

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Министерство здравоохранения Республики Татарстан
Медико-санитарная часть МБД по РТ

**Вестник
Современной
Клинической
Медицины**

Научно-практический журнал, 2012. Том V. Приложение 1.

**V – Юбилейная Всероссийская ежегодная
научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики
в общемедицинской практике»**

г. Казань, 19-20 октября 2012 года
Сборник научных трудов конференции
(Том 5, Приложение 1, 2012)

Под редакцией проф. Н.Б. Амирова, проф. А.А. Визеля, доц. З.М. Галеевой

Казань, 2012

УДК 616-07/08

ISSN 2071-0240 (Print)
ISSN 2079-553X (On line)

ББК

ОСНОВАН в 2008 году

В Научно-практическом журнале представлены статьи, включающие в себя материалы о современных методах диагностики и лечения больных, вопросы профилактики, результаты научных исследований в клинике.

На страницах журнала печатаются ведущие ученые-медики, как Российской Федерации, так и ближнего, и дальнего зарубежья.

Журнал представляет научно-практический интерес для врачей различных специальностей, научных работников, преподавателей медицинских ВУЗов и курсов последипломного образования.

В Приложении №1 Тома 5, 2012г. представлены научные труды V – Юбилейной Всероссийской ежегодной научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике».

Научные труды напечатаны в алфавитном порядке по фамилии первого автора

**5-я, Юбилейная ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием
«Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике»**

Редакционная коллегия:

Главный редактор – Амиров Наиль Багауевич, д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки и образования, академик РАЕ, Заслуженный врач Республики Татарстан.

Заместитель главного редактора – Визель Александр Андреевич, д.м.н., профессор, зав. каф. фтизиопульмонологии КГМУ, академик АН РН, Заслуженный врач Республики Татарстан.

Ответственный секретарь – Галеева Зарина Мунировна, к.м.н., доцент кафедры терапии КГМА, профессор РАЕ.

Члены редколлегии: Амиров Наиль Хабибуллович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицины труда с курсом медэкологии КГМУ, академик РАМН; Анисимов Андрей Юрьевич, д.м.н., профессор, зав. курсом скорой медицинской помощи кафедры медицины катастроф КГМА, зам. главврача МУЗ ГБ СМП №1; Галявич Альберт Сарварович, д.м.н., профессор, зав. каф. факультетской терапии, член-корр. АН РТ, вице-президент ВНОК, Заслуженный врач Республики Татарстан; Жильев Евгений Валерьевич, д.м.н., профессор, профессор кафедры госпитальной терапии № 2 ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»; Зиганшин Айрат Усманович, д.м.н., профессор, зав. каф. фармакологии КГМУ, проректор КГМУ по международной деятельности, Лауреат Госпремии РТ; Зиятдинов Камиль Шагарович, д.м.н., профессор, ректор КГМА; Киясов Андрей Павлович, д.м.н., профессор, директор института фундаментальной медицины и биологии, член-корр. АН РТ; Потапова Марина Вадимовна, к.м.н., профессор РАЕ, начальник МСЧ МВД по РТ, полковник внутренней службы, Заслуженный врач Республики Татарстан; Созинов Алексей Станиславович, д.м.н., профессор, ректор КГМУ.

Редакционный совет:

Абдулхаков Рустам Аббасович, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии КГМУ (г. Казань); Абдулхаков Сайяр Рустамович, к.м.н., зав. ЦНИЛ КГМУ (г. Казань); Альбицкий Валерий Юрьевич, д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии правительства РФ в области науки и техники, руководитель отдела социальной педиатрии РАМН (г.Москва); Анохин Владимир Алексеевич, д.м.н., профессор, зав. каф. детских инфекций КГМУ (г. Казань); Ахтямов Ильдар Фоатович, д.м.н., профессор, зав. каф. травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний КГМУ Заслуженный врач РТ (г. Казань); Жестков Александр Викторович, д.м.н., профессор зав. каф. микробиологии, иммунологии и аллергологии, руководитель отделения пульмонологии и аллергологии клиник ГОУ ВПО Самарский ГМУ МЗ СР РФ, главный аллерголог-иммунолог МЗ СР Самарской обл., член исполкома РРО, (г. Самара), Загидуллин Шамиль Зарифович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой терапии УГМИ (г. Уфа);

Мажид Сади, профессор внутренних болезней госпиталя Св. Марии Уотербери, шт. Коннектикут (клиника Йельского университета), Йель, США:

Маянская Светлана Дмитриевна, д.м.н., профессор, проректор КГМУ по науке и инновациям (г. Казань); Миллер Ольга Николаевна, д.м.н., профессор кафедры неотложной терапии ФПК и ППВ НГМУ (г. Новосибирск); Нельсон Севакамбо, профессор, директор колледжа медицинских наук, Макерера, Уганда; Сайфутдинов Рафик Галимзянович, д.м.н., профессор, зав.кафедрой терапии КГМА (г. Казань); Сигитова Ольга Николаевна, д.м.н., профессор, зав. каф. ОВП КГМУ, Заслуженный врач РТ (г. Казань); Трусов Виктор Васильевич, д.м.н., профессор, зав.кафедрой терапии ИГМА (г. Ижевск); Тухбатуллина Рузалия Габдулхаковна, д.ф.н., директор медико-фармацевтического училища (г. Казань).

**Компьютерное сопровождение журнала: Шаймуратов Рустем Ильдарович,
e-mail: russtem@gmail.ru**

**Отдел маркетинга ММЦ «Отель-Клиника»: Амирова Рената Наилевна,
г. Казань, ул. Горького, д.3-А, тел.: (843) 236 19 59, (843) 238 82 84; e-mail: renata1980@mail.ru
Адрес редакции: 420059, г. Казань, ул. Оренбургский тракт 132, клинический госпиталь МВД по РТ,
Телефоны: (843) 291-26-76; (843) 291 26 82. Факс: (843) 277 88 84.**

**e-mail: vskmjournall@gmail.com, namirov@mail.ru, lordara@mail.ru, zarina26@bk.ru,
russtem@gmail.ru**

[http: www.kgmu.kcn.ru](http://www.kgmu.kcn.ru), www.es.rae.ru/vskm, www.hospitalmvdrt.ru , www.mschmvdrt.ru

Вестник современной клинической медицины

Том 5, Приложение 1, 2012 г.

Печатается в авторской редакции

Подписано в печать 11.10.2012 г.

Форм.бум 60*84 1/8 Бумага офсетная. усл.печ.л 16,25.

Тираж 500.экз. Заказ № 45-10.

Отпечатано отделом оперативной полиграфии
с готового оригинал-макета в типографии
«orange-k», г. Казань, ул. К.Маркса, д.5/22

**Уважаемые сотрудники,
работники и ветераны
медико-санитарной части МВД
России по Республике Татарстан!**

12 октября мы отмечаем день создания медицинской службы системы МВД России. Ведомственная медицина является составной частью единой системы здравоохранения Российской Федерации, на нее возложены особые задачи по организации лечебно-профилактической деятельности, санаторно-курортного лечения, оздоровительных и реабилитационных мероприятий в отношении сотрудников органов внутренних дел, военнослужащих внутренних войск, членов семей и ветеранов.

Руководство Министерства внутренних дел регулярно проявляет внимание и заботу по дальнейшему совершенствованию материально-технической базы своих медицинских учреждений, оснащению их современным оборудованием, а также совершенствованию навыков и умений нашего медицинского персонала.

Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан является одной из самых крупных медико-санитарных частей среди 82 субъектов РФ.

В настоящее время это многофункциональный комплекс, специалисты которого на современном уровне решают вопросы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации при различных заболеваниях.

От имени руководства Департамента по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД России и от себя лично поздравляю вас с днем образования медицинской службы МВД России, а также с проведением У-ой Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения в общемедицинской практике».

Постоянно находясь на службе по охране жизни и здоровья сотрудников органов внутренних дел, ветеранов, членов семей, Вы готовы в любых условиях решать поставленные перед Вами задачи.

Благодарю Вас за профессионализм, трудолюбие, терпение и доброту.

Желаю коллективу медико-санитарной части МВД России по Республике Татарстан новых творческих достижений!

**Начальник Департамента материально-технического
и медицинского обеспечения МВД России
генерал-майор внутренней службы**



С.А. Сергеев



Уважаемые сотрудники и ветераны медицинской службы!

Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан выполняет одну из ключевых задач по поддержанию служебной и боевой готовности личного состава органов внутренних дел, а также играет существенную роль в обеспечении социальной защиты сотрудников, ветеранов, членов семей.

Служебная деятельность сотрудников органов внутренних дел характеризуется сложностью и многообразием решаемых задач, сопряженных с опасностью, повышенными физическими и психо-эмоциональными нагрузками, высоким риском и наличием угрозы для жизни. Поэтому на медицинскую службу системы МВД возложены особые, специфические задачи профессионального отбора, оказания качественной

медицинской помощи, медико-социальной реабилитации, в том числе в условиях служебно-боевого применения, в районах чрезвычайных ситуаций и вооруженных конфликтов.

Имеющиеся силы и средства ведомственной медицины позволяют на современном уровне оказывать качественную медицинскую помощь по профилактике, диагностике, лечению заболеваний.

Медико-санитарная часть МВД по Республике Татарстан активно сотрудничает со специалистами Министерства здравоохранения, ведущих лечебных учреждений республики, научными работниками. Активно развивается сотрудничество в научной сфере: внедряются новейшие методы диагностики и лечения, проводятся высокотехнологичные операции, ежегодно организуются научно-практические конференции.

Результатом совместной деятельности являются стабильные положительные показатели здоровья прикрепленного контингента. Охват профилактическими медицинскими осмотрами в 2011 году составил 99,9% (МВД РФ - 93,8%, ПФО - 96,9). По результатам профосмотров здоровыми и практически здоровыми признаны 85,4% сотрудников ОВД. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность и смертности на протяжении последних пяти лет стабильно ниже аналогичных показателей по ПФО и МВД РФ.

Руководству МВД по Республике Татарстан никогда не были чужды проблемы ведомственного здравоохранения. Напротив, оно оказывало и оказывает поддержку в поэтапном развитии медицинской службы ведомства, способствует решению множества вопросов, касающихся деятельности службы в части материально-технического снабжения, строительства и др.

Подразделениями аппарата МВД по Республике Татарстан также организован целый комплекс мероприятий по широкому вовлечению сотрудников ОВД в оздоровительный процесс. Например, в зданиях МВД, ОВД введен строжайший запрет на курение, регулярно проводятся занятия по физической подготовке, многие службы проводят «дни здоровья» для сотрудников и членов их семей, практически во всех подразделениях работают кабинеты психологической разгрузки.

12 октября - день медицинской службы системы МВД России. Для медицинских работников, посвятивших себя ведомственной медицине, это благородное дело - не только профессия, но и настоящее призвание.

Сегодня перед ведомственной медициной стоят задачи по развитию, совершенствованию и повышению ее эффективности. Убежден, что их успешному развитию будут способствовать опыт, профессионализм и знания руководителей и медицинского персонала.

Выражаю искреннюю благодарность всем медицинским работникам ведомства за их добросовестный труд, самоотверженность и готовность в любое время и в любых условиях прийти на помощь, бороться за жизнь и здоровье сотрудников правопорядка, военнослужащих, членов семей и ветеранов.

Желаю вам и вашим близким крепкого здоровья, благополучия и успехов в вашей благородной службе!

**Министр внутренних дел
по Республике Татарстан генерал-майор полиции**

А.В. Хохорин



Уважаемые коллеги!

Поздравляю вас с днем образования медицинской службы Министерства внутренних дел Российской Федерации и проведением V научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, профилактики и лечения в общемедицинской практике».

Медицинская служба Министерства внутренних дел по Республике Татарстан представлена Медико-санитарной частью, включающей в себя лечебно-профилактические, экспертные и санитарно-эпидемиологические учреждения на территории всей республики. Здесь работают признанные специалисты, имеющие высокую квалификацию и богатый опыт практической медицины. Решая поставленные задачи сохранения здоровья сотрудников, большое внимание вами уделяется вопросам сохранения здоровья и профилактики.

С каждым годом наше сотрудничество становится все более тесным. Сегодня медицинская служба МВД занимается не только медицинским обеспечением прикрепленного контингента, но и выполняет государственный заказ в системе обязательного медицинского страхования, оказывая медицинскую помощь жителям города Казани.

В своей работе вы успешно сочетаете научную и практическую деятельность и доказательством этому является сотрудничество с Казанским государственным медицинским университетом и Казанской государственной медицинской академией. Это способствует освоению и внедрению в повседневный лечебный процесс современных методов диагностики и лечения.

Стало традиционным ежегодное проведение наших совместных научно-практических конференций. Это очень важный этап в системе непрерывной профессиональной подготовки кадров, конечной целью которой является повышение качества медицинской помощи.

Уважаемые коллеги! Примите наши поздравления от лица всех медицинских работников республики, желаем вам дальнейшего процветания и стабильности, здоровья и благополучия!

**Министр здравоохранения
Республики Татарстан**

А.З. Фаррахов



Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Вот уже более 90 лет каждый октябрь мы традиционно отмечаем день рождения ведомственной медицины в России. В Республике Татарстан медицинская служба органов внутренних дел была основана 1 декабря 1930 года. Деятельность этой службы неразрывно связана с именем выдающегося врача-терапевта, ученого, доктора медицинских наук, профессора Рахлина Леопольда Матвеевича (родного брата выдающегося дирижера Натана Григорьевича Рахлина). В те времена медицинская служба МВД в Республике Татарстан представляла из себя амбулаторию и врачебную комиссию, а весь штат сотрудников состоял из 40 человек. Сегодня – это серьезное многопрофильное медицинское учреждение,

в котором успешно трудятся более 700 медиков. Необходимо также отметить, что это не просто стационар и поликлиника, как может показаться на первый взгляд. Это еще и успешно развивающаяся клиника, где работают сотрудники клинических кафедр Казанского государственного медицинского университета и Казанской государственной медицинской академии. Среди них - кафедры общей врачебной практики, фтизиопульмонологии, травматологии, ортопедии и экстремальных состояний КГМУ и другие. Научную и консультативную работу ведут профессора Ольга Николаевна Сигитова, Наиль Багауевич Амиров и Александр Андреевич Визель. С 2008 года в клиническом госпитале МСЧ МВД по РТ под руководством профессора Ильдара Фоатовича Ахтямова сотрудниками кафедры травматологии и ортопедии КГМУ проводятся высокотехнологичные операции по эндопротезированию тазобедренных суставов. Сотрудничество с ведущими медицинскими вузами создаёт условия для научно-исследовательской работы, позволяет активно разрабатывать, апробировать и внедрять в практику эффективные методы обследования и лечения больных. Только за последние годы трое сотрудников МСЧ МВД по РТ защитили кандидатские диссертации.

С 2008 года в МСЧ МВД по РТ проводится ежегодная научно-практическая конференция медико-санитарных частей МВД России «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике». В этом году – это уже пятая по счету конференция. Она давно уже вышла за рамки Татарстана, стала Всероссийской и по истине является очень хорошей школой для врачей разного профиля. На ней выступают с докладами специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, городов Поволжья и Сибири. География участников все больше расширяется, что создает предпосылки для развития и укрепления научных и врачебных связей по всей России.

Я от всего сердца поздравляю сотрудников Медицинской службы МВД по Республике Татарстан с замечательными достижениями, и надеюсь на наше плодотворное сотрудничество в дальнейшем.

Ректор КГМУ

А.С. Созинов



Уважаемые сотрудники медико-санитарной части МВД России по Республике Татарстан!

За время своего существования медицина системы МВД Татарстана занимала особое место в системе республиканского здравоохранения. Залогом успешного развития в последние годы стала хорошая организация медицинской помощи в подразделениях медсанчасти, постоянное улучшение материально-технического оснащения при поддержке руководства МВД по Республике

Татарстан, сплоченный коллектив и чуткое, внимательное отношение к пациентам.

Активная научная работа, а также проводимые на базе вашего учреждения научно-практические конференции Всероссийского уровня устанавливают сегодня стандарты доступности и качества оказания медицинской помощи, не уступающие ведущим медицинским учреждениям Министерства здравоохранения республики. Это способствует росту престижа ведомственной медицинской службы системы МВД Татарстана.

От всей души от имени коллектива Казанской Государственной медицинской академии и от себя лично поздравляю вас с днем образования медицинской службы МВД России, а также с проведением V-ой (Юбилейной) Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения в общемедицинской практике»!

Желаю вам здоровья и дальнейших творческих достижений!

Ректор КГМА

К.Ш. Зыятдинов

Дорогие друзья!



12 октября – день медицинской службы системы МВД России.

Что такое ведомственная медицина системы МВД? В чем ее преимущества перед другими учреждениями здравоохранения? В настоящее время в 82 регионах Российской Федерации медицинское обеспечение сотрудников правоохранительных органов, пенсионеров и членов семей данной категории осуществляют медико-санитарные части МВД России. В Республике Татарстан задача по сохранению и укреплению здоровья сотрудников правоохранительных органов возложена на медико-санитарную часть МВД. В настоящее время медико-санитарная часть МВД по Республике Татарстан – это крупное медицинское учреждение, в составе

которого амбулаторно-поликлинические, стационарные, экспертные подразделения, осуществляющие замкнутый цикл медицинских услуг, включающий диагностику, лечение, реабилитацию, профилактику заболеваний.

Наш основной контингент – мужчины трудоспособного возраста, которые по долгу службы испытывают колоссальные физические и эмоциональные нагрузки, поэтому требуют сознательного отношения к образу жизни и состоянию своего здоровья, а также пристального внимания со стороны медицинских работников.

Золотой потенциал медицинской службы МВД Республики Татарстан – сплоченный коллектив из 623 сотрудников, среди которых пять докторов медицинских наук, восемь кандидатов медицинских наук, заслуженные врачи и работники здравоохранения РФ и РТ. Более половины сотрудников – специалисты высшей квалификационной категории. Среди добрых традиций медсанчасти – наставничество, постоянное повышение квалификации сотрудников, внедрение в повседневную практику передового опыта, новых технологий, инноваций. На базе госпиталя МСЧ с 2007 года функционируют клинические кафедры Казанского государственного медицинского университета и академии, в лечебно-диагностический процесс активно внедряются современные, научно обоснованные методы диагностики и лечения. С 2009 года на базе МСЧ проводятся высокотехнологичные операции по эндопротезированию коленных и тазобедренных суставов. Передовой опыт лечебно-профилактической деятельности МСЧ Татарстана публикуется в издаваемом ежеквартально научно-методическом журнале «Вестник современной клинической медицины». С 2008 года в МСЧ МВД по РТ проводится ежегодная межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике» с участием врачей Республики Татарстан и регионов России. 19-20 октября 2012 года мы проводим V Юбилейную конференцию.

В 2010 году впервые среди медицинских учреждений Республики Татарстан клинический госпиталь медико-санитарной части МВД по РТ внедрил в работу систему менеджмента качества и прошел процедуру сертификации по международной системе стандартов ГОСТ Р ИСО 9001.

Руководство МВД по Республике Татарстан оказывает всестороннюю поддержку медицинской службе, создает все условия для развития учреждений в рамках общей Концепции развития системы тылового обеспечения МВД Российской Федерации. Ежегодно растет материально-техническое оснащение госпиталя, поликлиники, других подразделений, проводятся капитальные и текущие ремонтные работы. Всесторонне поддерживается и стимулируется научно-практический и творческий подходы к работе сотрудников медико-санитарной части.

Возрождена традиция проведения конкурсов профессионального мастерства средних медицинских работников. Регулярно проводятся встречи с ветеранами медицинской службы, дни здоровья для сотрудников коллектива и их семей.

30 марта 2011 года в Кабинете Министров Республики Татарстан состоялась торжественная церемония награждения Премией Правительства РТ за качество по итогам 2010 года. Среди 79 учреждений и предприятий Медико-санитарная часть МВД по Республике Татарстан стала лауреатом Премии Правительства РТ за качество в номинации «Услуги». Данная премия присуждается за достижение значительных результатов в области качества продукции и услуг, обеспечения их безопасности, а также за внедрение высокоэффективных методов управления.

Столь высокая награда – труд всего коллектива! В основе этого достижения - ежедневная добросовестная работа, чуткое и внимательное отношение к пациентам.

Победа в столь престижном конкурсе подтверждает правильность выбранного курса, направленного на непрерывное улучшение качества медицинских услуг, внедрение новых технологий и инноваций в повседневную практику ведомственного здравоохранения.

