

Adaptation in patients with posttraumatic stress disorder, particularly combat veterans, are not only in their psychosocial problems. Among them are a growing number of patients suffering from disorders of the gastrointestinal tract, pain syndromes, which often take a chronic course. This is facilitated by changes in the central nervous system, leading primarily to a breach of integrative control of the nervous system. The study 161 combat veterans showed the important role of combat stress and its consequences in the form of posttraumatic stress disorder in the pathogenesis of diseases of the gastrointestinal tract, the formation of chronic abdominal pain. The influence of the pathology of the gastrointestinal tract to the quality of life for war veterans.

**ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ
УРЕМИИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ПАТОЛОГИИ НА КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ,
НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ
ПРОГРАММНЫМ
ГЕМОДИАЛИЗОМ**

Н.Н. Пикалова, Е.А. Мовчан

В статье рассматривается влияние осложнений уремии и сопутствующей патологии, наиболее характерных для больных с терминальной хронической почечной недостаточностью, на показатели качества жизни (КЖ) пациентов, получающих лечение программным гемодиализом в Областном нефрологическом центре г. Новосибирска. Выявлено, что на показатели КЖ положительное влияние оказывают достижение целевого уровня альбумина (≥ 40 г/л) и гемоглобина крови (≥ 110 г/л). С увеличением уровня фосфора крови ($> 1,78$ ммоль/л), а также при сочетании сопутствующих заболеваний, показатели КЖ ухудшаются.

РОЛЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ УРЕТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

И.Н. Печурина, А.А. Еркович,
Д.С. Врание

По данным различных авторов рестриктуры уретры возникают у 20-70 % прооперированных больных, свищи уретры от 27 до 75 %, эректильная деформация от 15 до 32 %, эректильная

EFFECT OF UREMIA COMPLICATIONS AND ASSOCIATED HEALTH CONDITIONS ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS RECEIVING TREATMENT PROGRAM HEMODIALYSIS

N.N. Pikalova, E.A. Movchan

The article examines the impact of complications of uremia, and comorbidities, the most characteristic of patients with terminal chronic renal failure on quality of life of patients treated with hemodialysis program in the Regional Nephrology Center in Novosibirsk. It was revealed that the QOL indicators have a positive impact to achieve the target level of albumin (≥ 40 g/l) and hemoglobin (≥ 110 g/l). With the increase in blood levels of phosphorus (> 1.78 mmol/l), as well as a combination of comorbidities, QoL indicators are deteriorating.

THE ROLE OF EARLY TREATMENT REHABILITATION AFTER URETHRAL RECONSTRUCTION IN THE PREVENTION OF RELAPSE AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

I.N. Pechurina, A.A. Erkovich,
D.S. Vrabie

According to various authors restriktury urethra occur in 20-70 % of operated patients, urethral fistulae from 27 to 75 %, erectile de-

дисфункция от 23 до 47 %. На исход заболевания влияют такие осложняющие факторы, как: протяженность стриктуры, возраст больного, сочетание стриктуры с ИППП, индивидуальные особенности репаративного процесса. Фиброз оперированных тканей и рестриктур уретры провоцируют такие факторы как микробная инвазия, вторные вмешательства, гипоксия, неспособность иммунных программ. Поэтому поиски лечебных программ, нивелирующих факторы фиброгенеза, имеют в настоящее время колоссальное значение.

formity from 15 to 32 %, erectile dysfunction, 23 to 47 % .. The outcome of the disease is influenced by such complicating factors as: the length of the stricture, the patient's age, the combination of the stricture with an STI, individual characteristics of the reparative process. Fibrosis of the operated tissues and urethral restriktury provoke factors such as microbial invasion, repeated intervention, hypoxia, immune failure of programs. Therefore the search for treatment programs leveling factors fibrogenesis are now of paramount importance.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

FEATURES CLINICAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME

Л.В. Пронина, Н.О. Пронина,
О.В. Пронин

L.V. Pronina, N.O. Pronina,
O.V. Pronin

В статье делается анализ клинических проявлений хронического болевого синдрома отмечавшегося у пациентов неврологического отделения лечившихся в период с 2005 по 2007 гг. в бассейновой больнице г. Новосибирска. Всего наблюдалось 382 человека в возрасте от 14 до 76 лет. Где в 62 % основная причина болевого синдрома – остеохондроз шейно-грудного, поясничных отделов позвоночника и в 10 % были пациенты с реактивным артритом, артрозом. Данная проблема иходы к организации специализированной медицинской помощи лицам с хроническим болевым синдромом остаются актуальными и по настоящее время.

The article makes an analysis of clinical manifestations of chronic pain syndrome seen in patients treated in the neurological department between 2005 and 2007. In total there was 382 people aged 14 to 76 years. Where is the main reason 62 % of pain – low back pain cervical-thoracic, lumbar spine and 10 % were patients with reactive arthritis, osteoarthritis. This problem and going to the organization of specialized medical care to people with chronic pain remain relevant to the present.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВТОРНЫХ КУРСОВ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

EVALUATION OF REPEATED COURSES OF REHABILITATION IN A HOSPITAL IN RECOVERY PERIOD AFTER STROKE

В.А. Чистякова, Н.Г. Катаева

V.A. Chistyakova, N.G. Kataeva

Основополагающими принципами успешной реабилитации являются ее длительность и непрерывность, что достигается путем организации поэтапного восстановительного лечения в течение первого года, как наиболее эффективного периода, после перенесенного инсульта. В статье приводится эффективность повторных курсов реабилитации в условиях стационара в восстановительном периоде после перенесенного инсульта.

The fundamental principles of successful rehabilitation are its duration and continuity, which is achieved through a phased rehabilitation within the first year, as the most effective period after suffering a stroke. This article provides an efficiency of repeated courses of rehabilitation in the hospital during the recovery period after stroke.

Под общей редакцией
Стрельченко Оксаны Владимировны

**Научные труды ФГБУЗ
«Сибирский окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства»**

Том 1

Технический редактор *В.Б. Смирнова*
Художник обложки *В.И. Шумаков*
Оператор компьютерной верстки *В.Е. Разинков*

Подписано в печать 20.07.12. Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная №1.
Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. л. 12,55. Уч.-изд. л. 8,3. Тир. 100 экз.

Отпечатано в типографии ООО «НСК Регион» 630091, Новосибирск, ул. Фрунзе, 19