Уважаемые коллеги!

Профессия медицинского работника требует от каждого из нас ответственности, профессионализма, гуманности.

Крепкого всем здоровья, стабильности в жизни, успехов в профессиональной деятельности, взаимопонимания с коллегами и пациентами, истинного счастья, добра и теплоты! С праздником!

**Начальник Федерального казенного учреждения здравоохранения
«Медико-санитарная часть МВД России
по Республике Татарстан»,
полковник внутренней службы,
кандидат медицинских наук,
заслуженный врач РТ**

М.В. Потапова





КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Глубокоуважаемые коллеги!

В этом году мы проводим **V-ю Юбилейную** ежегодную конференцию медико-санитарных частей МВД России с участием врачей Республики Татарстан и международным участием «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике».

За прошедшие годы конференция приобрела широкую известность не только в России, но и за рубежом благодаря и вашему активному участию в ее работе.

Ежегодно участниками и гостями конференции становятся врачи различных специальностей медико-санитарных частей МВД из всех регионов Российской Федерации, и также врачи Республики Татарстан. Нашими гостями также бывают и врачи из зарубежных стран. Со своими сообщениями выступают ведущие ученые России, в том числе и ученые нашей республики.

Конференция ежегодно проходит при активной поддержке руководства министерств внутренних дел и здравоохранения.

Уважаемые коллеги, друзья! Вы держите в руках и читаете сборник научных трудов врачей и ученых, приславших результаты своей работы для опубликования в Приложении к журналу «Вестник современной клинической медицины».

Нашему журналу в 2012 году исполняется **5 лет**.

Это наш и Ваш первый юбилей!

Примите наши поздравления!

Всего за 5 лет существования журнала «Вестник современной клинической медицины» вышли в свет 15 номеров журнала, в которых опубликовано 270 статей различной тематики в 18 рубриках.

В состав редакционной коллегии журнала входят ведущие ученые из различных регионов России ближнего и дальнего зарубежья.

География журнала начала распространяться далеко за пределы России с 2010 года, когда были опубликованы статьи авторов из Германии и Нидерландов. В 2011 году была напечатана статья авторов из США. В конце 2011 – начале 2012 года поступили и были напечатаны статьи авторов из Кыргызстана, Украины и Белоруссии.

В начале 2012 года началось сотрудничество с Йельским университетом в лице доктора Маджида Садиha - профессор внутренних болезней госпиталя Св. Марии Уотербери, шт. Коннектикут (клиника Йельского университета), Йель, США – известного в Казанском медицинском университете популяризатора медицинской науки. Результатом этого сотрудничества стала обзорная статья, написанная совместно сотрудниками кафедры фтизиопульмонологии КГМУ и резидентами медицинского факультета Йельского университета. М. Садих в настоящий момент входит в редколлегию журнала. Также в состав редколлегии журнала входит и известный ученый из Уганды Нельсон Севакамбо, профессор, директор колледжа медицинских наук,Makerera, Уганда.

Уважаемые коллеги! От имени редакционной коллегии журнала поздравляю Вас с этими юбилейными датами:

V-й Юбилейной конференцией и V-ти летним Юбилеем журнала.

Мы желаем Вам крепкого здоровья, счастья и успехов в Вашей повседневной деятельности!

Приглашаем Вас к сотрудничеству, как на конференциях, так и на страницах журнала.

От имени редакционной коллегии Амиров Наиль Багаувич, Главный редактор журнала
«Вестник современной клинической медицины»,
Доктор медицинских наук, Профессор, Академик РАЕ, Заслуженный врач РТ.

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ



Роль медико-санитарной части МВД России по Республике Татарстан в вопросах сохранения здоровья сотрудников ОВД.

**Марина Вадимовна Потапова
Наиль Багаувич Амиров
Ляйсан Рафкатовна Гинятуллина**

Медицинская служба МВД по Республике Татарстан осуществляет комплексные меры по охране здоровья личного состава правоохранительных органов Республики Татарстан. Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан – одно из ведущих лечебно-профилактических учреждений системы МВД России и Татарстана, в котором оказывается квалифицированная медицинская помощь прикрепленному контингенту и жителям Республики. Основным потенциалом медицинской службы МВД по Республике Татарстан – сплоченный коллектив из 623 сотрудников, среди которых пять докторов медицинских наук, восемь кандидатов медицинских наук, заслуженные врачи и работники здравоохранения РФ и РТ. Более половины сотрудников – специалисты высшей квалификационной категории.

В настоящее время на постоянное обслуживание прикреплены более 60 тысяч человек. Наибольший удельный вес прикрепленного контингента – около 40% – составляют сотрудники органов внутренних дел и других правоохранительных органов, около 25% – пенсионеры, 20% – члены семей вышеуказанных категорий, то есть жители Республики Татарстан. Доступность и качество медицинских услуг, удовлетворяющие пациентов условия, квалифицированный персонал, преемственность и непрерывность процессов оказания медицинской помощи, широкое применение научно-обоснованных методик и технологий в реальных практических условиях – конкурентные преимущества медико-санитарной части МВД по РТ.

В 2006 году руководством МВД по РТ коллективу МСЧ была поставлена задача улучшения состояния здоровья личного состава ОВД, снижения показателей заболеваемости, инвалидности, смертности. Были определены приоритетные направления деятельности МСЧ на ближайшие пять лет:

- повышение доступности и качества медицинской помощи;
- раннее выявление заболеваний, в том числе социально значимых, таких как сахарный диабет, инфаркт, инсульт, злокачественные новообразования;

- внедрение новых, научно-обоснованных методов диагностики и лечения в повседневную практику подразделений;
- совершенствование профилактики заболеваний, пропаганда здорового образа жизни;
- укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, привлечение дополнительных источников финансирования для инновационного развития;
- совершенствование процессов управления.

В состав ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ» входят: поликлиника в г.Казани на 400 посещений в смену, клинический госпиталь в г. Казани на 230 коек, госпиталь с поликлиникой в г.Набережные Челны на 65 терапевтических коек и 250 посещений в смену, военно-врачебная комиссия с отделением в г. Набережные Челны, центр психофизиологической диагностики с отделением в г. Набережные Челны, центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, медицинская часть № 1, медицинская часть № 2, врачебные здравпункты при органах внутренних дел в ЦПП г. Казани, г.г. Зеленодольск, Нижнекамск, фельдшерские здравпункты в г.г.Бугульма, Лениногорск, Альметьевск.

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в поликлинике в городе Казани на 400 посещений в смену (работа организована в 2 смены) и в поликлинике г. Наб. Челны на 250 посещений в смену (работа организована в 1 смену). Плановое число посещений – 320 000 в год.

Основным направлением деятельности поликлиники МСЧ МВД по РТ является оказание амбулаторной лечебно-профилактической помощи прикрепленному контингенту. В поликлинике в г. Казани медицинская помощь оказывается на 15 терапевтических участках по 23 специальностям. Численность прикрепленного контингента на терапевтическом участке колеблется от 1200 до 1450 человек.

Фактическое число врачебных посещений варьирует по годам и в 2011 году составило 347750, в структуре посещений 74% приходится на долю аттестованных сотрудников, 9,7% - на долю сотрудников других правоохранительных органов (ГУФСИН, МЧС), 6,5% - на долю пенсионеров, по 3% - на долю вольнонаемных работников и членов семей.

У сотрудников ОВД в 2011 году профилактические посещения составили 54,4%, посещения по заболеваниям – 46,6%.

В структуре заболеваемости среди личного состава ОВД РТ стабильно на протяжении последних лет лидируют болезни органов дыхания (данные коррелируют с показателями среди населения РТ). В частности это связано с контактами с большим количеством людей, неблагоприятными климатическими условиями несения службы вне помещений, переохлаждением, работой в условиях загазованности, запыленности. В 2011 году на 2 и 3 месте в структуре заболеваемости – травмы и болезни костно-мышечной системы, 4-ое и 5-ое место составляют заболевания органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы.

По-прежнему сохраняют актуальность такие социально значимые заболевания как артериальная гипертензия, сахарный диабет, инфаркт миокарда, инсульт, новообразования, туберкулез.

Раннее выявление и профилактика этих заболеваний остается первоочередной задачей врачей всех

Лицам старше 40 лет проводится углубленное обследование с целью выявления на ранних стадиях заболеваний сердечно-сосудистой системы, эндокринной патологии и онкозаболеваний.

Большое внимание в подразделениях МСЧ уделяется профилактической работе, цель которой – сохранение и укрепление здоровья прикрепленного контингента. Специалистами МСЧ МВД по РТ с 2009 года проводятся занятия по профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни и медицинской подготовке с сотрудниками подразделений органов внутренних дел, в том числе в режиме видеоконференции для отдаленных районов республики.

Были реализованы профилактические медицинские программы по раннему выявлению онкологических и эндокринных заболеваний среди прикрепленного контингента. Так, по «Программе ранней диагностики онкологических заболеваний среди сотрудников ОВД по РТ на 2006-2008 годы» 96% сотрудников- мужчин и 98% женщин были осмотрены онкологами с проведением необходимых исследований. В 2000 году 50% всех выявленных случаев

онкологических заболеваний среди сотрудников были запущенными, в 2009 - 2011 годах – около 15%.

Кроме того, улучшение ранней диагностики заболеваний позволило добиться снижения общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди сотрудников. Так, показатели заболеваемости данного контингента в 2007-2011 годах оказались ниже, чем в Приволжском федеральном округе и МВД Российской Федерации.

В течении 5 лет отмечается стойкое снижение показателей первичного выхода на инвалидность с 2,76 в 2006 г. до 1,16 в 2011 году на 1000 прикрепленного контингента (ПФО – 1,24, МВД РФ – 1,59).

Также отмечается снижение уровня смертности среди прикрепленного контингента, с 1,49 в 2006 г. до 0,74 в 2011 году (по МВД РФ – 1,6, по Приволжскому Федеральному округу – 1,3).

В 2011 году Управлением медицинского обеспечения Департамента по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД России в МСЧ была передана передвижная рентгенологическая установка на базе автомобиля «Камаз». Исследования: флюорография, маммография и др. будут проводиться приближенно к месту службы сотрудников как в г. Казани, так и в сельских ОВД, что позволит упростить проведение профилактических осмотров, будет удобным для сотрудников.

Большое внимание уделяется медицинскому обеспечению ветеранов, пенсионеров, инвалидов, членов семей погибших сотрудников, ежегодно проводится комплексная диспансеризация, включая амбулаторное лечение, стационарное и санаторно-курортное лечение по показаниям.

В 2005 году впервые среди 82 медико-санитарных частей регионов МВД России было создано отделение экспертизы качества оказания медицинской помощи, задачи которого – обеспечение экспертного контроля, сбора и анализа информации о качестве медицинской помощи, разработка предложений по организации эффективного и безопасного лечебно-диагностического процесса на основе стандартизации и доказательной медицины, оптимизация процесса выполнения медицинских услуг должного объема и надлежащего качества.

Стационарная медицинская помощь оказывается в 2-х госпиталях МВД: в клиническом госпитале в г. Казани и госпитале в г. Набережные Челны.

Клинический госпиталь МВД по РТ, являясь структурным подразделением Медико-санитарной части МВД по РТ, оказывает стационарную помощь личному составу органов внутренних дел, военнослужащим внутренних войск, членам семей, пенсионерам МВД, работникам других правоохранительных органов Республики Татарстан.

В структуре пролеченных больных основную часть составляют аттестованные сотрудники МВД (35,0%), затем следуют пенсионеры (25,0%), сотрудники других правоохранительных органов (10,0%), члены семей (6,0%), вольнонаемные работники МВД (2,0%).

С 2007 года стала возможной работа по научному обеспечению и внедрению передового опыта в подразделениях МСЧ МВД России по РТ. На базе клинического госпиталя МСЧ были развернуты научные кафедры медицинского университета и медицинской академии. Подобное сотрудничество с ведущими медицинскими вузами создаёт условия для научно-исследовательской и организационно-методической деятельности, позволяет активно разрабатывать, апробировать и внедрять в практику эффективные методы обследования и лечения больных.

С 2008 года в деятельность клинического госпиталя внедрены высокотехнологичные операции по эндопротезированию коленных и тазобедренных суставов.

В 2009 году при поддержке руководства МВД в клиническом госпитале было открыто отделение реабилитации и восстановительного лечения на 25 коек для лечения больных после реконструктивных операций, травм, а также для реабилитации сотрудников, вернувшихся из Северо-Кавказского региона, инвалидов вследствие военной травмы, членов семей погибших сотрудников. Заключение договоров с санаторно-курортными учреждениями МЗ РТ позволило направлять на реабилитацию сотрудников ОВД, перенесших инфаркт миокарда, инсульт, реконструктивные операции.

Сформирован законченный цикл лечебного процесса: диагностика – лечение - восстановление - профилактика.

С 2008 года ежегодно проводятся акции по безвозмездной сдаче донорской крови среди сотрудников ОВД.

С 2008 года ежегодно медико-санитарной частью МВД России по Республике Татарстан совместно с министерством здравоохранения РТ, КГМА и КГМУ проводится межрегиональная научно-практическая конференция медико-санитарных частей МВД РФ и учреждений здравоохранения Республики Татарстан «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в клинике внутренних болезней». В октябре 2011 года была проведена четвертая межрегиональная научно-практическая конференция медико-санитарных частей МВД РФ, приуроченная к 90-летию медицинской службы МВД России. В работе конференции с целью обмена опытом по актуальным проблемам здравоохранения приняли участие более 300 врачей Республики Татарстан и 30 делегатов из медико-санитарных частей субъектов Российской Федерации. 19-20 октября 2012 года пройдет V Юбилейная конференция.

С целью совершенствования процессов управления в 2010 году клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ первым среди ЛПУ Республики Татарстан прошел процедуру сертификации по системе стандартов ИСО 9001.

Экспертная работа.

Структура медицинской службы МВД России позволяет помимо общих лечебно-профилактических мероприятий решать ряд специальных задач, связанных с правоохранительной деятельностью МВД. Эти мероприятия, в силу объективных обстоятельств, не могут осуществить в настоящее время другие государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. К таким функциям относятся отбор граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел (военно-врачебная экспертиза, профессиональная психофизиологическая экспертиза), медико-психологическое сопровождение служебной деятельности личного состава МВД России и обеспечение мобилизационной готовности, санитарно-гигиенического и противоэпидемического надзора.

Сотрудники ВВК и ЦПД осуществляют тщательный отбор кандидатов на службу в органы внутренних дел, сотрудников при перемещениях по службе, абитуриентов перед поступлением в учебные заведения МВД РФ, а также проводят профессиональное обследование сотрудников, выезжающих для несения службы в Северо-Кавказский регион и возвращающихся из командировки. Также проводится контроль за проведением диагностических мероприятий в лечебных учреждениях ведомственного здравоохранения.

Военно-врачебная экспертиза в органах внутренних дел Республики Татарстан осуществляется военно-врачебной комиссией МСЧ МВД по РТ, имеющей в своем составе отделение с дислокацией в г. Набережные Челны.

Общее количество вынесенных заключений ВВК отражает общий объем работы ВВК. В структуре общего количества освидетельствованных ВВК преобладают поступающие на службу в органы внутренних дел, а также сотрудники, достигшие предельного возраста пребывания на службе. За последние 2 года отмечается уменьшение количества освидетельствованных лиц ввиду снижения численности личного состава ОВД РТ и поступающих в высшие учебные учреждения системы МВД.

Качественные показатели ВВК за последние годы в целом стабильны. Следует особо отметить тот факт, что здоровье молодых людей, поступающих на службу, снижается из года в год.

По результатам окончательного освидетельствования в учебных заведениях возвратов среди кандидатов не было. Частота увольнения лиц, прослуживших менее 3-х лет, заметно снизилась.

Сохраняется полный охват стационарным обследованием сотрудников перед их увольнением со службы, признанных негодными и ограниченно годными к военной службе.

За последние 5 лет произошло резкое снижение количества единовременных выплат, что связано с повышением требований к постановке диагнозов и оформлению медицинской документации.

Центр психофизиологической диагностики МСЧ МВД по РТ (ЦПД), является экспертно-диагностическим медицинским учреждением. Основными задачами Центра при проведении психодиагностического обследования с целью профессионально психологического отбора являются:

- выявление среди кандидатов на службу, учебу, сотрудников при перемещении лиц с нервно-психической неустойчивостью и находящихся в состоянии дезадаптации;
- оценка психологической пригодности к тем или иным видам деятельности кандидатов на службу, сотрудников при перемещении и прогноз успешности профессионального обучения кандидатов на учебу;
- оценка уровня профессиональной адаптации кандидатов на службу, сотрудников при перемещении после прохождения испытательного срока;
- выявление лиц с асоциальными установками, корыстно утилитарной мотивацией, а также употребляющих психоактивные вещества.

Психодиагностическое обследование проводится в полном объеме и включает в себя исследование личности (СМИЛ, ММИЛ), краткий отборочный тест на исследование интеллекта (КОТ), цветовой тест Люшера.

В 2011 году было обследовано 6729 человек (в 2009 – 9986, в 2010 - 8363), уменьшение числа обследований произошло ввиду снижения численности личного состава ОВД РТ и поступающих в высшие учебные учреждения системы МВД.

Психофизиологическое обследование проводится всем кандидатам, поступающим на службу в ОВД и в учебные заведения МВД России по специальностям, относящимся к первой и второй группам предназначения; сотрудникам ОВД при перемещении по службе на должности по первой и второй группам предназначения, при плановых профосмотрах сотрудников ОВД РТ по тем же группам предназначения, а также при внеплановых осмотрах сотрудников ОВД, принимающих участие в выполнении оперативно-служебных, служебно-боевых и иных задач, сопряженных с опасностью для жизни и причинением вреда здоровью, независимо от группы предназначения.

В 2011 году доля лиц «группы риска» среди кандидатов на службу составила 44,7% (2010 – 31,2%). Увеличение данного показателя можно объяснить повышением качества отбора за счет 100% охвата всех кандидатов на службу в ОВД специальными психофизиологическими обследованиями – СПФИ на полиграфе.

Увеличение доли «условно рекомендованных» среди кандидатов на учебу может быть обусловлено наметившейся в последнее время тенденцией к снижению качества общеобразовательного уровня, неустойчивой или несформированной мотивационной направленностью, эмоциональной незрелостью контингента, поступающего в учебные заведения МВД России.

В ЦПД МСЧ МВД по РТ с 2008 года внедрено специальное психофизиологическое обследование (СПФИ) с использованием полиграфа (детектора лжи).

Применение полиграфа при профессионально-психологическом отборе лиц, поступающих на службу, а также при перемещениях по службе позволяет расширить возможности изучения индивидуальных психологических качеств и мотиваций кандидата. Позволяет выявлять наличие негативной скрываемой информации: наркотической, алкогольной, игровой зависимости, девиантных форм поведения, суицидальных тенденций, причастности к криминальным структурам, сектам и т.п.

В структуре случаев выявленной негативной информации среди кандидатов на службу:

- на первом месте (до 50% от числа выявленных случаев) – прием психоактивных средств, а именно немедицинское употребление наркотических средств, злоупотребление алкоголем;
- на втором месте (около 20%) – факты увольнения в прошлом из ОВД по негативным причинам, наличие судимых родственников, пристрастие к азартным играм, агрессивные формы поведения, принадлежность к неформальным объединениям;
- на третьем месте (около 10%) - негативные мотивы для поступления на службу– получение нетрудовых доходов;
- на четвертом месте (около 5%) – суицидальные попытки в прошлом, а также демонстративно-шантажное поведение;

- на пятом месте (около 5%) – совершение уголовно наказуемых деяний, не повлекших наказания или оставшихся нераскрытыми (мелкие кражи, совершение противоправных действий в подростковом возрасте, неуставные отношения в период службы в ВС);
- на шестом месте (около 3%) – устойчивые личные или деловые связи с криминальными элементами.

Сохраняется актуальность вопроса охраны психического здоровья личного состава ОВД и повышения эффективности работ по медико-психологическому сопровождению, в том числе совместно с психологами подразделений.

В 2011 году в целях оптимизации экспертного отбора и сокращения сроков прохождения комиссий введены предварительная запись на обследования, параллельное прохождение ВВК и ЦПД кандидатами на службу и сотрудниками при перемещениях по службе, что позволило сократить время прохождения комиссий. Регулярно проводится анкетирование среди кандидатов по вопросам удовлетворенности доступностью медицинских услуг.

Эффективная медицинская деятельность невозможна без современного технического оснащения. Для лечебно-профилактических учреждений МСЧ в последние годы было приобретено современное оборудование для проведения нейрофизиологических и лабораторно-диагностических исследований, осуществления лечебно-диагностических процедур и т. д.

Приобретено изделий медицинской техники за счет бюджетных средств:

В 2007 году на общую сумму около 3 млн. рублей, в 2008 году на общую сумму около 6,5 млн. рублей, в 2009 году на сумму около 7,5 млн. рублей, в 2010 году на сумму около 16 млн. рублей, в 2011 году на сумму около 9,5 млн. рублей.

За последние 5 лет проведены ремонтные работы на общую сумму около 14,5 млн. рублей.

В 2011 году проведены ремонтные работы фасада основного корпуса клинического госпиталя МВД на сумму около 8 млн. рублей.

В 2011 году начата реконструкция физиотерапевтического отделения клинического госпиталя МСЧ. Проводится ремонт хозяйственных помещений госпиталя: пищеблока, прачки, гаража, замена лифтов. Также проводятся ремонтные работы в помещениях ЦПД, ВВК, ЦГСЭН.

Организация санаторно-курортного обеспечения.

Состав санаторно-отборочной комиссии МСЧ МВД России по РТ на 2012г. утвержден приказом МВД по РТ №27 от 23.01.12г. Председателем комиссии является начальник МСЧ.

В работе санаторно-отборочной комиссии особое внимание обращается на обеспечение санаторным лечением сотрудников ОВД, имеющих льготы:

- принимавших участие в антитеррористических операциях на территории Северо-Кавказского региона;

- сотрудники ООН, ОСН;
- члены семей сотрудников погибших в СКР;
- участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС;
- инвалидов и ветеранов ВОВ;
- ветеранов боевых действий и др.

В 2011 году в санатории и центры реабилитации поступило 1529 путевок (в 2010г. – 1497), из них дополнительно сверх плана получено 417 (это 37,5 % от плана). Сотрудникам ОВД выделено 544 путевки, членам семей 422 путевки, пенсионерам – 400 путевок. В связи с изменением с 1 апреля 2010 г. стоимости путевок на санаторное и оздоровительное лечение в здравницах системы МВД России возникла проблема неполного использования выделяемого лимита путевок.

Работа, направленная на снижение возврата путевок в здравницы МВД ведется постоянно во взаимодействии с кадровым аппаратом МВД по РТ, ветеранскими организациями, врачами поликлиники МСЧ. Ежемесячно во все подразделения МВД по РТ и ветеранские организации направляются телетайпограммы с информацией об имеющихся в МСЧ путевках в санатории и ЦВМиР системы МВД России. До личного состава, прибывшего из районов служебно-боевого применения, при проведении целевого профилактического осмотра доводятся сведения об имеющихся свободных путевках.

Увеличение количества возвращенных путевок в 2010 и 2011 годах, в первую очередь произошло за счет увеличения возврата путевок в ЦВМиР МВД России. В данный период в ЦВМиР направлялись, в основном, пенсионеры МВД, но в связи с возросшей стоимостью путевок, количество желающих резко сократилось. Кроме того, сократилось количество желающих из числа сотрудников ОВД, в связи с реформированием (сокращение штатов) системы МВД, проведением аттестации.

Антикоррупционная работа.

Основными направлениями в реализации стратегии антикоррупционной политики являются организация эффективной работы по борьбе со злоупотреблениями служебным положением и обеспечению законности в деятельности всех подразделений медико-санитарной части МВД по Республике Татарстан.

В 2011 году было проведено 8 служебных проверок, по результатам которых 5 человек привлечены к дисциплинарной ответственности.

В отдельных подразделениях установлены системы видеонаблюдения. С целью улучшения преемственности в работе структурных подразделений медико-санитарной части МВД по РТ разрабатываются возможности для оптимизации лечебно-диагностического процесса. Внедрение в структурных подразделениях МСЧ единой компьютерной сети позволит отслеживать все этапы лечебно-диагностического процесса, проводить своевременный анализ проблем, наметить пути их решения.

В течении 2011 года в подразделениях МСЧ МВД по РТ проводилось анкетирование сотрудников и кандидатов на службу в ОВД для оценки качества и своевременного выявления недостатков в работе подразделений МСЧ. В анкетировании участвовали 862 респондента. Были внесены предложения по уменьшению очередей на прием к специалистам и некоторые виды обследования, обновление оборудования, открытие дневного стационара в поликлинике. Анкетных данных, указывающих на неправомерные действия медицинских работников не было. Планируется регулярное проведение анкетирования пациентов для улучшения качества и оптимизации лечебно-диагностического процесса.

В течении трех лет проведены проверки служебной деятельности подразделений МСЧ МВД по РТ: Штабом МВД по РТ, КРО МВД по РТ, Росздравнадзором по Республике Татарстан, ФОМС. По итогам проверок служебная и медицинская деятельность МСЧ МВД по РТ признана удовлетворительной.

В связи с реорганизацией работы ведомственных здравпунктов в 2011 году проводится работа по их лицензированию.

С 2009 года МСЧ МВД России по РТ принимает активное участие в работе ежегодной Международной выставки «Волгаздравэкпо». Проводится широкое информационное обеспечение деятельности МСЧ МВД по РТ посредством выпуска статей в периодической печати, рекламных буклетов, организации цикла телевизионных передач «Формула здоровья», создания ведомственного сайта.

Внедрение системы менеджмента качества медицинских услуг в клиническом госпитале позволило медико-санитарной части МВД по РТ стать первым лечебно-профилактическим учреждением среди медицинских учреждений республики, сертифицированных по международной системе качества ГОСТ ИСО 9001- 2008.

По итогам деятельности за период с 2005 по 2010 год МСЧ МВД по РТ в 2010 году стала лауреатом Премии Правительства Республики Татарстан за качество в номинации «медицинские услуги». Клинический госпиталь МСЧ в 2011 году стал дипломантом конкурса «100 лучших товаров» в трех номинациях.

Действующая модель медицинского обеспечения сотрудников ОВД Республики Татарстан, положительные тенденции в решении вопросов управления, доступности и качества оказания медико-профилактической помощи, при условии сознательного отношения людей к своему здоровью, позволяют прогнозировать стабильные показатели здоровья сотрудников ОВД на ближайшую перспективу.

ТЕЗИСЫ

001. АЛЛОПАТИЧЕСКИЙ И ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ ОПРОС ПАЦИЕНТА: ЧТО ОБЩЕГО И В ЧЁМ ОТЛИЧИЕ?

О.В. Булашова

ГБОУ ВПО «Казанский государственный
медицинский университет Минздрава России РФ»

Казанский гомеопатический центр

В современной классической (аллопатической) медицине существует настоящая пропасть между медициной, лечащей больные органы при помощи медикаментов и скальпеля, и психологией, акцентирующей внимание на мыслях и психологическом статусе. Гомеопатия – это своеобразный мост, который позволяет соединить эти две области. В настоящее время мнения врачей о гомеопатии сильно отличаются. Одни врачи идентифицируют гомеопатическое лечение с эффектом плацебо, другие – с фитотерапией. Возникает вопрос, может ли быть полезной гомеопатия современному врачу?

Гомеопатия никогда не противопоставляла себя другим методам лечения. Тем не менее, в течение почти двух столетий шла ожесточённая борьба между сторонниками официальной медицины и гомеопатии. Споры вокруг гомеопатии объяснимы. Гомеопатия, с одной стороны является вполне экспериментальным методом (ее главные принципы открыты С.Ганнеманом в результате эксперимента, наблюдений и проверок). С другой стороны она стремится проникнуть в область, которая ускользает от эксперимента, в глубины субъективного мира личности. Этим она отличается от других областей медицины.

В современном мире развитие всех натуропатических методов, к которым относится и гомеопатия, становится актуальным. Это обусловлено большой распространённостью хронических заболеваний, в том числе так называемых «цивилизационных болезней», а также частыми побочными действиями химических препаратов, которые по тяжести могут превосходить исходное заболевание. И это происходит несмотря на все достижения медицины и современные научные разработки по лечению многих заболеваний.

Опрос как метод исследования больного играет огромную роль в работе врача. В гомеопатии не принято разделять врачей на специальности разного профиля. Будь – то окулист или терапевт, врач, применяющий гомеопатический метод лечения, должен учиться воспринимать пациента в целом. В этом гомеопатия очень близка семейной медицине и врачу общей практики. Специальные исследования показали, что в терапевтических отделениях диагноз в 80% случаях устанавливается уже на этапе расспроса, с которого обычно начинается обследование больного. В

гомеопатии во время беседы у врача должно появиться предположение о возможном заболевании и соответствующем данному пациенту гомеопатическом препарате, что делает дальнейший расспрос и осмотр более целенаправленными. Особенности приема врача-гомеопата заключаются и в более детальном и творческом для врача и пациента подходе к этому методу диагностики. В общении с больным врач-гомеопат должен быть и участником и наблюдателем одновременно. Например, немаловажно, как пациент ждет своей очереди к врачу (нервничает, спокойно, кричит, плачет), как он входит в кабинет и начинает общение с врачом, во что он одет, как он одет (аккуратно, небрежно), какие цвета в одежде он предпочитает.

Врачам всегда надо учитывать, что предпосылки для взаимоотношений врача и больного складываются еще до знакомства, до того момента, когда больной в первый раз входит в кабинет врача. Больной, приходящий к врачу, знает о нем больше, чем врач о больном, подобно тому, как студент знает преподавателя лучше, чем преподаватель студента. Он пытается выяснить не только то, насколько хорошим специалистом врач является, но интересуется также его личностными, человеческими качествами. Это связано, отчасти, с тем, что больной не только хочет получить от врача конкретной профессиональной помощи, но, и ищет душевной опоры, своеобразного дружеского отношения. Если больной не имеет возможности собрать необходимую ему информацию, он, во всяком случае, ожидая своей очереди за дверью кабинета, будет прислушиваться к разговорам других пациентов, касающихся профессиональных и личностных качеств врача. К тому моменту, когда больной входит в кабинет, у него, как правило, уже сложено более или менее отчетливое представление о докторе. Для формирования будущих отношений врача и его пациента имеет значение репутация того медицинского учреждения, куда обращается больной, и то насколько трудной и длинной, осознанной была для больного дорога к нужному специалисту.

В течение опроса – при первом контакте у больного, прежде всего, должно создаться впечатление, что врач хочет ему помочь. Невербальное поведение врача, особенно при установлении первого контакта, часто оказывает на пациента большее влияние, чем его слова. В период вербальных взаимоотношений врача и больного особенно важно, насколько активно врач, ориентируясь в установках и ожиданиях больного, стремится понять, в каком состоянии находится пациент и в какой помощи он нуждается. Важно учитывать, что потребность высказаться по-разному проявляется у различных больных: Потребность отреагировать больше выражена у скрытного, сдержанного, интравертированного больного, чем у общительного и экстравертированного. В этот момент важно задавать как можно меньше вопросов, чтобы не мешать пациенту, не сбивать его в не уводить разговор в сторону. Выслушивая больного, врач формирует несколько гипотез, которые проверяет впоследствии.

В период активного взаимодействия врача с больным врач задает дополнительные уточняющие

вопросы, выясняя важные для понимания состояния пациента детали, формирует собственное мнение. В этой фазе врач аргументировано излагает больному свое понимание его болезненного состояния, дает необходимые пояснения. В конце беседы врач и пациент убеждаются в том, что оба правильно поняли друг друга. Обратная связь, по возможности не должна быть оценочной, не должна содержать в себе черно-белых категорий «плохого – хорошего»; желательно, чтобы она носила скорее повествовательный и описательный характер.

В гомеопатии большое значение имеет внутренняя картина болезни, то есть все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни и ее причинах. Пациент должен как можно точнее охарактеризовать особенности болезненных ощущений. Сила ощущений для оценки симптома особенно важна. Распространенное высказывание «мне плохо» – совершенно недостаточно для суждения о болезни. При наличии боли пациент должен попытаться охарактеризовать ее как можно детальнее. Часто больные сами дают очень интересные и точные сравнения – «жжет как огнем», «колет как иголкой», «нога будто перевязана», «боль стреляет как молния» и т.п. В гомеопатии принято рассматривать ощущения на двух уровнях – психическом, в том числе и интеллектуальном (восприятие, мышление, память, наблюдательность, свободные волевые действия) и соматическом. Некоторые авторы психические и интеллектуальные уровни рассматривают раздельно. Психические симптомы имеют наибольшее значение при условии их четкой и правильной оценки. При развитии болезненного процесса, как правило, психические симптомы опережают соматические, кроме того часто они могут являться причиной заболевания и здесь нужно воздействовать не на соматическую, а именно на психическую сферу. Именно на этапе опроса можно получить верное представление о сложившейся у данного пациента внутренней картине болезни и оценить влияние психогенных факторов на развитие заболевания. Часто после беседы о перенесенных болезнях пациент начинает по-новому оценивать все, что с ним произошло, и перестает удивляться тому, что заболел, то есть меняет свое отношение к заболеванию.

Известен постулат, что гомеопатия лечит больного, а не болезнь, рассматривает организм как неразрывное целое со всеми его медицинскими, психологическими и социальными особенностями. Терапевтический принцип индивидуализации, известный в России благодаря трудам выдающегося терапевта М.Я. Мудрова, в последнее время позиционируется как «новый» персонифицированный подход, в то время как в гомеопатии, свободной от готовых прописей лекарство никогда не назначается только исходя из названия болезни. Лекарство подбирается на основе симптомов, их усиливающих или ослабляющих факторов, конституции и статуса больного. При этом конституция рассматривается как совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе его наследственных и приобретённых свойств и определяющих его реактивность. То есть особое внимание уделяется

особенностям адаптации организма человека к условиям воздействия внешних и внутренних факторов, которая обусловлена как фенотипическими, так и генотипическими особенностями организма.

002. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКОВ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У СОТРУДНИКОВ ОВД

Бунакова Л.К.,* Файзуллина Е.В.,**
Нигаметзянова Г.З. *

*ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», г. Казань

**ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет МЗ СР РФ, г. Казань

Цель данного исследования: оценить влияние течения хронических дерматозов (ХД) на прогноз дальнейшей службы у сотрудников органов внутренних дел (ОВД).

Методы: Объектом исследования послужили 283 амбулаторных карты сотрудников МВД по РТ с ХД. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета STATISTICA 6.0. Применялись критерии χ^2 , критерий Стьюдента для долей.

В ходе исследования были выведены показатели, характеризующие состояние здоровья пациентов-сотрудников МВД: диагноз, сроки диспансеризации, качество наблюдения терапевтом, качество наблюдения прочими специалистами, качество диспансерного наблюдения дерматологом, длительность ремиссии, связь экстремальных ситуаций с количеством рецидивов, связь с хроническими заболеваниями, распространенность кожного процесса, длительность временной утраты трудоспособности, влияние ХД на срок службы в МВД.

Пациенты были разделены на 2 группы – в группу I были включены лица, для которых заболевание ХД послужило основанием для увольнения из органов внутренних дел (16,6%), в группу II – те пациенты, которые продолжили службу, несмотря на наличие ХД (83,4%). Данные, полученные в результате анализа, были обработаны методами математической статистики с целью выявления показателей, которые статистически достоверно повлияли на срок службы пациентов в МВД. Примененные непараметрические табличные методы вычислительной диагностики с использованием неоднородной последовательной процедуры распознавания (Гублер Е.В., 1978), позволили составить таблицу прогнозирования, включающую прогностические коэффициенты. Величины пороговых значений сумм прогностических коэффициентов взяты из соответствующих статистических таблиц и при уровне ошибки в 5% величина пороговой суммы составляют ± 13 . Прогностическая таблица построена по данным основной группы (273 анкеты) и контрольной (проверочной) группы (10 анкет). Результаты проверки таблицы дали 7 правильных ответов (70%) и 3 неопределенных (30%), неправильных ответов не было.

Полученная прогностическая таблица позволяет оценить (спрогнозировать) течение ХД, предположить не благоприятный трудовой прогноз.

Выводы: Полученная прогностическая таблица позволяет оценить риски развития ХД у пациентов из числа сотрудников ОВД. Исходя из причин влияния течения ХД на сроки службы, необходимо выстроить систему динамического наблюдения с целью сохранения трудового потенциала сотрудников ОВД в масштабе республики и региона.

003. ФУНКЦИОНАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ТРЕДМИЛ-ТЕСТОМ.

Галяви Р.А., Михопарова О.Ю., Фролова Э.Б., 2012

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, г. Казань, Россия

Цель исследования: сравнить инструментальные показатели у лиц с положительным и отрицательным тредмил-тестом.

Материалы и методы: В исследование было включено 33 пациентов с подозрением на ИБС. Из них у 25 человек были выявлены эпизоды горизонтальной депрессии сегмента ST более 1 мм во время проведения пробы с дозированной физической нагрузкой. У 8 пациентов депрессии сегмента ST выявлено не было. Всем больным регистрировали ЭКГ в 12 стандартных отведениях, определяли уровень общего холестерина, проводили тредмил-тест, суточное мониторирование ЭКГ и АД, а также ультразвуковое исследование сердца с определением фракции выброса (ФВ), конечно-диастолического (КДР) и конечно-систолического размеров (КСР) левого желудочка, размеров полостей сердца и аорты, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛ).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Excel 7.0 с использованием пакета программ GraphPadInStat (v.3.06). Межгрупповое сравнение проводили по методу Манн-Уитни с применением критерия Фишера. Для выявления взаимосвязи между показателями применяли метод корреляционного анализа по Пирсону. Результаты представлены в виде $M \pm SD$, где M – выборочное среднее, SD – выборочное стандартное отклонение. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: группы между собой были сопоставимы по возрасту, уровню общего холестерина, ФВ. В группе с положительной пробой были зарегистрированы достоверно более высокие значения КДР левого желудочка ($5,1 \pm 0,4$ см и $4,6 \pm 0,5$ см, при $p = 0,02$), ТЗСЛЖ ($1,1 \pm 0,1$ см и $0,9 \pm 0,1$ см, при $p = 0,05$), аорты ($3,5 \pm 0,2$ см и $3,2 \pm 0,1$ см, при $p = 0,01$), а также уровню среднего значения ДАД в дневные часы ($90,5 \pm 18$ мм рт.ст. и $79,1 \pm 11$ мм рт.ст., при $p = 0,05$). В ходе проведения корреляционного анализа были выявлены следующие закономерности. Так, степень депрессии сегмента ST достоверно взаимосвязана с размером аорты ($r = 0,49$, $p = 0,003$) и КДР левого желудочка ($r = 0,45$, $p = 0,008$). По отношению к уровню среднего ДАД в дневные часы имела лишь тенденция к

установлению прямой зависимости с степенью депрессии ($r = 0,33$, $p = 0,06$), а между ТЗСЛЖ и уровнем депрессии достоверных взаимосвязей выявлено не было. **Выводы:**

В ходе дифференциальной диагностики ИБС на результаты пробы с дозированной физической активностью могут оказывать влияние некоторые показатели Эхо-КГ и суточного мониторирования АД, что может потребовать проведение дополнительных, более информативных методов диагностики с целью правильной верификации диагноза.

004. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КОНЕЧНОСТЯХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Данилов В.А., Федоров М.Е.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», г. Нижний Новгород, РФ.

Сахарный диабет - одна из серьезнейших проблем, масштабы которой продолжают увеличиваться.

Цель исследования: сравнить влияние различных видов анестезий у больных с сахарным диабетом на уровень сахара в крови и гемодинамику во время оперативного вмешательства.

Материалы и методы исследования: В отделении гнойной хирургии было проведено хирургическое лечение 37 пациентов, в возрасте 45-74 лет, с сахарным диабетом преимущественно типа 2 (32 больных). Сахарный диабет сопровождался специфическими осложнениями: ретинопатией - у 23 больных, катарактой - у 9 больных, нефропатией - у 20 больных, что свидетельствовало о тяжелой степени течения заболевания. У большинства больных имела сопутствующая патология: ИБС (у 27), гипертоническая болезнь (у 28), ожирение (у 7), нарушения сердечного ритма (у 4), остаточные явления нарушений мозгового кровообращения (у 3). Тяжесть общего состояния усугублялась местным активно текущим гнойно-некротическим процессом на стопе, интоксикацией. Физический статус по ASA у 2 пациентов соответствовал II классу, у 32 – III классу, у 3 человек - IV классу.

Тридцати семи пациентам проведено 83 обезболивания, из них 21 - проведено две и более анестезии. Операции (ампутации пальцев стоп, голени, бедра, обработка гнойно-некротических очагов, пластические операции и др.) выполнены под различными видами обезболивания: диприван+фентаниловая анестезия (36 операций), проводниковая с внутривенной седацией (10), центральные блокады с внутривенной седацией седуксеном, пропофолом или тиопенталом натрия (16), тиопентал натрия+оксибутират натрия+фентанил (14), реланиум+кетамин (2), тиопентал натрия+фентанил (5). *Продолжительность анестезий составляла от 36 до 129 минут ($73,19 \pm 20,62$ мин).*

Все больные до операции были переведены на инсулинотерапию, сахар в крови поддерживался не ниже $5,5-6$ ммоль/л (в среднем $8,4 \pm 0,36$ ммоль/л), так как опасность гипогликемии во время анестезии выше, чем опасность высокой гипергликемии. Премедикация у больных ограничивалась умеренными дозами

холинолитиков и антигистаминных средств. Во всех случаях проводили контроль содержания глюкозы крови до-, во время и после операций со своевременной его коррекцией.

Результаты и их обсуждение: Риск интраоперационных осложнений при сахарном диабете довольно высок и зависит от степени поражения органов – мишеней. При тщательном обследовании больного перед оперативным вмешательством у него выявляется патология со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, иммунной системы, опорно-двигательного аппарата и др.

У больных с гипертонической болезнью существует высокая вероятность возникновения диабетической вегетативной нейропатии, при которой нарушается способность кровообращения компенсировать изменения ОЦК, поэтому методом выбора является пропофол/фентаниловый наркоз, оказывающий гипотензивный эффект и не влияющий на углеводный обмен.

При наличии исходной гипотонии, при травматичных и продолжительных операциях с кровопотерей, ацидозом, гиперкалиемией, гипофункцией надпочечников показано применение оксибутирата натрия в сочетании с барбитуратами и препаратами для НЛА. Эта анестезия способствует оптимизации гемодинамики, улучшению метаболических процессов, уменьшению ацидоза, гипоксического избытка лактата, улучшению функции почек, повышению концентрации иона калия в клетках.

В других случаях методом выбора является сбалансированная регионарная анестезия (проводниковая, субарахноидальная, эпидуральная анестезия) с внутривенной седацией пропофолом или тиопенталом натрия для предотвращения вегетативных реакций, операционной гипергликемии и устранения позиционного дискомфорта. Местные анестетики не влияют на содержание глюкозы в крови и гликогена в органах.

Для регионарной анестезии использовали 1% раствор лидокаина и 0,25 % раствор маркаина или нарופן 0,375% раствор, а для спинальной анестезии маркаин-спинал 0,5%.

В ходе оперативных вмешательств трижды контролировали уровень сахара в крови, колебания которого во всех случаях не превышали 25% от исходного ($8,4 \pm 1,932$ ммоль/л, $p < 0,01$), что свидетельствовало об адекватности нейро-вегетативной защиты при данных методах анестезии.

Заключение: Выбор метода анестезии у больных с сахарным диабетом определяется не только объемом предстоящей операции, функциональным состоянием жизненно важных органов и систем, сопутствующей патологией, возрастом, но и от уровня исходной гипергликемии и непосредственного влияния анестетиков на содержание глюкозы в крови.

Таким образом, индивидуальный подбор метода анестезии и анестетиков у больных с сахарным диабетом позволяет обеспечить стабильность гемодинамики и уровня гликемии.

005. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Забелина И.В., Хлебодаров Ф.Е.

МСЧ МВД России по Курской области, Курск, Россия

Цель исследования: анализ эффективности мероприятий по оказанию медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией (АГ).

Актуальность проблемы обусловлена тем, что АГ, во многом обуславливающая высокую сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность, характеризуется широкой распространенностью и, в то же время, отсутствием адекватного контроля в масштабе популяции. Даже в странах с высоким уровнем организации здравоохранения этот показатель сегодня не превышает 25-27%, в то время как в России артериальное давление (АД) контролируется должным образом лишь у 5,7% мужчин и 17,5% женщин.

Материалы и методы. Анализу подвергнуто 517 амбулаторных карт пациентов, отобранных методом простой случайной выборки из 15183 человек, прикрепленных к поликлинике МСЧ МВД России по Курской области. У больных, включенных в исследование, были собраны данные из амбулаторных карт, оценен клинический статус.

Результаты и их обсуждение. В Медсанчасти МВД России по Курской области проводится широкий комплекс мероприятий, направленных на профилактику и лечение АГ у сотрудников органов внутренних дел.

Амбулаторное и стационарное обследование пациентов с АГ проводится в строгой последовательности, отвечая определенным задачам:

- определение стабильности повышения АД и его степени;

- исключение симптоматической АГ или идентификация ее формы;

- выявление наличия других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и клинических состояний, которые могут повлиять на прогноз и лечение, а также отнесение больного к той или иной группе риска

- определение наличия поражений "органов-мишеней" и оценку их тяжести.

Кроме обязательных ежегодных профилактических осмотров сотрудников и работников УМВД России по Курской области территориальных органов МВД России на районном уровне, проводятся регулярные выходы в подразделения с целью измерения артериального давления. В 2011 году мониторинг АД был осуществлен у 1897 человек, 364 направлены на дополнительное обследование.

Основной целью лечения больного ГБ является достижение максимальной степени снижения общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Это предполагает воздействие на все выявленные обратимые факторы риска, такие как курение, высокий уровень холестерина и т.д.

Одной из основных причин недостаточного контроля АД является плохая приверженность к

лечению. По нашим данным, около половины пациентов не принимают назначенных лекарственных препаратов.

Кроме этого, плохая приверженность к лекарственному лечению, как правило, подразумевала и плохую приверженность в отношении немедикаментозных методов лечения, что еще более препятствовало снижению АД. Наконец, недостаточная приверженность к лечению, сопровождавшаяся частой отменой и последующим возобновлением лечения, увеличивала вероятность осложнений, связанных с первой дозой приема препаратов и синдромом отмены.

Для того чтобы обеспечить должную приверженность пациента к лечению, специалисты МСЧ проводят с ними необходимые беседы при профилактических медицинских осмотрах, выходах в подразделения, во время контрольных визитов. Разработана и выдается памятка пациента с артериальной гипертензией с основной информацией об АГ, указанием названия и дозировки препарата, датой явки к врачу.

Повышению комплаентности во многом способствуют проводимые государством мероприятия по повышению социальной защищенности сотрудников органов внутренних дел, в том числе бесплатный рецептурный отпуск антигипертензивных препаратов.

Выводы. Таким образом, эффективность действий врача при лечении каждого конкретного пациента и достижение успехов по контролю АД среди сотрудников органов внутренних дел в значительной степени зависят от согласованности действий и терапевтов, и кардиологов, что обеспечивается единым диагностическим и лечебным подходом. К мерам, которые могут привести к улучшению комплаентности в лечении, можно отнести мероприятия, направленные на повышение информированности пациентов об АГ, изменение общественного сознания в плане отношения к здоровью, а также бесплатное обеспечение лекарственными препаратами.

006. ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ

Г.Р. Камашева

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

По данным ВОЗ в настоящее время наблюдается рост заболеваемости аллергическим ринитом (АР) во всем мире. Частота симптомов АР в России составляет 18-38%. Однако, уровень диагностики АР остается еще недостаточно высоким, особенно в раннем детском возрасте. У большинства детей дебют АР и дальнейшие его обострения нередко воспринимаются как острые респираторные заболевания. Важнейшим обоснованием своевременной диагностики и лечения АР является возможность последующего развития бронхиальной астмы у 45–60% больных АР.

Цель исследования: выявление признаков аллергического ринита у детей раннего возраста с персистирующей назальной симптоматикой.

Материалы и методы: обследовано 45 детей в возрасте от 16 до 36 мес с жалобами на длительное затруднение носового дыхания, насморк, чихание, зуд

носа. Диагностика АР включала сбор аллергологического анамнеза, цитологическое исследование назального секрета (риноцитограмма), постановку скарификационных кожных проб (СКП) с неинфекционными аллергенами.

Результаты: по результатам данных анамнеза у 30 детей имели место отягощенная по атопии наследственность, проявления пищевой аллергии в форме атопического дерматита. Нарушения носового дыхания в данной группе детей в 76,6% случаев были связаны с утренней заложенностью носа, многократным чиханием, зудом носа, у 84% назальные проявления сопровождались насморком с обильным слизистым и водянистым секретом, чиханием при контакте с домашней пылью, домашними животными, пылью растений. При проведении цитологического исследования назального секрета в 96,6% случаев выявлено достоверное повышение количества эозинофилов ($32,3 \pm 13,3\%$) при норме до 10%. СКП с бытовыми аллергенами были положительные у 84%, с эпидермальными - у 26,6% и с пыльцевыми - у 20% детей.

У остальных 15 пациентов при сборе анамнеза обращали на себя внимание рецидивирующие острые респираторные заболевания, при этом признаки атопии не были выявлены. Назальная симптоматика характеризовалась заложенностью носа, насморком с необильным гнойным, гнойно-слизистым секретом, отсутствовало многократное чихание и зуд носа. В риноцитограмме преобладали нейтрофилы ($65,8 \pm 10,2\%$), кокковая и смешанная флора и лишь у 2 пациентов - эозинофилы (24 и 35% соответственно). При проведении СКП у данных пациентов была выявлена специфическая гиперчувствительность к аллергену домашней пыли и *Dermatophagoides pteronyssinus*, что позволило подтвердить диагноз аллергического ринита. У остальных больных СКП с неинфекционными аллергенами были отрицательные.

Выводы: результаты проведенного комплексного обследования подтвердили диагноз аллергического ринита у 71% обследованных детей. У детей раннего возраста с персистирующей назальной симптоматикой для ранней диагностики аллергического ринита необходимо проводить комплексное обследование, включающее сбор аллергологического анамнеза, цитологическое исследование мазка из носа, позволяющее провести дифференциальную диагностику между аллергическим ринитом (преобладание эозинофилов) и инфекционным ринитом (преобладание нейтрофилов), а также скарификационные кожные пробы с неинфекционными аллергенами.

007. НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

¹Лышова О.В., ²Харина Н.В., ²Смолянинов С.В.

¹ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития России, ²ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Воронежской области», г. Воронеж, Россия

Актуальность. Смертность больных, выживших после фибрилляции желудочков, возникшей в острый период инфаркта миокарда, в последующем остаётся высокой, а у подавляющего большинства из них могут иметь место и другие прогностически неблагоприятные факторы. Например, снижение фракции выброса до 40% и менее, снижение вариабельности сердечного ритма, частые желудочковые аритмии, дыхание Чейна-Стокса с центральными апноэ (ЦА), сахарный диабет. Дыхание Чейна-Стокса с ЦА считается доказанным маркёром степени тяжести хронической сердечной недостаточности. По статистике, встречаемость дыхания Чейна-Стокса с ЦА колеблется в пределах 30–80% среди этой категории пациентов. При этом лечебная тактика и долгосрочный прогноз остаются до конца не ясными. Подходы к респираторной поддержке больных с нарушением регуляции дыхания во сне, хронической систолической сердечной недостаточностью и жизнеугрожающими желудочковыми аритмиями, возникшими на фоне постинфарктного кардиосклероза остаются спорными. Приводим клинические случаи наблюдения пациентов, имевших вышеперечисленные признаки.

Методы исследования. Проводилось рутинное клинико-лабораторное исследование; ЭКГ в 12 общепринятых отведениях; мониторинг ЭКГ по Холтеру и кардиореспираторное мониторирование (КРМ) на протяжении сна (ЭКГ в 3-х модифицированных отведениях, пневмограмма с нижних отделов обоих лёгких, поток воздуха на уровне носа, насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом, храп, двигательная активность и положение тела) с помощью портативного регистратора «Кардиотехника 04-ЗРМ» (ИНКАРТ, Санкт-Петербург); трансторакальная импульсная доплер-эхокардиография (Sonoline G50). Кроме медикаментозного лечения трём пациентам с высоким риском внезапной смерти, имеющим нарушения регуляции дыхания на протяжении сна назначали неинвазивную вентиляцию положительным давлением воздуха в автоматическом режиме, со снижением давления на выдохе (SOMNObalance e, Weinmann, Германия). Суммарная продолжительность аппаратного лечения колебалась от 14ч 20мин до 41ч 10мин. На фоне лечения оценивалась динамика индекса дыхательных расстройств (ИДР), частота регистрации эпизодов апноэ или гипопноэ обструктивного и центрального типа (программное обеспечение Weinmann support).

Результаты. Клинический случай 1, больной Е., 60 лет: в анамнезе: сахарный диабет 2 типа, стадия компенсации; два инфаркта миокарда без зубца Q (1993 и 1994 гг.) и инфаркт миокарда с зубцом Q передне-перегородочно-верхушечной области левого желудочка (ЛЖ) (2004 г.), осложнённый желудочковой полиморфной тахикардией, фибрилляцией желудочков и состоянием клинической смерти. Регулярно принимает бисопролол (конкор) 5 мг/сут., эналаприл (энап) 2,5 мг/сут., изосорбида-динитрат (кардикет) 40 мг/сут., аторвастатин (аторис) 20 мг/сут., ацетилсалициловую кислоту (кардиомагнил) 75 мг/сут., глидиаб. Результаты обследования показали повышенный уровень глюкозы, общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности; снижение фракции выброса ЛЖ до 40%; частую желудочковую одиночную (190 на 1000

комплексов) и парную (1 на 1000 комплексов) полиморфную экстрасистолию на протяжении периода бодрствования, пароксизмы неустойчивой мономорфной и полиморфной желудочковой тахикардии (6 днём, 5 ночью), пограничное число одиночных, парных и групповых наджелудочковых экстрасистол. По данным КРМ во время дневного и ночного сна регистрировались эпизоды периодического дыхания типа Чейна-Стокса (фазы диспноэ типа крещендо-декрещендо) с ЦА, кроме того отмечались апноэ обструктивного типа; ИДР 37/ч. Только 1% эпизодов апноэ сопровождался храпом. Базовый уровень сатурации кислорода (O_2) 94,6%, минимальный уровень – 85,6%, средний уровень O_2 в эпизодах десатурации 89,0%. На фоне медикаментозной терапии больному проводилась неинвазивная вентиляция положительным давлением воздуха на протяжении 41ч 10 мин (7 ночей), терапевтическое давление колебалось в пределах от 3,7 до 9,3 гПа (среднее 5,1 гПа). На фоне аппаратного лечения дыхание типа Чейна-Стокса с ЦА сохранялось, в то время как число эпизодов апноэ обструктивного типа резко уменьшилось. В разные дни значения ИДР колебались в пределах от 18 до 27/ч, при этом желудочковые аритмии участились (до 250 на 1000 комплексов) и регистрировались не только во время бодрствования, но и во время сна, пароксизмы неустойчивой желудочковой мономорфной и полиморфной тахикардии сохранялись (9 днём). Вместе с тем, через 7 дней от начала лечения, пациент субъективно отметил улучшение общего состояния: чувство нехватки воздуха и перебои в работе сердце перестали беспокоить; повысилась толерантность к физической нагрузке, проявления общей слабости уменьшились. Несмотря на это, принято решение воздержаться от продолжения проведения аппаратного лечения в указанном режиме.

Клинический случай 2, больной М., 47 лет: в анамнезе инфаркт миокарда с зубцом Q высоких отделов боковой стенки ЛЖ (2011 г.), осложнённый синдромом Дресслера; тромбозомелкия мелких ветвей лёгочной артерии, кардиогенный шок, осложнённые устойчивой желудочковой полиморфной тахикардией, фибрилляцией желудочков и состоянием клинической смерти (март 2012 г.). После наружной электрической дефибрилляции регулярно принимает кордарон 200 мг/сут., варфарин 5 мг/сут., эналаприл (энап) 2,5 мг/сут., аторвастатин (аторис) 20 мг/сут. Через 5 месяцев после реанимационных мероприятий результаты обследования показали снижение фракции выброса ЛЖ до 28%; расширение полости ЛЖ и левого предсердия, повышение систолического давления в стволе лёгочной артерии (49 мм рт.ст.); во время холтеровского мониторирования на фоне синусового ритма регистрировались одиночные полиморфные желудочковые экстрасистолы в количестве <10/ч, одиночные предсердные и узловые экстрасистолы (всего: 7) и групповые предсердные экстрасистолы (всего: 1), паузы за счёт синоатриальной блокады продолжительностью 2125–2171 мсек во время сна (всего: 2); отмечалось удлинение скорректированного QT-интервала свыше 450 мс в течение 87% времени. По данным КРМ во время дневного и ночного сна зарегистрировано 348 эпизодов апноэ, из них

обструктивного типа 31%, центрального – 44%, смешанного – 25%, ИДР 48/ч. Отмечались эпизоды периодического дыхания типа Чейна-Стокса с ЦА. Базовый уровень сатурации O_2 94,1%, минимальный – 84,5%, средний уровень O_2 в эпизодах десатурации 88,5%. На фоне медикаментозной терапии больному проводилась неинвазивная вентиляция положительным давлением воздуха на протяжении 13ч 30 мин (2 ночи), терапевтическое давление находилось в пределах от 3,9 до 8,7 гПа (среднее – 6,9 гПа). Значения ИДР колебались от 27/ч в первую ночь лечения до 18/ч – во вторую. В дальнейшем пациент отказался от лечения в связи с обострением хронического ринита.

Клинический случай 3, пациент М. 38 лет: в анамнезе инфаркт миокарда с Q зубцом передне-перегородочной стенки ЛЖ с переходом на верхушку и боковую стенки, осложнённый в раннем периоде клинической смертью (май 2012 г.); балонная ангиопластика со стентированием передней межжелудочковой артерии (июнь 2012 г.). Получает медикаментозное лечение: периндоприл (перинева) 2 мг/сут.), бисопролол (конкор Кор) 2,5 мг/сут., коплавикс (1 таб./сут.), розувастатин (крестор) 10 мг/сут.; нитроглицерин 1 таб. при приступе стенокардии. Результаты обследования показали: гипертриглицеридемию; снижение фракции выброса ЛЖ до 41%; во время холтеровского мониторирования на фоне синусового ритма регистрировались одиночные полиморфные желудочковые экстрасистолы (<10/ч). По данным КРМ во время ночного сна зарегистрирован 51 эпизод апноэ, из них обструктивного типа 55%, центрального – 45%, ИДР 7/ч. Базовый уровень сатурации O_2 94,5%, минимальный – 90,2%, средний уровень O_2 в эпизодах десатурации 90,2%. На фоне медикаментозной терапии больному проводилась неинвазивная вентиляция положительным давлением воздуха на протяжении 36ч 15 мин (5 ночей), терапевтическое давление находилось в пределах от 3,9 до 7,5 гПа (среднее 7,0 гПа). Значения ИДР колебались в пределах 1/ч, при этом эпизоды апноэ обструктивного типа составляли максимально до 0,2/ч; центрального – до 1,6/ч. На фоне проводимого лечения пациент отметил «прилив сил», появилось чувство бодрости, повысилась толерантность к физической нагрузке.

Выводы. В данной работе представлены результаты краткосрочной терапии нарушений регуляции дыхания во сне у трёх пациентов с высоким риском внезапной смерти. Во всех случаях средне-терапевтический уровень лечебного давления был невысоким: 5,1 гПа, 6,9 гПа и 7,0 гПа. Возможности использования различных режимов неинвазивной вентиляции положительным давлением воздуха у этой категории больных продолжают активно изучаться. Имеются определённые ограничения к широкому применению данного вида лечения, одним из которых является высокая стоимость аппаратов.

008. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ПОТОКОВЫХ СВОЙСТВ КРОВИ.

Н.С.Сидельникова, А.С.Петроченко, А.Д.Павлов, В.В.Якусевич, В.И.Балашин.

ФКУЗ МСЧ МВД России по Ярославской области.

Актуальность. Метаболический синдром (МС) – комплекс метаболических нарушений и сердечно-сосудистых заболеваний, патогенетически взаимосвязанных через инсулинорезистентность (ИР), включающих нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), сахарный диабет (СД), артериальную гипертензию (АГ), сочетающихся с абдоминальным ожирением и атерогенной дислипидемией (повышение триглицеридов – ТГ, липопротеидов низкой плотности – ЛПНП, снижение липопротеидов высокой плотности – ЛПВП). Такое сочетание нарушений встречается часто и существенно повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

Распространенность метаболического синдрома по всему миру продолжает расти, достигая размеров эпидемии (примерно 25 % в США и несколько меньшая доля в Европе). Одной из основных причин такого роста служит все большая распространенность ожирения, которое вносит немалый вклад в развитии сахарного диабета. Сахарный диабет, в свою очередь, может привести к развитию инфаркта миокарда, инсульта, почечной недостаточности и т.д. Прогрессирование любого заболевания сопровождается функционально-структурными изменениями тех или иных форменных элементов крови. Особый интерес вызывают изменения реологических свойств крови, к которым относятся изменения функционального состояния форменных элементов крови (подвижности, деформируемости, агрегационной активности), а также вязкости крови. Также немаловажный интерес представляют собой изменения параметров микроциркуляции, влекущие за собой дефицит кровенаполнения тканей и изменения в сосудистой стенке. В настоящее время вопрос о данных изменениях изучен не достаточно и требует дальнейшего рассмотрения.

Цель исследования: Изучение особенностей параметров периферической микроциркуляции и реологических свойств крови у пациентов при метаболическом синдроме.

Материалы и методы исследования:

Обследовано 37 пациентов с метаболическим синдромом. Больные обследованы по единому протоколу, включавшему анализ анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных показателей. Контрольную группу составили здоровые лица в количестве 52 человека.

Реологические показатели включали в себя: вязкость крови, плазмы, стандартной 40% суспензии эритроцитов при различных скоростях сдвига, гематокрит, степень агрегации и деформируемость эритроцитов.

Методом лазерной доплеровской флоуметрии определяли состояние микроциркуляции на аппарате ЛАКК-02 исполнение 4 (НПП «Лазма», Москва). Световодный зонд устанавливали в зоне Захарьина-Геда для сердца на предплечье. ЛДФ-граммы

регистрировались в течение 10 минут. Оценивался показатель микроциркуляции (ПМ), средне-квадратическое отклонение (σ), коэффициент вариации (Kv). С помощью вейвлет-анализа осцилляций кровотока получали показатели шунтирования (ПШ), нейрогенного (НТ) и миогенного (МТ) тонуса сосудов.

Результаты.

У пациентов с метаболическим синдромом вязкость крови была значительно выше, чем в контрольной группе, причем при низком напряжении сдвига определяются более высокие величины (на 41 %, $p < 0,001$), чем при высоком напряжении сдвига (на 28%, $p < 0,001$). Это напрямую взаимосвязано с увеличением вязкости плазмы и усиленной агрегации эритроцитов, которая была на 63 % выше ($p < 0,005$), чем в группе здоровых лиц. Вязкость суспензии эритроцитов с фиксированным гематокритом 40% в аутоплазме была существенно выше (на 27%, $p < 0,001$) по сравнению со здоровыми лицами. Показатель гематокрита у лиц с метаболическим синдромом был ниже, чем в контрольной группе – на 4,09% ($p < 0,001$).

При сравнении показателя перфузии методом ЛДФ у пациентов с метаболическим синдромом выявлены низкие показатели микроциркуляции и среднего колебания перфузии относительно значения потока крови, снижение значения коэффициента вариации (K_v) (на 48%, $p < 0,001$). Такие параметры указывают на неблагоприятные изменения кровообращения на уровне микрососудов в группе пациентов с метаболическим синдромом.

С помощью вейвлет-анализа был рассчитан амплитудно-частотный спектр микрокровотока, с помощью которого выявлено снижение амплитуд осцилляций микрокровотока в диапазоне активных регуляторных влияний – нейрогенном (на 35,9%), миогенном (на 24,9%) и эндотелиальном (на 32,3%). Рост тонуса микрососудов за счет нейрогенного и миогенного компонентов, вызывает повышение пристеночного напряжения сдвига и уменьшение объемного кровотока.

У пациентов отмечено снижение уровня микроциркуляции, показателей активных механизмов, о чем свидетельствовали низкие величины ПМ, изменения кровотока. Эти данные указывают на нарушение миогенного и нейрогенного тонуса артерий, а также на наличие застойных явлений в капиллярах. Данные ухудшения реологических свойств крови вызывают поражения стенки микрососудов, в результате чего нарушается кислородно-транспортная функция крови. В ответ на недостаток кислорода происходят изменения просвета микрососудов. Полученные данные указывали на эндотелиальную дисфункцию и снижение эластичности сосудистой стенки при данной патологии.

Заключение.

Комплексный подход к исследованию микрососудистого русла позволяет получить объективную информацию о состоянии гемодинамики. Отмечено повышение вязкости плазмы и агрегации эритроцитов, выявлены достоверные изменения, указывающие на увеличение показателей жесткости сосудистой стенки. Полученные результаты способствуют более глубокому пониманию механизмов патогенеза и способов их коррекции.

009. КОНТАКТНАЯ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИЯ АППАРАТОМ LMA STONE BREAKER™ (LMA UROLOGY, JERSEY. C1).

И.А.Строитель, А.Ю.Салмина, Г.Г.Файзуллина
ФКУЗ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ

Мочекаменная болезнь (уролитиаз) по частоте распространения занимает второе место после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочевых путей. Уролитиаз встречается во всех странах мира. Многие авторы высокую частоту заболевания связывают с местными условиями [Пытель А.Я. и др. 1966] и обращают внимание на географический фактор риска возникновения уролитиаза [Scott R., 1985]. Мочекаменная болезнь выявляется в любом возрасте. У пожилых людей встречаются камни мочевого пузыря. Наиболее вероятным для уролитиаза является возраст 30-55 лет. В последние годы это заболевание «постарело», т.е. чаще встречается у лиц старше 50 лет, что связано с увеличением продолжительности жизни людей в развитых странах, а также с нарастающей гиподинамией и изменением режима питания населения. Уролитиаз является мультифакториальным заболеванием, в основе которого лежит взаимодействие генотипа и внешней среды. Согласно современным данным, среди причин вызывающих нарушение почечных функций, что вызывает выделение неполноценной мочи и возникновение нефролитиаза, важную роль играют врожденные патологические изменения в почках – ферментопатии (тубулопатии), которых поражаются проксимальный и дистальный канальцы, и пороки анатомического развития мочевых путей. Распространенность уролитиаза, заболеваемость и смертность от него обуславливают актуальность данной проблемы.

До недавнего времени ведущим методом лечения пациентов с камнями мочевыводящей системы являлись открытые операционные вмешательства, которые часто сопровождалось осложнениями [Теодорович О.В., 1990]. Осложнения отмечались как во время наркоза, так и в результате непосредственно вмешательства. Среди последних можно отметить воспалительные реакции в виде пиелонефрита вплоть до уросепсиса, мочевые свищи, послеоперационные стриктуры и грыжи. Кроме того, примерно у 17-23 % больных возникают рецидивирующие камни с более тяжелым течением болезни. Все это приводит к необходимости разработки и внедрения в клиническую практику новых, более эффективных, малоинвазивных методов лечения мочекаменной болезни [2,3,4].

Более 20 лет назад такой передовой методикой явилась дистанционная ударноволновая литотрипсия (ДЛТ), позволяющая проводить разрушение камней почек и мочеточников ударными волнами. Вместе с тем по мере накопления опыта и систематизации полученных данных произошел пересмотр показаний к ДЛТ и методам профилактики осложнений. В настоящее время в значительном числе случаев при камнях мочевыводящей системы, в том числе и после перенесенной ДЛТ, используется метод эндоскопической контактной литотрипсии [3,5]. Как правило оценка

результатов данного метода производится под контролем ультразвукового исследования. Оцениваются размеры конкрементов до и после контактной литотрипсии, состояние чашечно-лоханочной системы, локализация «стента».

В нашей клинике используется портативный контактный полостной литотриптер LMA Stone breaker™ - новое устройство более компактное и эргономичное по сравнению с другими полостными пневматическими литотриптерами, а также более мощное, с рабочим давлением 29 бар., это позволяет быстрее фрагментировать и удалить камень при чрезкожной нефролитотомии (ЧНСЛ), уретероскопическом размельчении камней (УРК) и пузырной литотрипсии (ПЛ).

С помощью данного литотриптера можно выполнить дробление конкрементов любого состава [6]. Датчик литотриптера подводится непосредственно к камню. Во время каждой процедуры фиксировался размер камня, положение, количество импульсов, необходимое для размельчения камня, степень ретропульсии; отмечались любые признаки травмы эпителия мочевых путей.

В процессе выполнения литотрипсий нами выявлена значительная эффективность LMA Stone breaker™ при дроблении конкрементов мочеточника всех типов, размеров и локализаций. Особенно следует подчеркнуть следующие преимущества данного метода: возможность дробления камня на очень маленькие фрагменты, незначительное смещение объекта, отсутствие кровотечения, малая хирургическая травма. К недостаткам применения данного метода относится возможность повреждения здоровой ткани при контакте датчика со стенкой мочеточника. При проведении операции разработаны способы устранения этих технических недостатков.

Нами разработаны разнообразные приемы выполнения операций по удалению конкрементов. Все камни были удовлетворительно размельчены. Количество импульсов было значительно меньше, чем при использовании других пневматических устройств, также была меньше степень ретропульсии. Признаков травмы эпителия мочевых путей в конце процедуры не наблюдалось. В результате дробления образуются осколки малых размеров, спонтанно выходящие из мочеточника, и осколки относительно больших размеров, для удаления которых используются захваты или специальные приспособления типа «корзинка». Средняя продолжительность операции составила 25 минут. Конкременты были фрагментированы у всех пациентов. Интраоперационная элиминация всех фрагментов конкремента у 78,9 % пациентов. С целью профилактики послеоперационного острого пиелонефрита и полной элиминации фрагментов конкремента всем больным было выполнено дренирование почек катетером «стент», средний срок которого равнялся 10 дней. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась антибиотикотерапия и литокинетическая терапия.

Использование литотриптера LMA Stone breaker™ для дробления конкрементов мочеточника является эффективным, малотравматичным методом лечения, позволяющим значительно улучшить результаты лечения больных мочекаменной болезнью.

010. КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ АДЕНИЛОВОЙ ВЕТВИ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ЛИЗАТАХ ЛИМФОЦИТОВ, ЭРИТРОЦИТОВ И ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ушакова Ирина Сергеевна

Поликлиника №1 ФКУЗ «МСЧ МВД России по Волгоградской области»

Цель исследования. Повышение качества диагностики активности патологического процесса, выявление особенностей пуринового метаболизма в лимфоцитах, эритроцитах и плазме крови больных ревматоидным артритом (РА) и объективизации оценки эффективности лечения больных РА с использованием показателей активности аденозиндезаминазы (АДА), АМФ-дезаминазы (АМФДА) и адениндезаминазы (АД).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 77 больных РА. Средний возраст – 42 года, средняя продолжительность заболевания – 8–9 лет. Контрольную группу составили 33 практически здоровых людей, средний возраст – 36 лет.

Выделение лимфоцитов и эритроцитов из венозной крови проводилось по методу Вбуйм (1980) с использованием лимфосепа. Лизаты клеток готовили путем замораживания - оттаивания и центрифугирования. В плазме крови, лизатах лимфоцитов и эритроцитов, здоровых и больных РА проводились исследования активности АДА, АД и АМФДА по оригинальным методикам. Помимо энзимных исследований у больных РА трижды: при поступлении, через 10-12 дней лечения и перед выпиской, в стадии начинающейся клинической ремиссии проводились общепринятые клинико-иммуно-биохимические исследования. Также у всех больных проводились рентгенологические исследования суставов, ЭКГ, УЗИ. Статистическая обработка результатов исследований проводилась на персональном компьютере с использованием пакета программ «STATISTICA 6.0».

Результаты и их обсуждение.

Существенных различий показателей активности АДА, АМФДА и АД у здоровых во всех трех биологических средах исследований в зависимости от пола и возраста не выявлено. У больных РА (всей группы) при поступлении, по сравнению со здоровыми, определялось в плазме снижение активности АД, в эритроцитах повышение активности АМФДА и АД в лимфоцитах снижение активности АДА, АД и повышение АМФДА. Через 10-12 дней лечения, по сравнению с исходным фоном, в эритроцитах снизилась активность АМФДА, в лимфоцитах повысилась ранее сниженная активность АДА и снизилась активность АМФДА. По окончании курса лечения, по сравнению с начальным этапом, в плазме снизилась активность АД, в эритроцитах снизилась активность АМФДА и АД, в лимфоцитах повысилась активность АДА, АД и снизилась активность АМФДА. Перед выпиской, учитывая среднестатистические величины активности всех энзимов в трех средах практически

нормализовалась. Проведенные исследования выявили определенную зависимость энзимных показателей от характера течения заболевания, клинко-анатомических форм и наличия или отсутствия РФ. В то же время в анализируемой группе были больные с различной активностью процесса, которая могла оказать существенное влияние на энзимную активность крови. В ходе исследования выяснилось что, для каждой степени активности ревматоидного процесса свойственен определенный энзимный профиль крови, на основании которого в комплексе с клиническими данными представляется возможность четко установить степень активности патологического процесса. Наиболее информативными в отражении минимальной активности ревматоидного процесса оказались показатели АДА в лизатах эритроцитов, активность которой у всех больных превышала верхние границы референтных величин активности здоровых людей. Выявлена определенная закономерность: чем выше степень активности ревматоидного процесса, тем в плазме ниже активность АДА, АМФДА и выше АД, в эритроцитах ниже активность АДА, выше АД и АМФДА, в лимфоцитах ниже активность АДА, АД и выше АМФДА.

Определились существенные энзимные различия между клинко-анатомическими формами РА, вариантами течения, серопозитивной и серонегативной формами, ФК суставов и между некоторыми стадиями поражения суставов, что доказывает значимость влияния клинических особенностей заболевания на энзимный профиль крови и при одной и той же степени активности ревматоидного процесса. Достаточно четко прослеживалась и определенная закономерность: чем тяжелее клинические проявления заболевания (наличие висцеритов, БПТ, серопозитивность, высокие ФК и стадии поражения суставов), тем в плазме, эритроцитах и лимфоцитах ниже активность АДА, выше АМФДА, а активность АД выше в плазме и эритроцитах, но ниже в лимфоцитах.

Для того чтобы выяснить, что же в большей степени влияет на энзимные показатели: активность процесса или другие клинические особенности, нами были проведены сравнительные исследования энзимной активности крови при одном клиническом факторе, но разной активности процесса. Результаты исследования свидетельствовали, что как при системных поражениях, так и при суставной форме, БПТ и МПТ, стадиях поражения суставов, энзимные изменения были достоверно более выраженные у больных РА с более высокой активностью процесса.

То есть, несмотря на значительное влияние клинических особенностей заболевания на энзимный профиль крови, воздействие активности патологического процесса на энзимные показатели более выраженное, и наличие клинических особенностей не «маскирует» активность процесса и не дезориентирует врача в уточнении степени активности ревматоидного процесса.

Исходя из схемы метаболизма пуринов, учитывая низкую активность АДА, АД и повышение АМФДА в лимфоцитах, логично предположить наличие дефицита аденозина в лимфоцитах при РА. Низкие концентрации аденозина в лимфоцитах оказывают цитотоксическое действие на клетки, тормозя их созревание,

пролиферацию за счет блокирования Т-клеток в G-фазе, а В-лимфоцитов в S-фазе клеточного цикла, подавляя супрессорную функцию лимфоцитов. Подобный феномен и может являться одной из основных причин иммунных нарушений при РА и составить один из патогенетических механизмов РА. Исходя из этого, коррекция нарушений пуринового метаболизма может оказаться достаточно перспективным направлением в лечении больных РА.

Заключение. Исследования активности АДА, АМФДА и АД в лизатах лимфоцитов, эритроцитов и плазме крови больных РА в комплексе с клиническими данными способствуют выявлению и уточнению степени активности ревматоидного процесса, клинко-анатомической формы, характера течения, фазы клинической ремиссии, роли энзимов пуринового метаболизма в патогенезе ревматоидного артрита, назначению своевременной адекватной терапии и объективизации оценки ее эффективности.

011. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У БОЛЬНЫХ ПРИ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ГОЛЕНИ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Федоров М.Е., Тамойкин А.В.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», г. Нижний Новгород, Россия.

Выбор метода анестезии при ампутации нижней конечности у больных с синдромом диабетической стопы является важным и ответственным решением. Общее обезболивание воздействуя на сердечно-сосудистую, дыхательную и нейроэндокринную систему организма, что приводит к изменениям гомеостаза, являясь самостоятельным компонентом операционного стресса. Показанием к эндотрахеальному наркозу являются длительные сложные реконструктивные операций. Но, во-первых, после эндотрахеального наркоза обязательно ведение послеоперационного периода в отделении реанимации и интенсивной терапии, а во-вторых, для хирургии гнойных заболеваний нижних конечностей не обязательны искусственная вентиляция легких и тотальная мышечная релаксация. Необходимым условием внутривенной анестезии является тщательный индивидуальный подбор доз препаратов с учетом мониторинга жизненно важных функций организма. Как правило, требуются меньшие дозы анестетиков, однако эпизоды гипотонии и апноэ, даже на фоне сниженных доз препаратов, встречаются чаще. Для спинномозговой и эпидуральной анестезии характерны критические сдвиги гемодинамики (гипотензия и брадикардия), потому что компенсаторные механизмы, направленные на поддержание адекватного сердечного выброса и артериального давления, запаздывают или не наступают из-за вегетативной нейропатии. Для данной категории больных оптимальным методом анестезии при ампутации нижней конечности на границе верхней трети голени является проводниковая анестезия (блокада седалищного и бедренного нервов).

Цель исследования: Совершенствование методов регионарной анестезии при ампутации нижней конечности у больных с синдромом диабетической стопы на границе верхней трети голени.

Материалы и методы исследования: С 2008 по 2010 гг. у 44 больных с сахарным диабетом (синдром диабетической стопы) проведено обезболивание данным видом анестезии. В возрасте от 68 до 82 лет; мужчин – 32, женщин – 12.

Результаты: Для анестезиологического пособия при ампутации нижней конечности у больных с синдромом диабетической стопы на границе верхней трети голени нами был предложен метод проводниковой блокады седалищного и бедренного нервов из одного вкола (а.с. № 2385743 от 10.04.10.г.). Поиск нервных стволов по парестезиям у больных с сахарным диабетом трудно выполним из-за периферической диабетической полинейропатии. Оптимальный топический поиск нерва у этих пациентов осуществляется одноразовыми специальными наборами для регионарных анестезий с применением электростимулятора. Метод электростимуляции для идентификации периферического нерва позволяет определять положение иглы по отношению к нерву по объективным признакам, без участия пациента, что снижает частоту неврологических осложнений, повышает эффективность блокад. Техника проводниковой блокады седалищного и бедренного нервов заключается в следующем. Положение больного на спине. Все блокады выполняются с соблюдением правил асептики и антисептики: место вкола иглы трижды обрабатывают спиртом, после чего обкладывается стерильным бельем и область пункции повторно обрабатывают спиртом, остатки спирта удаляются. Все манипуляции анестезиолог осуществляет в стерильных перчатках и одноразовым инструментарием.

Для определения места вкола производят следующие геометрические построения. Переднюю ось и лонный бугорок соединяют линией, которую делят на три части. На границе между внутренней и средней третью восстанавливают перпендикуляр со стороны бедра. Пальпируют большой вертел и из него проводят линию параллельную паховой связке. Точку вкола избирают отступая на 3 см дистальнее по оси конечности от места пересечения перпендикуляра с упомянутой линией. Тонкую иглу (22 G, длина 120-150 мм) направляют несколько латеральнее до контакта с бедренной костью. Затем иглу подтягивают, направляют медиальнее бедренной кости и вводят на 5 см глубже. Верификация положения иглы относительно седалищного нерва осуществляется при помощи электростимулятора. После определения положения кончика иглы относительно нервного ствола вводят раствор местного анестетика. Затем иглу подтягивают вверх, до глубины 1,5-2 см от поверхности кожи и направляют латеральнее на 10-15°. После верификации положения иглы относительно бедренного нерва при помощи электростимулятора вводится раствор местного анестетика. Блокада седалищного и бедренного нервов осуществляют введением лидокаина 1% — 20мл, 0,25% раствор — бупивакаина гидрохлорида или 0,375% наропина (150 мг). Преимущества предлагаемого нами

способа обезболивания, по сравнению с традиционно используемыми в клинике, заключаются в следующем: более щадящие условия для больного; не требуется специальная укладка больного, зачастую болезненная; удобство проведения манипуляции для персонала; блокада выполняется из одного вкола.

Заключение: Данный вид анестезиологического пособия наиболее применим при операциях у больных с синдромом диабетической стопы, так как при данном виде обезболивания больному не надо поворачиваться на бок и эта манипуляция позволяет из одного вкола заблокировать сразу два нерва (седалищный и бедренный). В послеоперационном периоде пациенты могут сразу начинать прием пищи и жидкости, что обеспечивает минимальное изменение глюкозы крови и позволяет продолжить плановую схему инсулинотерапии. Регионарная анестезия обеспечивает пролонгацию обезболивания и раннюю активизацию больных, что у данной категории больных очень актуально.

012. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Федоров М.Е., Яшкина Л.В.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», г. Нижний Новгород, Россия.

У больных с синдромом диабетической стопы течение декомпенсированного сахарного диабета осложняется соматическими заболеваниями, среди которых ведущая роль принадлежит ИБС, стенокардии, гипертонической болезни, почечной недостаточности, жировой дистрофии печени. При госпитализации тяжелое общее состояние пациентов обусловлено некорригированной глюкозой сыворотки крови, нарушением кислотно-щелочного баланса, анемией и диспротеинемией, гипо- или гиперкоагуляцией, нарушением гомеостаза, интоксикацией, токсикорезорбтивной лихорадкой, ишемическими болями в конечности. Эти нарушения создают круг взаимногоотягощения в течение основного и ассоциированных заболеваний. Планируемые наркоз и оперативное вмешательство также повышают риск развития кардиореспираторных нарушений (в первую очередь). Поэтому, при показаниях к ампутации, существует настоятельная необходимость проводить активную предоперационную подготовку в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) совместными усилиями реаниматолога, терапевта, психолога, реабилитолога.

Цель исследования: оптимизировать предоперационную подготовку с целью безопасного проведения анестезии и оперативного вмешательства с последующим неосложненным послеоперационным периодом.

Материалы и методы исследования: На основании анализа данных, полученных в ходе предоперационного обследования у 110 больных с сахарным диабетом, объема планируемой операции, должен быть решен вопрос о показаниях, сроках, объеме, качественном составе инфузионно-корректирующей терапии. Основные ее задачи — это коррекция водно-электролитных наруше-

ний, гемостаза, снижение уровня интоксикации, а также соматического статуса.

Результаты: Для проведения инфузионной терапии используют центральный венозный доступ (подключичная, яремная вена). Это связано как с применением гиперосмолярных растворов (глюкозы, калия), так и с необходимостью контроля центрального венозного давления, чтобы своевременно вносить коррективы в проводимую терапию. Неправильно выбранные темп и объем инфузии у больных пожилого и старческого возраста зачастую не позволяют выполнить задачи инфузионной терапии, а иногда приводят к развитию угрожающих жизни осложнений (например, отека легких, артериальной гипотензии, сопровождающейся прerenальной олигурией). Для оценки эффективности инфузионной терапии используют показатели центрального венозного давления, артериального давления (среднее), темп диуреза, кислотно-щелочного состояния, электролитов (K^+ , Ma^+). Перед началом внутривенной инфузии для выявления признаков скрытой сердечной недостаточности проводят пробу с нагрузочным объемом: на протяжении 15-20 мин вливают 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида и в течение 30 мин наблюдают за изменением темпа диуреза и ЦВД. Отсутствие снижения центрального венозного давления и нарастания темпа диуреза могут косвенно указывать на наличие элементов сердечной недостаточности. При проведении инфузионной терапии мы рекомендуем придерживаться следующего принципа: подъем центрального венозного давления свыше 12 см вод.ст. является критерием состояния, при котором необходима коррекция терапии с использованием кардиотропных, диуретических средств. Продолжительность инфузионной терапии в предоперационном периоде не должна превышать 2-5 суток. За это время можно скорректировать большинство имеющихся водно-электролитных нарушений. Более длительные сроки предоперационной подготовки нецелесообразны, поскольку без устранения основной патологии, проводимая терапия будет оказывать только временное положительное действие.

Одним из ключевых условий успешности хирургического лечения является тщательный контроль и коррекция уровня глюкозы сыворотки крови на протяжении всего периода госпитализации. Независимо от того, какие препараты больные применяли ранее, коррекцию гликемии при хирургическом лечении осуществляют только инсулинотерапией. Проводить ее следует под контролем уровня гликемии не реже 4-6 раз в сутки. Для достижения успеха оперативного вмешательства у больных с синдромом «Диабетическая стопа» важна полная нормализация уровня глюкозы крови, который натошак следует поддерживать в пределах до 5,0-6,5 ммоль/л, после приема пищи — менее 11 ммоль/л. Но достижение нормальных показателей глюкозы крови без ампутации — задача зачастую невыполнимая. Однако, существует 2% пациентов с синдромом «Диабетическая стопа», которых нецелесообразно, и даже опасно, переводить на инсулинотерапию. У этих больных, принимающих пероральные сахароснижающие препараты, независимо от обширности вовлечения стопы в гангренозный про-

цесс, глюкоза сыворотки крови стабильно держится в пределах 4,0-7,0 ммоль/л. Назначение инсулинотерапии у таких больных сопровождается частыми и внезапными, особенно по ночам, гипогликемическими эпизодами. Поэтому в предоперационном периоде их оставляют на пероральных сахароснижающих препаратах.

Заключение: Правильная подготовка больного с сахарным диабетом к оперативному вмешательству гарантирует гладкое течение интраоперационного периода и хороший прогноз на послеоперационный период.

013. ИЗУЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И Ig E У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Хакимова Р.Ф., Камашева Г.Р.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

К значимым иммунологическим нарушениям при атопическом дерматите (АД) относят дисбаланс Th1/Th2-лимфоцитов, ведущий к повышенной секреции цитокинов, поддерживающих аллергическое воспаление в коже. Субстратом для определения маркеров системной иммунной активации может быть не только сыворотка крови, но и секрет ротовой полости (слюнная жидкость).

Цель исследования: определения уровня ИЛ-4, γ -ИФН и IgE в сыворотке и слюнной жидкости в качестве маркера аллергического воспаления у детей раннего возраста с АД.

Материалы и методы: изучено содержание ИЛ-4, γ -ИФН и IgE в сыворотке крови и слюнной жидкости у 35 детей с АД и у 8 здоровых детей раннего возраста.

Результаты: уровень IgE в сыворотке крови у здоровых детей составил $112,3 \pm 112,1$ МЕ/мл, в то время как у здоровых детей - $33,1 \pm 29,5$ МЕ/мл ($p < 0,001$). У детей раннего возраста с АД установлено достоверное повышение содержания ИЛ-4 в сыворотке крови ($11,4 \pm 5,9$ пг/мл, $p < 0,05$) на фоне снижения γ -ИФН ($12,6 \pm 3,4$ пг/мл, $p < 0,01$) по сравнению со здоровыми детьми (содержание ИЛ-4 в сыворотке — $7,2 \pm 1,28$ пг/мл; γ -ИФН — $18,3 \pm 2,4$ пг/мл).

В слюнной жидкости уровень общего IgE был достоверно выше у детей с АД ($12,4 \pm 4,2$ МЕ/мл, $p < 0,001$) по сравнению со здоровыми детьми ($2,29 \pm 0,3$ МЕ/мл). При этом повышение IgE у детей с АД сопровождалось увеличением содержания ИЛ-4 ($16,4 \pm 6,4$ пг/мл, $p < 0,01$) и снижением уровня γ -ИФН ($12,4 \pm 4,1$ пг/мл, $p < 0,05$). У здоровых детей данные показатели составили $10,6 \pm 6,2$ пг/мл и $16,8 \pm 5,2$ пг/мл соответственно.

Выводы: у детей раннего возраста с АД отмечено повышение в сыворотке крови и слюнной жидкости уровня общего Ig E и ИЛ-4 на фоне снижения показателей γ -ИФН, что свидетельствует о Th2-направленности иммунного ответа.

Научные статьи

014. ДИНАМИКА РАБОТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ ЗА 5-ТИ ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Л.Р. Абсалямова, И.А. Гималетдинова, М.В. Потапова, Л.Ф. Сабиров, Э.Б. Фролова, Н.Б. Амиров, З.М. Галеева, 2012 г.

Лэйлэ Равиловна Абсалямова, заведующая отделением гастроэнтерологии клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан», тел. (843) 291-26-85

Ирина Анатольевна Гималетдинова, врач отделения гастроэнтерологии клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 291-26-85

Марина Вадимовна Потапова, к.м.н., начальник МСЧ МВД России по Республике Татарстан, полковник внутренней службы, тел. (843) 291-36-87,

Ленар Фарахутдинович Сабиров, к.м.н., начальник клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 277-88-84,

Эльвира Бакеевна Фролова, зам. начальника клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 291-26-82,

Наиль Багауевич Амиров, д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета, тел. (843) 291-26-76)

Зарина Мунировна Галеева, к.м.н., доцент кафедры терапии Казанской государственной медицинской академии, тел. (843) 291-26-85

Реферат: в статье отражена деятельность гастроэнтерологического отделения клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ за 5 лет с 2007 года по 2011 года. Приводятся примеры из клинической практики. Установлено, что для оптимизации деятельности гастроэнтерологического отделения при обследовании и лечении пациентов – сотрудников органов внутренних дел необходимо следовать рекомендациям, принятым в системе обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: гастроэнтерология, оптимизация, клинические примеры, ОМС.

Summary: This article covers the activity of the clinical hospital gastroenterology department Medical Unit Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for 5 years from 2007 to 2011. Examples from clinical practice are given. Found that the optimization of the gastroenterology department at the examination and treatment of patients - police officers must follow the recommendations, accepted in the compulsory health insurance.

Keywords: gastroenterology, optimization, clinical examples, compulsory health insurance.

Распространенность гастроэнтерологических заболеваний (язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, холецистита, панкреатита, синдрома раздраженного кишечника, колита, злокачественных новообразований ЖКТ) среди обслуживаемого контингента МСЧ МВД России по РТ за последние годы существенно увеличилась, что выдвинуло данную патологию на ведущие ранговые позиции среди других групп болезней. По данным некоторых авторов за последние 20 лет в России в 5 раз возросла частота регистрации заболеваний органов пищеварения психосоматического генеза, в 2 раза увеличилась доля хронического гастродуоденита и язвенной болезни по причине наследственной отягощенности. На 68% увеличилось число функциональных нарушений желчевыделительной системы, как сопутствующей патологии. Основными этиологическими факторами данного класса заболеваний ученые считают нарушение режима и качества питания, аллергические агенты, а также социально-психологический и эмоциональный стресс. Распространенность указанных причин также имеет отчетливую тенденцию к увеличению на современном этапе. Большое медико-социальное значение болезней органов пищеварения, связано, в том числе, с серьезным влиянием данной патологии на качество жизни пациентов [1].

Гастроэнтерологическое отделение МСЧ МВД России по РТ осуществляет следующие функции:

1. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в т.ч. профессиональной, а также длительно и часто болеющим.

2. Проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.

3. Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

4. Проведение комплексного курсового лечения больным с применением современных медицинских технологий.

5. Проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности сотрудников МВД России по РТ и решение вопроса о направлении их на медико-социальную экспертизу.

Гастроэнтерологическое отделение работает согласно принятым стандартам лечения и диагностики Министерством здравоохранения РТ (приказ № 820 от 22 июня 2009г). В отделении получают квалифицированное лечение больные язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки, острыми и хроническими заболеваниями печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника, а также заболеваниями других органов. Пациентов отделения при необходимости консультируют сотрудники кафедры терапии КГМА и кафедры ОВП КГМУ. Оснащенность лекарственными средствами приближается к 100%, а

пациентам в большей мере доступны необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования. Лечение пациентов в условиях стационара позволяет под наблюдением врача подобрать пациенту адекватную терапию, выработать приверженность пациента подобранным медикаментам, проследить за появлением аллергических реакций или иных форм лекарственной непереносимости. Основная задача, которую ставит перед собой врач - это улучшение качества жизни пациента.

Краткий обзор наиболее распространённых заболеваний, встречающихся в гастроэнтерологическом отделении.

Хронический панкреатит – это хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы продолжительностью более 6 месяцев, обычно проявляющийся болями и диспепсическими явлениями, вызывающее при прогрессировании патологического процесса нарушение проходимости её протоков, склероз паренхимы и значительное нарушение экзокринной и эндокринной функции.

Хронический панкреатит достаточно частое заболевание: в России заболеваемость панкреатитом составляет 8-9 новых случаев на 100 000 человек населения.

Хронический холецистит – это воспаление стенки желчного пузыря, вызванное длительным раздражением либо камнем, либо повторяющимся острыми воспалительными процессами. К хроническому холециститу ведут застой желчи, изменение ее физико-химических свойств и присоединение инфекции. Воспалительный процесс может провоцироваться камнем, аномалией развития пузыря, его дискинезией.

Хронический гастрит – воспаление слизистой желудка. Развивается как исход острого гастрита или как самостоятельное заболевание с хроническими воспалительными изменениями слизистой оболочки желудка, обусловленное эндогенными или экзогенными факторами.

При длительном течении может развиваться атрофический, эрозивный гастрит.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - хроническое рецидивирующее заболевание, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс наряду с желудком и двенадцатиперстной кишкой ряда других органов системы пищеварения с развитием осложнений, угрожающих жизни больного.

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки поражает людей в наиболее активном, творческом возрасте, часто обуславливая временную, а порой и стойкую нетрудоспособность. Язвенная болезнь относится к наиболее распространенным заболеваниям пищеварительной системы.

Хронически гепатит - полиэтиологическое воспалительное заболевание печени, продолжающееся без улучшения не менее 6 месяцев. С морфологических позиций хронический гепатит рассматривается как диффузное воспалительно-дистрофическое поражение

печени, характеризующееся некрозами, гистиолимфоплазматичарный остепени поражение паренхимы.

Для оказания специализированной помощи сотрудникам МВД России по Республике Татарстан в марте 1988 года организовано. С 02.02.2007г гастроэнтерологические койки были распределены в основном здании:

-хирургическое отделение – 5 коек;

-неврологическое отделение – 7 коек.

С 01.10.2008г эти койки переведены на 2 этаж гастроэнтерологического отделения. С 14 июля 2008 года в отделении открылись 60 коек : 20 коек для сотрудников МВД, 40 коек для пациентов, поступающих по линии ОМС.

Таблица 1

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ

	2011 г.	2010 г.	2009 г.	2008г	2007г
Выполнение плана койко-дня	90,7%	116%	101,9 %	137,1	101
Средняя занятость койки	308,8	394,8	346,8	466,1	459
Средняя длитель.пребыв. больного на койке	14,4	15,3	15,1	14,9	15,4
Оборот койки	21,4	25,7	23,0	31,29	29,7
Расхождение диагнозов	1,3(6)	1,3(7)	1,7(8)	7 сл	6 сл.(1, 4%)
Летальность	-	-	-		0,2%

С 2007 года по 2010 год наблюдается

1. Повышение такого показателя как выполнение плана койко-дня на 15% ;

2. средняя длительность пребывания на койке практически на том же уровне;

3. средняя занятость койки сократился 64,2; оборот койки на 4,0 ;

В 2011 году уменьшился такой показатель как выполнение плана койко-дня по МВД, что связано с выполнением Гос.заказа по линии ОМС в декабре месяце.

Таблица 2

СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ за 2007 и 2008 годы.

Нозология	Койко-день 2007	2007 %	Абс.показатели 2007	Койко-день 2008	2008 %	Абс. показатели 2008
Язвенная болезнь	17,8	45,9	193	15,1	46,5	175
Хрон.холециститы	14,4	20,5	86	13,3	18	68
Гепатиты, циррозы	17,4	6,6	28	14,9	7	23
Колиты	16,4	4,3	18	14,3	5,5	21
Онкология	11,9	1,9	8	20,0	1	3
Хрон.гастро-дуодениты	15,7	12,9	54	13,5	18	68
Прочие	19,3	7,9	33	13,3	4	18

Из таблицы видно, что основную группу составляют больные с язвенной болезнью 12 п.к. и желудка

За отчетный период в сравнении с аналогичным периодом отмечается рост числа больных с заболеваниями

- Язвенная болезнь 0,6%
- гепатиты 0,4%
- онкологические -1,2%;
- гастродуодениты – 5,1%;
- с понижением такие заболевания как:
- холециститы – 2,5%;
- прочие 3,9%
-

Таблица 3

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПО ЛИНИИ МВД (В АБСОЛЮТНЫХ ЧИСЛАХ И В %)

	2011	%	2010 г	%	2009 г	%	2008г	%	2007 г	%
Всего прошло	442		510		459		376		420	
Из них:										
Аттестованных	225	50,9	274	53,7	242	53	195	51,9	220	52,4
Вольнонаемных	23	5,2	22	4,3	17	3,7	14	3,7	6	1,4
Члены семей	20	4,5	24	4,7	25	5,4	21	5,6	23	5,5
Пенсионеры МВД	88	19,9	92	18,1	74	16,1	65	17,3	81	19,3
Военнослужащие	2	0,4	24	4,7	19	4,1	13	3,5	33	7,9
УИН	58	13,1	41	8,1	33	7,1	29	7,7	30	7,1
МЧС	24	5,4	18	3,5	23	5,0	17	4,5	17	4,0
Платные больные	3	0,6	15	2,9	26	5,6	22	5,8	10	10,0

Таким образом с 2007 года:

- Увеличилось количество сотрудников УИН на 6 %;
- количество сотрудников МЧС увеличилось на 1,4 %;
- вольнонаемных на 3,8 %;
- Уменьшилось количество аттестованных на 1,5%
- количество военнослужащих уменьшилось на 6,5 % ;
- На одном и том же уровне количество пенсионеров 19,3% - 19,9 % ;

Таблица 4

СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО МВД (В АБСОЛЮТНЫХ ЧИСЛАХ, В ПРОЦЕНТАХ)

МКБ-10	Заболевания	К\д 2009 г.	Кол-во 2009г	%	К\д 2010 г.	Кол-во 2010г	%	К\д 2011	Кол-во 2011г	%
K26.0	Язвенная болезнь 12 п.к. средней тяжести	15,1	123	26,8	15,2	124	24,3	12,9	111	25,1
K86.0	Хронический панкреатит	15,3	72	15,7	14,1	63	12,4	15,3	57	12,9
K29.9	Хронический гастродуоденит	14,4	56	12,2	13,9	70	13,7	12,4	39	8,8
K29.7	Хронический эрозивный гастродуоденит	14,7	48	10,5	14,9	72	14,1	13,8	86	19,4
K81.1	Хронический холецистит средней степени тяжести	13,8	45	9,8	14,7	43	8,4	13,2	30	6,8
K59.1	Дискинезия толстого кишечника	16,3	18	3,9	13,7	16	3,1	10,6	14	3,2

МКБ-10	Заболевания	К\д 2009 г.	Кол-во 2009г	%	К\д 2010 г.	Кол-во 2010г	%	К\д 2011	Кол-во 2011г	%
K70.1	Хронические гепатиты	15,2	16	3,5	16,6	17	3,3	16,2	16	3,6
K25.0	Язвенная болезнь желудка средней тяжести	15,2	12	2,6	15,8	18	3,5	14,0	18	4,1
K22.1	Эрозивный эзофагит	13,5	12	2,6	14,3	16	3,1	14,5	21	4,8
K80.1	ЖКБ	12	9	2	13,1	5	1,0	12,8	8	2,0
K21.0	ГЭРБ	12,7	8	1,8	14,6	29	5,7	11,4	13	2,9
K91.5	ПХЭС	15,1	7	1,5	13,5	3	0,6	12,2	8	1,8
K51.3	НЯК	19,2	7	1,5	21,0	5	1,0	15,2	3	0,7
K26.7	Язвенная болезнь 12 п. к. тяжелой степени	15	6	1,3	-	-	-	-	-	-
K74.6	Цирроз печени	16,3	5	1,1	17,0	9	1,8	16,3	3	0,7
K81.1	Хронические холециститы тяжелой степени	15,2	4	0,9	-	-	-	-	-	-
E80.4	Синдром Жильбера	15	3	0,7	15,5	6	1,2	13,0	1	0,2
K25.7	Язвенная болезнь желудка тяжелой степени	15,4	2	0,4	-	-	-	-	-	-
C26.9	Онкология	13	2	0,4	12,0	2	0,4	18,5	2	0,5
K50.0	Болезнь Крона	19	1	0,2	19,0	1	0,2	21,0	1	0,2
K91.5	ПГРС	16,5	2	0,4	-	-	-	-	-	-
K73.2	АИГ	14,3	1	0,2	-	-	-	-	-	-
	Пищевод Баретта	-	-	-	20,0	1	0,2	14,5	2	0,5
K57.3	Дивертикулярная болезнь кишечника	-	-	-	12,5	2	0,4	14,0	1	0,2
K58	СРК	-	-	-	15,2	8	1,6	8,0	6	1,4
K74,3	ПБЦ							23,0	1	0,2

Язвенная болезнь 12-п.к. занимает 1 место в структуре заболеваемости (25 %) и больше засчёт лиц мужского пола (т.к. среди пациентов в отделение больше мужчин), что связано с их образом жизни, работой, злоупотреблением спиртными напитками, курением.

	2011	2010 г.	2009 г.	2008 г.
Выполнение план койко-дня	118,1%	84,2%	96,9%	91,5
Средняя занятость койки	308,5	249	304,9	131,6
Средняя длитель.пребыв.больного на койке	11,9	11,4	12,3	12,7
Оборот койки	26	21,9	24,8	10,4
Летальность	0,09% (1)	-	0,1%(1)	
Выписано больных	1079	866	1010	286

Таким образом, за отчетный период по линии ОМС наблюдается улучшение выполнения плана койко – дня на 26,6 % по сравнению с 2008 годом ; также улучшение таких показателей как средняя длительность пребывания больного на койке на 0,8 %, средней занятости койки на 176,9 и оборота койки на 15,6;

Таблица № 6

СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ (ОМС) С 14.07.2008 Г. ПО 30.11.2008 Г.

МКБ-10	Код КСГ	Заболевания	К\д 2008 г.	Кол-во случ. 2008 г.	%
K86.0	302084	Хронический панкреатит	15,1	51	19,1
K26.0	302018	Язвен.болезнь 12 п.к. средней степени тяжести	14,5	29	10,9
K29.7	302014	Хронич.эрозивный гастродуоденит	14,6	23	8,6
K81.1	302029	Хронич.холециститы	12,6	27	10,2
K59.1	302075	Дискинезия толстого кишечника	12,2	15	5,6

K59.1	302075	Дискинезия толстого кишечника с запорами	12,2	15	5,6
K21.0	302003	ГЭРБ	13,9	11	4,1
K91.5	302035	ПХЭС	13,3	9	3,4
K25.0	302019	Язвенная болезнь желудка средней степени тяжести	14,7	10	3,8
K80.1	302034	ЖКБ	121,7	9	3,4
K57.3	302080	Дивертикулы толстого кишечника	12,1	9	3,4
K22.1	302002	Эрозивный эзофагит	14,5	2	0,8
K74.6	302061	Цирроз печени	16,4	7	2,6
K91.5	302089	ПГРС	14,6	9	3,4
K70.1	302043	Хронические гепатиты	17,5	11	4,1
K20.0	302001	Эзофагит			
K51.3	302072	НЯК	18,8	6	2,3
K26.7	302018	Язвенная болезнь 12 п.к.тяжелой степени			
C26.9	302083	Онкология	9,6	5	1,9
K74.3	302045	ПБЦ			
K25.7	302020	Язвенная болезнь желудка тяжелой степени			
K50.0	302074	Болезнь Крона			
K73.2	302040	АИГ			
E80.4	302049	Синдром Жильбера	10,0	3	1,1
K29.3	302013	Хронический поверхностный гастрит	12,7	1	0,4
D13.1	302027	Полип желудка	14,5	1	0,4
K29.4	302015	Хронич.атрофический гастрит	12,0	3	1,1
K29.9	302025	Хронич.гастродуодениты	11,4	24	9,0
I84.0		Геморрой	14,9	1	0,4

Таблица 7

СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОМС (В АБСОЛЮТНЫХ ЧИСЛАХ, В ПРОЦЕНТАХ)

МКБ-10	Заболевания	Кд 2010г	Кол-во случ. 2010 г.	%	Кд 2009 г	Кол-во Случ. 2009г.	%	Кд 2011 г	Кол-во Случ. 2011г	%
K86.0	Хронический панкреатит	13,8	178	20,6	14	172	17,0	229	12,8	22,5
K26.0	Язвен.болезнь 12 п.к. средней степени тяжести	11,4	103	11,9	12,2	98	9,7	78	11,4	7,7
K29.7	Хронич.эрозивный гастродуоденит	9,8	101	11,7	12,1	97	9,6	87	10,9	8,5
K81.1	Хронич.холециститы	9,1	66	7,6	10,7	84	8,3	18	11,1	1,8
K59.1	Дискинезия толстого кишечника	7,3	63	7,3	11,4	76	7,5	21	9,2	2,1
K59.1	Дискинезия толстого кишечника с запорами	8,6	52	6,0	11,1	77	7,6	42	9,2	4,1
K21.0	ГЭРБ	8,4	61	7,0	11,3	66	6,5	69	9,0	6,8
K91.5	ПХЭС	10,1	23	2,7	12,2	49	4,8	21	10,6	2,1
K25.0	Язвенная болезнь желудка средней степени тяжести	12,7	13	1,5	13,6	45	4,4	37	13,1	3,6
K80.1	ЖКБ	9,5	22	2,5	11,5	24	2,4	29	9,9	2,8
K57.3	Дивертикулы толстого кишечника	10,0	8	0,9	10,2	43	4,2	17	12,6	1,7
K22.1	Эрозивный эзофагит	12,8	31	3,6	13,4	30	2,9	31	12,2	3,0
K74.6	Цирроз печени	14,6	26	3,0	15,1	23	2,3	36	13,7	3,5
K91.5	ПГРС	12,0	15	1,8	13,3	23	2,3	24	12,1	2,4
K70.1	Хронические гепатиты	11,8	15	1,8	13,3	23	2,3	26	11,3	2,6
K20.0	Эзофагит				9,5	19	1,9	2	11,3	0,2
K51.3	НЯК	17,3	30	3,5	16,2	13	1,3	37	16,1	3,6
K26.7	Язвенная болезнь 12	11,1	3	0,3	11,3	11	1,0			

МКБ-10	Заболевания	К\д 2010г	Кол-во случ. 2010 г.	%	К\д 2009 г	Кол-во Случ. 2009г.	%	К\д 2011 г	Кол-во Случ. 2011г	%
	п..к.тяжелой степени									
C26.9	Онкология	9,5	6	0,7	7,8	7	0,6	13	11,1	1,3
K74.3	ПБЦ	14,6	5	0,6	13,5	6	0,5	8	14,9	0,8
K25.7	Язвенная болезнь желудка тяжелой степени	14,2	3	0,3	12,5	5	0,4	1	13,0	0,1
K50.0	Болезнь Крона	13,3	8	0,9	14,2	4	0,3	9	19,9	0,9
K73.2	АИГ	17,0	3	0,3	14,5	3	0,2			
E80.4	Синдром Жильбера	8,0	2	0,2	9	3	0,2			
K29.9	Хронич.гастроудениты	8,9	28	3,2		9	0,8	137	9,5	13,4
K22.5	Дивертикул пищевода	10,0	1	0,1				1	11,0	0,1
K74.6	Цирроз печени с ПЭ							21	16,3	2,0
K58.0	СРК							22	9,9	2,1
K22.0	Ахалазия пищевода							1	11,0	0,1
K22.1	Язва пищевода							1	11,0	0,1
	Пищевод Баретта							1	11,0	0,1

Рисунок 1



. Основной контингент больных по линии ОМС составляют пациенты с заболеваниями гепатобилиарной системы 20,5 % (сюда входят хронические холециститы, гепатиты, циррозы, ЖКБ); пациенты с хроническими панкреатитами 20 %, хроническими гастроуденитами 14,4 % и с заболеваниями кишечника 13,7 %. Таким образом наибольшее количество больных, пролеченных в гастроэнтерологическом отделении, составляют хронические панкреатиты, что может быть связано с тем, что при всех гастроэнтерологических заболеваниях неизменно страдают другие органы ЖКТ. Так очень часто поджелудочная железа поражается при хронических холециститах, гастритах, число которых по сравнению с другими и так значительно больше. Вследствие этого заболеваемость панкреатитами заметно увеличивается.

В 2005 году гастроэнтерологическое отделение было закрыто на текущий ремонт, и функционировало 25 коек, которые находились в других отделениях госпиталя. В связи с введением в отделение 40 коек по линии ОМС увеличилось количество пациентов (в 2007 г. – 420 чел., с 2008 г. по 2011 г. – 5028 чел. – из них -1787 по линии МВД, 3241 – по линии ОМС), в связи с чем увеличилось и количество пациентов с такими заболеваниями как цирроз печени

(в 2007 г. – 3, в 2008 г. – 9, в 2009 г. – 28, в 2010 г. – 35, в 2011 г. – 60 больных), гепатиты (в 2007 г. – 24, в 2009 г. – 39, в 2010 г. – 32, в 2011 г. – 42 больных), неспецифический язвенный колит (в 2007 г. – 2, в 2008 г. – 8, 2009 г. – 20, в 2010 г. – 35, в 2011 г. – 40 больных), болезнь Крона (в 2007 г. – 1, в 2008 г. – 1, в 2009 г. – 5, в 2010 г. – 9, в 2011 г. – 10 больных), первичный билиарный цирроз (в 2007 г. нет, в 2008 г. – нет, 2009 г. – 6, в 2010 г. – 5, в 2011 г. – 8 больных), а также с аутоиммунным гепатитом (в 2007 и 2008 г. – нет, в 2009 г. – 7, в 2010 г. и 2011 г. – 3 больных). Улучшился такой показатель как средняя длительность койко-дня (в 2007 г. – 15,4, с 2008 г. по 2011 г. – 13,5), что связано с более тщательным соблюдением стандартов обследования и лечения пациентов. За 3,5 года работы отделения для улучшения диагностики внедрены новые методы обследования больных на базе «Биомеда» и «Лабмеда»: анализы крови на антитела различных заболеваний (аутоиммунных, вирусных, паразитарных); на базе МКДЦ ультрасонография для выявления патологии гепатобилиарной зоны и поджелудочной железы. Эта методика помогает выявить следующие патологии: конкременты общего печеночного протока, холангиокарциномы, рак поджелудочной железы, аденому большого дуоденального соска. В настоящее время с приобретением нового эндоскопа с видеостойкой во время проведения фиброгастроуденоскопии у 100% больных берется биопсия для выявления НР.

Внедрены методики лечения таких заболеваний как аутоиммунные заболевания печени (аутоиммунный гепатит, первичный склерозирующий холангит, синдром аутоиммунного перекреста: АИГ/ПБЦ, АИГ/ПСХ), по следующей схеме: препараты УДХК + ГКС + иммуносупрессанты; печеночной энцефалопатии при циррозе печени препаратами: L-орнитин – L – аспартат (Гепа-Мерц), больших доз дюфалака, очистительных клизм с дюфалаком и проведение деконтаминации кишечника рифаксимином; также введена методика лечения НЭРБ, ГЭРБ, язвенной болезни желудка и 12

перстной кишки препаратами нового поколения пантопразола : нольпаза, зипантола, санпраз и пантум.

Для повышения своего профессионального уровня врачи отделения ежегодно участвуют в Российской конференции «Гепатология сегодня» и в конференциях Российской гастроэнтерологической ассоциации в г. Москва.

В октябре 2011 года на 4-й Всероссийской ежегодной научно-практической конференции с докладом на тему «ПБЦ у мужчины» выступила врач отделения И. А. Гималетдинова.

С начала выпуска журнала « Вестник современной клинической медицины врачами гастроэнтерологического отделения совместно с кафедрами КГМА и КГМИ опубликовано 8 статей в основном об интересных случаях в диагностике и лечении пациентов:

1. « Диагностика и лечение осложнений цирроза печени. Ведение пациентов с отечно - асцитическим синдромом»

2. «К вопросу дифференциальной диагностики синдрома портальной гипертензии»

3. « Сочетанное течение неспецифического язвенного колита и первичного склерозирующего холангита»

4. «Эффективность эндоскопической ультрасонографии в выявлении объемных образований поджелудочной железы (клиническое наблюдение)»

5. «Особенности клиники и фармакотерапии хронического панкреатита у лиц пожилого возраста»

6. «Синдром короткой кишки в общеклинической практике»

7. «Философия частной фитотерапии в гастроэнтерологии»

8. «Первичный билиарный цирроз у пациента мужского пола»

В отделении с пациентом постоянно проводится санитарно-просветительная работа по здоровому образу жизни, борьбе с вредными привычками, принципам рационального питания. Пациенты обеспечиваются информацией по диете, дополнительной литературой и проспектами по лекарственным препаратам, фитотерапии.

Проведены 6 занятий с участием врачей отделения на темы : « Запорный синдром», « Алкогольная болезнь печени », «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь», »Язвенная болезнь желудка и луковицы 12 перстной кишки, ассоциированная с НР».

С сентября 2010 года в клиническом госпитале МСЧ МВД России по РТ работает ГБОУ КПО КГМА Минздрава соц - развития России под руководством профессора Р. С. Сайфутдинова , которая первая из других кафедр открыла школу для пациентов, внедрила в госпитале такие обследования как определение скрытой крови в кале тестом Colon View HB& HB\ НР (анализ кала на гаптоглобин и гемоглобин), экспресс – тест для диагностики лактазной недостаточности и экспресс – тест для диагностики хеликобактер пилори.

Наиболее интересные клинические случаи, диагнозы при которых подтверждены таким дообследованием как ультрасонография:

1.Под нашим наблюдением находилась больная с бластомой головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания в интрапанкреатическую часть холедоха и вовлечением стенки 12типерстной кишки. Билиарная гипертензия. Механическая желтуха.

Больная И., 61 год, поступила в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ в марте 2010 г. с жалобами на боли в правом подреберье, в области желудка, в левом подреберье, усиливающиеся после приема пищи.

Жалобы на отрыжку воздухом, чувство тошноты, стул после приема слабительных ; стул светлого цвета, моча темного цвета. Похудела на 7 кг за один месяц.

По данным анамнеза, заболела около 2х месяцев назад: появились боли в области эпигастрия после погрешности в еде; изжога, рвота, приносящая облегчение, потемнение мочи и осветление стула. Обратилась к участковому врачу: прошла УЗИ ОБП-патологии не выявлено, проведено РКТ ОБП – признаки панкреатита, стриктуры холедоха, размеры желчного пузыря 112*42 см. В тоже время была начата лекарственная терапия: принимала бускопан, эрминтал, хофитол, зипантала. Самочувствие несколько улучшилось.

Перенесенные заболевания: остеохондроз шейного отдела позвоночника, Гипертоническая болезнь II ст, ЦВБ, хроническая ишемия головного мозга, СД 2 типа с 2010 года. Из оперативных вмешательств: 1986г проведена аппендэктомия.

Наследственность не отягощена

При поступлении в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ состояние пациентки удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, питание повышенное, ИМТ–32.18. Кожные покровы и склеры желтые.

ЧД 22 в мин., дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны с чсс 70 в мин. АД– 120/80мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, в правом подреберье. Печень выступает на 6см из-под края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул – светлый, моча темная.

Диагноз: Механическая желтуха, стриктура холедоха. Хронический панкреатит в стадии обострения. Стриктура протока холедоха.

Сахарный диабет 2 типа в стадии субкомпенсации. Ожирение I степени.

Проведены исследования :

Общий анализ крови: отмечается ускорение СОЭ до 20 мм/ч, снижение гематокрита. Биохимический анализ крови: гипербилирубинемия, за счет повышения прямой фракции, цитолиз за счет повышения уровня АЛТ (0,9) и АСТ (0,2) при норме до 0.028, холестаз : повышения уровня щелочной фосфатазы (126), ГГТП (7968). В ОАМ: желчные пигменты положительны. Диастаза мочи по Вольгемуту - 64 г/ч*л.

Копрограмма: кал светло-коричневого цвета, мажериный, лейкоцитов №-4-5 в поле зрения, эпителий – 2-2-3 в поле зрения, мышечные волокна +, растительная клетчатка ++, детрит ++.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 68 в 1 мин. Горизонтальное положение ЭОС.

Неспецифические нарушения внутрижелудочковой проводимости.

За время госпитализации проводилось лечение: спазган, контрикал, омез, дюспаталин, мезим, мотилак.

На основании жалоб: наличие болевого синдрома в эпигастрии и правом подреберье, изменении цвета стула и мочи, при наличии желтухи, по данным УЗИ (увеличение размеров желчного пузыря 112*42 см.), МРТ (сужение холедоха и расширение в средней трети до 1.7 см), данных объективного обследования (положительный с. Курвуазье, увеличение печени за счет правой доли) можно выставить предварительный диагноз: Механическая желтуха. (Холангиокарцинома?). Стриктуры холедоха неясного генеза. Дуоденогастральный рефлюкс. Желчный рефлюкс гастрит.

Для уточнения причины сужения холедоха в МКДЦ была проведена эндоскопическая ультрасонография верхнего отдела ЖКТ. Заключение: Эхо признаки объемного образования головки поджелудочной железы с признаками сдавления и прорастания в интрапанкреатическую часть холедоха и вовлечением стенки 12-типерстной кишки. Билиарная гипертензия.

Предположительно Т2-Т3 Nx Мх.

Консультирована врачом онкологом КОД МЗ РТ, рекомендовано оперативное лечение (стентирование и холецистостомия) в условиях отделения абдоминальной хирургии КОД МЗ РТ.

Больная была переведена в КОД МЗ РТ для дальнейшего оперативного лечения.

2. Под нашим наблюдением находился больной с Са головки поджелудочной железы с признаками сдавления интрапанкреатической части холедоха и билиарной гипертензией и объемного образования хвоста поджелудочной железы со сдавлением селезеночной вены.

Больной Р., 39 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ в январе 2010 г. с жалобами на выраженную слабость, боли в правом и левом подреберьях, в области желудка, в правой поясничной области, на зуд кожных покровов, темный цвет мочи, похудание на 15 килограмм за последние 2 месяца.

По данным анамнеза, заболел около 3х месяцев назад: появились боли в поясничной области, отмечал потемнение цвета мочи, присоединилась желтуха. В связи, с чем больной был госпитализирован в больницу инфекционную больницу с подозрением на вирусный гепатит. В результате проведенного обследования диагноз вирусный гепатит был исключен и больной переведен в терапевтическое отделение городской больницы. В результате проведенного обследования был выставлен диагноз: Хронический гепатит алиментарно-токсического генеза с синдромом цитолиза и холестаза. Механическая желтуха хирургом была исключена. Получал лечение: урсосан, гептрал, метадоксил, мезим

форте, дюспаталин. На фоне проводимого лечения у больного сохраняется болевой синдром, который он самостоятельно купировал кеторолом (принимал без назначения врача). Через 2 недели после выписки из стационара самочувствие больного ухудшается: нарастает желтуха, зуд кожных покровов, болевой синдром, больной продолжает худеть. В связи с чем, больной направляется на госпитализацию в госпиталь МВД.

При поступлении в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ состояние пациента удовлетворительное. Астенизирован, ИМТ-18; кожные покровы и склеры интенсивно желтого цвета.

При объективном обследовании отмечается болезненность при пальпации в эпигастрии, правом и левом подреберьях, печень увеличена за счет правой доли (выступает на 5 см из-под края реберной дуги). Селезенка не пальпируется. Стул коричневый, моча темного цвета.

Проведены исследования:

В лабораторных анализах отмечается: ускорение СОЭ до 36 мм/ч, нормохромная анемия, гипербилирубинемия, за счет повышения прямой фракции, признаки цитолиза (АЛТ - 2 N, АСТ - 2 N), холестаза (щелочная фосфатаза - 4 N, ГГТП - 3 N); гиперамилаземия. По данным УЗИ ОБП отмечается увеличение головки поджелудочной железы до 35 мм., увеличение желчного пузыря 115/50 мм., расширение холедоха до 9 мм.

Учитывая болевой синдром, похудание на 15 кг, изменения в биохимических анализах крови, данных УЗИ – наиболее вероятный диагноз: Механическая желтуха. Заболевание головки поджелудочной железы. Пациент направляется на эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС) верхнего отдела ЖКТ.

По результатам ЭУС выявлены следующие изменения: Эхо признаки объемного образования головки поджелудочной железы с признаками сдавления интрапанкреатической части холедоха и билиарной гипертензии и объемного образования хвоста поджелудочной железы со сдавлением селезеночной вены. Данные за увеличение регионарных лимфатических узлов.

Заключение: ЭХО признаки объемного образования головки поджелудочной железы со сдавлением интрапанкреатической части холедоха и билиарной гипертензий и объемного образования хвоста поджелудочной железы (Са поджелудочной железы). Предположительно Т3, N1-2, Мх. Проведение ретроградного стентирования на момент осмотра невозможно.

Больной направлен к онкологу для проведения оперативного лечения.

Выводы: настоящее клиническое наблюдение демонстрирует высокую информативность эндоскопической ультрасонографии в выявлении патологий билиарной системы и поджелудочной железы.

3. Под нашим наблюдением находилась больная с хроническим билиарным панкреатитом в стадии обострения. ПХЭС (лапаротомия, ХЭ в 1989г). Холедохолитиаз. Стриктур на границе средней и нижней трети холедоха неясного генеза

(послеоперационная рубцовая стриктура). Подслизистая инфильтрация стенки холедоха. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести в стадии субкомпенсации.

Больная Б., 74 год, поступила в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ в январе 2010 г. с жалобами на чувство тяжести в желудке, усиливающееся после еды, чувство тошноты, вздутие живота, нестабильный стул: запоры чередуются с приступами диареи. Часто беспокоят боли в эпигастрии, возникающие ночью, уменьшающиеся после приема пищи. Похудела на 8 кг за один месяц.

Жалобы на стул светлого цвета, на зуд кожных покровов.

По данным анамнеза, заболела в октябре 2009 года: появились боли в области желудка, чаще в ночное время. Лечилась самостоятельно – принимала мезим форте и омез. Обратилась к участковому врачу: проведена ФГДС: эрозивный рефлюкс гастрит, проведено УЗИ гепатобилиарной зоны – печень – с явлениями гепатоза, желчный пузырь удален, холедох -11мм, поджелудочная железа – контуры правильные, структура изохогенная.

Перенесенные заболевания: хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь II ст, СД 2 типа с 1998 года, киста почки. Из оперативных вмешательств: 1989г проведена холецистэктомия, удаление фибромы левой груди, 1990 г – пластика послеоперационной вентральной грыжи.

Наследственность не отягощена.

При поступлении в гастроэнтерологическое отделение госпиталя МВД РТ состояние пациентки удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, питание повышенное, ИМТ–31. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Отмечается пастозность голеней, симметричные.

ЧД 16 в мин., дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичны с ЧСС 70 в мин. АД– 160/80мм.рт.ст.

Язык обложен густым белым налетом. Живот мягкий, выражена болезненность при пальпации в области эпигастрия, в правого подреберья. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, за счет левой доли. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Проведены исследования:

Общий анализ крови: отмечается ускорение СОЭ до 29 мм/ч, снижение гематокрита. Биохимический анализ крови: амилаза – 11,9 мг/скл В ОАМ: желчные пигменты положительны. Диастаза мочи по Вольгемуту - 16 г/ч*л.

Кoproграмма: кал оформленный, желто-коричневого цвета, мазевидный, лейкоцитов 1-2 в поле зрения, растительная клетчатка +, детрит +.

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 65 в 1 мин. Горизонтальное положение ЭОС.

Замедление АВ проводимости (PQ 0,22с).

УЗИ ОБП: Свободной жидкости в брюшной полости нет. Увеличение правой доли печени на 1,5 см по типу стеатоза, холедохолитиаз, признаки хронического панкреатита.

Предварительный диагноз: Хронический билиарный панкреатит в стадии обострения. ПХЭС (лапаротомия, ХЭ в 1989г).Холедохолитиаз . Стриктура

Вирзунгова протока? Дуоденальногастральный рефлюкс. Желчный эрозивный рефлюкс-гастрит. Сахарный диабет 2 типа в стадии компенсации.

За время госпитализации проводилось лечение: папаверин, урсосан, альмагель, спазган, контрикал, омез, дюспаталин, мезим, индап, Эналаприл, манинил, сиофор.

Для уточнения диагноза была проведена эндоскопическая ультрасонография верхнего отдела ЖКТ. Заключение: Стриктура на границе средней и нижней трети холедоха неясного генеза (послеоперационная рубцовая стриктура). Подслизистая инфильтрация стенки холедоха.

Больная выписана с рекомендацией дальнейшего хирургического лечения по поводу стриктуры холедоха.

ВЫВОДЫ:

1. Установлено, что в целом в гастроэнтерологическом отделении за анализируемый период проведена работа с положительной динамикой: план койко-дня выполнен на 104,4 %, с улучшением на 3,4 % по сравнению с 2007 годом.

2. Успешно выполнен план Гос.заказа по линии ОМС.

3. Улучшение такого показателя как средняя длительность пребывания на койке (13,1 с улучшением на 2,3 койко-дня по сравнению с 2007 годом) говорит о том, что отделение в последние годы четко придерживается стандартов ОМС.

4. Значительно выше стал уровень диагностики. Проводятся: а) исследования крови на антитела аутоиммунных, вирусных, паразитарных заболеваний; б) ультрасонография для подтверждения патологии гепатобилиарной зоны и поджелудочной железы. 5. Рационально используются стандарты в диагностике и лечении пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

6. С начала выпуска журнала « Вестник современной клинической медицины» врачами гастроэнтерологического отделения совместно с сотрудниками кафедр КГМА и КГМИ опубликовано 8 статей в основном об интересных случаях в диагностике и лечении пациентов.

Список литературы:

1. Черногорова М.В, Белоусова Е.А., Семенов В.Ю. Практическая гастроэнтерология в России: становление, развитие, перспективы . Проблемы управления здравоохранением, 2006, №3, стр.27-32.

2. «Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение». Под редакцией Калинина А.В., Хазанова А.И. 2007 г.

3. «Практическая панкреатология». Под редакцией Н.Б.Губергриц. 2006 г.

4. «Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение» Под редакцией Калинина А. В., Хазанова А.И., \Логиновой А.Ф. 2011 г.

5. «Гастроэнтерология. Национальное руководство» Под редакцией Ивашкина В.Т., Лапина Т.Л. 2008 г.

6. «Боль при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки». Н.Б.Губергриц. 2010 г.

7. «Боль при заболеваниях кишечника». Н.Б.Губергриц. 2010 г

**015. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ
МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ
COMPARATIVE ANALYSIS OF MULTI-SURGICAL
UNIT OF CLINICAL HOSPITAL MINISTRY
OF INTERNAL AFFAIRS OF THE REPUBLIC
OF TATARSTAN**

Агеев А.Г., заведующий многопрофильным хирургическим отделением клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан», врач высшей квалификационной категории, заслуженный врач Республики Татарстан. Ординатура по хирургии и онкологии, ведет организационную, лечебную и консультативную работу.

Гимадеев Ю.Ф., врач-хирург, высшей квалификационной категории, ординатор отделения.

Фаттахов С.Р., врач, лор, высшей квалификационной категории, ординатор отделения.

Ахтямов И.Ф., профессор, завкафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций.

Миролюбов Б.М., доцент кафедры ангиологии.

A.G.Ageev, U.F.Gimadeev, S.R.Fattahov, I.F.Ahtyamov, B.M.Mirolubov.

Реферат: в статье отражена деятельность многопрофильного хирургического отделения клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ за 5 лет с 2007 года по 2011 года. Приводятся примеры из клинической практики. Освещены новые малоинвазивные и высокотехнологичные хирургические вмешательства, новые разработки и технологии в лечении больных.

Ключевые слова: хирургия, оптимизация, клинические примеры, разработки и новые технологии в лечении.

Summary: This article covers the activity of the clinical hospital surgical department Medical Unit Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for 5 years from 2007 to 2011. Examples from clinical practice are given. Covered invasive surgery and high, new developments and technologies in the treatment of patients.

Keywords: surgery, optimization, clinical examples, developments and new technologies in the treatment

В условиях сложных социально-экономических и политических преобразований, происходящих в стране, профессиональная специфика правоохранительной деятельности характеризуется наличием максимальных физических нагрузок; высоким накалом оперативной обстановки; ежедневными экстремальными ситуациями, которые являются штатными для сотрудников правоохранительных органов; необходимость использования мер принуждения; необходимость общения с асоциальными и антисоциальными контингентом и связанные с ним конфликтные ситуации, негативные эмоции; высокая ответственность за свои действия и напряженность службы, связанные с осуществлением властных полномочий, а также ношение оружия, которое провоцирует насилие в отношении сотрудников МВД со стороны

криминалитета. Всё это связано с чрезмерным напряжением и служит причиной эмоциональных расстройств, физиологических нарушений и изменений в состоянии здоровья сотрудников МВД. Поэтому проблема организации и обеспечения медицинских услуг является объектом особого внимания. В настоящее время медицинская служба МВД, наряду с остальными службами, работает в условиях реформирования системы МВД. Основным документом, на котором основывается в том числе и деятельность медицинской службы МВД, является принятый в 2011 г. Федеральный Закон №247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

В настоящее время медико-санитарная часть МВД по Республике Татарстан – это современное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, которое занимает лидирующие позиции среди учреждений здравоохранения Татарстана и в системе органов внутренних дел России. Это целый многофункциональный комплекс по оказанию медицинских услуг, в котором идет целенаправленное освоение и внедрение современных методов лечения и диагностики.

Одно из серьезных достижений за последнее время – это открытие на базе клинического госпиталя МСЧ 7 клинических кафедр, а кадровый состав госпиталя пополнился докторами и кандидатами медицинских наук Казанского Государственного Медицинского Университета и Казанской Государственной Медицинской Академии.

Активная научная работа, а также проводимые на базе МСЧ научно-практические конференции межрегионального уровня устанавливают сегодня стандарты качества медицинской помощи, не уступающие ведущим медицинским учреждениям Министерства внутренних дел, что способствует росту престижа медицинской службы и ведомству в целом. Благодаря кафедрам, базирующимся в госпитале в практическую работу госпиталя постоянно внедряются новые передовые методы диагностики, лечения и реабилитации, основанные на последних достижениях медицинской науки.

Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ является третьим по мощности среди ведомственных медико-санитарных частей РФ и первым стационарным учреждением, сертифицированным в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2008 в Республике.

Особая роль в поддержании трудоспособности и боеготовности работников органов внутренних дел принадлежит многопрофильному хирургическому отделению. Хирургическое отделение работает согласно принятых стандартов лечения и диагностики

на основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.12.2010г. № 1182н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями». Кроме того, отделение в работе руководствуется строго приказами: МЗ СССР №770 от 10.06.1985г. «О введении в действие отраслевого стандарта «Дезинфекция,

предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинского назначения. Методы средства и режимы», МЗ СССР №720 от 31.07.1978г. «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усиление мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями, сан.эпид.надзор», МЗ РТ №123 от 17.04.2002г. «Об утверждении отраслевого стандарта. Протокол введения больных. Пролежни», МЗ РТ №330 от 12.11.1997г. «О мерах по улучшению учета, выписывания и хранение наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ».

Во все времена говорили : « Сила любого стационара определяется силой хирургического отделения».

За отчетный период хирургическое отделение усилилось за счет включения в работу кафедры травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний во главе с проф. Ахтямовым И.Ф., кафедры ангиологии в лице доцента кафедры Миролубова Б.М. Основная цель такого объединения - улучшение качества медицинской помощи сотрудникам МВД и прилежащему к МСЧ МВД контингенту, развитие направлений медицинской деятельности, связанной с выявлением и лечением болезней, имеющих по анализам наибольший удельный вес в структуре хирургической заболеваемости.

В свою очередь врачи хирургического отделения принимают активное участие в клинических исследованиях по многим направлениям лечебно-диагностической и профилактической деятельности , ведут научные работы по изучению эффективности новых медицинских технологий, публикуют результаты своих научных трудов в журнале «Вестник Современной Клинической Медицины» , активно участвуют в работе Всероссийских научно-практических конференций, Международных конгрессов, симпозиумов и съездов, выступая с докладами и сообщениями о результатах своих исследований .

В 2007 году успешно проведена апробация стафило-протейно-синегнойной жидкой адсорбированной вакцины в лечении тяжелых гнойно-септических больных . Доказано что вакцина эффективна в профилактике гнойных, простудных инфекций, в полевых условиях может быть рекомендована для вакцинации сотрудников МВД , работающих в экстремальных условиях.

Начальником отделения Агеевым А.Г. разработан и внедрен в лечении обширных гнойных ран, диабетической стопы, трофических язв голени оригинальный метод аутодермопластики. Написана статья «Аспекты хирургического лечения гнойного подрывного фолликулита Гоффмана». Данная тема освещена на IV Всероссийской конференции мед. работников МВД, а также на Поволжской конференции, посвященной лечению «диабетической стопы». В отделении разрабатывается и внедряется новые методы в лечении остеоартрозов коленных суставов, осложненных синовитом. Выполняются внутрисуставные новокаиновые блокады с оригинальным «коктейлем» (Наропин, В 12, Ауфлутоп, Дексаметазон, Дипроспан).

Данный коктейль быстро купирует синовит, снимает надолго болевой синдром, значительно улучшает функцию суставов за счет восстановления суставного хряща.

В госпитале начальником хирургического отделения Агеевым А.Г. проведена конференция на тему « Холецистокардиальный синдром» с участием кафедральных работников.

При анализе структуры заболеваемости хирургического отделения на 1-е место выходят болезни опорно-двигательного аппарата 19,3%- (артрозы, синовиты, коксартрозы, переломы костей, разрывы менисков и связочного аппарата). На 2-е место болезни артерий и вен нижних конечностей -14,7 % (атеросклероз сосудов нижних конечностей, диабетическая ангиопатия, варикозная болезнь н/к, тромбозы, тромбозы, илеофemorальный тромбоз, ТЭЛА). На 3-е место -10% - гнойные заболевания кожи подкожной клетчатки, диабетическая стопа, критическая ишемия нижних конечностей, трофические язвы, гангрена. Затем распределились заболевания гепатобилиарной зоны (ЖКБ, хронические калькулезные холециститы, холедохолитиаз, реактивные панкреатиты, кровотечение из ЖКТ). Большой объем в хирургии занимают паховые грыжи, пупочные грыжи, послеоперационные вентральные грыжи, доброкачественные опухоли. В урологии: воспалительные заболевания мочеполовой системы (мочекаменная болезнь, простатиты, пиелонефриты, гидронефроз, МКД, циститы, архиты, кисты придатков, аденома предстательной железы). В отоларингологии - гаймориты, тонзиллиты, отиты, полипы носа, искривление носовой перегородки, нейросенсорная тугоухость.

Распространенность данных заболеваний связана с активной деятельностью сотрудников МВД. Основными этиологическими факторами данного класса заболеваний ученые считают нарушение режима и качества питания, аллергические агенты, а также социально-психологический и эмоциональный стресс во время несения службы. Распространенность указанных причин также имеет отчетливую тенденцию к увеличению на современном этапе. Увеличивается травматизм, нагрузка на опорно-двигательный аппарат, увеличился рост заболеваний артерий и вен нижних конечностей. По данным некоторых авторов за последние годы увеличился рост заболеваний гепатобилиарной зоны среди молодого контингента на 6%.

В связи с тем, что заболевания опорно-двигательного аппарата выходят на 1-е место, с 2009 г. под руководством зав. кафедрой военно-полевой хирургии КГМА профессора Ахтямова И.Ф. в отделении развернуто 7 травматологических коек, на которых работают 2 травматолога (0,25 ставки). Травматологами выполняются высокотехнологичные операции по эндопротезированию тазобедренных и коленных суставов. Ежегодно ими выполняется до 100-120 высокотехнологичных операций с хорошим результатом.

В связи с тем, что заболевания артерий и вен выходят на 2-е место администрацией выделено 0,5 ставки ангиохирурга. Доцент- Миролубов Б.М., который выполняет малоинвазивные операции на венах и

артериях конечностей. Проводит большую консультативную и экспертную работу в данной области.

В 2011 году Б.М. Миролюбов издал учебное пособие «Ангиопатология и основы сосудистой хирургии».

Травматологи отделения на фоне практической работы занимаются научной и изыскательской работой, участвуют и сами выступают в региональных и международных медицинских конференциях.

Участие в Международной конференции «Современные вопросы эндопротезирования тазобедренных суставов», доклад профессора Ахтямова И.Ф. Вена, март 2011 года.

Участие во Всероссийской конференции «Ошибки и осложнения в травматологии и ортопедии». Омск, март 2011 года.

Участие в семинаре по теме «Хондропротекция в вертеброневрологии» – профессор Р.А. Алтунбаев рассматривались вопросы нового применения препарата хондропротекторов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, апрель 2011 года.

Участие в конференции по эндопротезированию (доклад профессора И.Ф. Ахтямова)

Участие в конгрессе ревматологов по теме «Эндопротезирование в ревматологии» (доклад профессора И.Ф. Ахтямова)

Внедрена операция по Скарфу с применением винтов Гербера при «Hallux Valgus».

При помощи аппарата «Инфузамат» проводится лечение коксартроза II ст. Наропином через введение его в перидуральное пространство.

Проводилось исследование препарата «Продакса» для профилактики тромбоэмболии в послеоперационном периоде при эндопротезировании крупных суставов.

В составе хирургического отделения большой удельный вес имеет работа уролога. Им освоена малоинвазивная эндохирургическая операция по поводу варикоцеле (операция Иванисевича) с хорошим клиническим результатом.

Приобретен и освоен в работе для лечения урологических больных Уретерореноскоп с контактным литотриптером фирмы «LUT». При помощи этого прибора появилась возможность удаления камня из мочеточника малоинвазивным методом, что значительно сокращает пребывание больного на койке и способствует более быстрому выздоровлению. По данной методике опубликована статья и сделан доклад на конференции.

Уролог госпиталя кроме лечебного процесса занимается внедрением новых методик в лечении урологических больных, активно участвует в научных конференциях.

Он принял участие во Всероссийской конференции «Андрология. Эндокринные проблемы мужчин фертильного возраста», март 2011 года.

Выступил на медицинской конференции МВД с докладом на тему «Эндоскопическое малоинвазивное лечение варикоцеле».

Совместная статья «Применение бегущего магнитного поля в комплексном лечении больных хроническим простатитом». Авторы И.А. Буренина, В.В. Хасанов – напечатана в Сборнике тезисов.

Им освоена методика биопсии почек в РКБ на кафедре КГМА, осваивается внедрение под контролем УЗИ – биопсия почек и наложение нефростомы чрезкожно.

Освоена контактная литотрипсия камней мочеточника, мочевого пузыря, почек. Литотриптером фирмы «LUT» «Медиа – LUX-600» производство Германия».

Освоен в работе уретерореноскоп фирмы «LUT», Германия.

Осваивается и применяется в работе тройной зажим для захвата конкрементов.

ЛОР – врач также активно участвует в научных конференциях ЛОР общества республики. Использует в работе эндоскопическое оборудование (риноскоп в лечении лор-патологии).

Плановые и неотложные операции, выполняемые в хирургическом отделении клинического госпиталя МВД:

1. Хирургические на гепатобилиарной зоне: лапароскопические холецистэктомии, дренирующие операции на холедохе, ХДА. На желудке: резекция желудка по В-И, В-П, модификация Анджо-Кохера. На кишечнике: резекция кишечника, левосторонняя, правосторонняя гемиколэктомия, колостома, операция Монастырского, энтеростома, гастростома. Дренирующие операции при панкреонекрозе. На передней брюшной стенке: большие послеоперационные, рецидивные грыжи с пластикой пропиленовой сеткой. Различные паховые, пахово-мошоночные грыжи по Жириару – Кимбаровскому, Лихтенштейну. Удаление доброкачественных опухолей. На сосудах: флебэктомии по Бебкокку, Линтену. Геморроидэктомия.

2. Неотложная хирургия: аппендэктомия, холецистэктомия, перфоративная язва, пекронекроз, закрытая травма живота с повреждением внутренних органов (печень, кишечник, селезенка), разлитой гнойный перитонит различной этиологии, желудочно-кишечные кровотечения. Разрешение пневмоторакса.

3. Гнойная хирургия: флегмона, панариций, парапроктит, гангрена мягких тканей (атеросклеротическая, диабетическая и другие). Аутодермопластика длительно незаживающих и обширных ран. Ампутация пальцев, стопы, голени, бедра. Дренирование парапроктита. Вросший ноготь.

4. Травматология: тотальное эндопротезирование тазобедренного и коленных суставов. Остеосинтез длинных трубчатых костей, ключицы с наложением различных металлоконструкций. Лечение остеоартрозов, синовитов, бурситов. Удаление металлоконструкций.

5. Урологические: Аденомэктомия, ТУР, уретеролитотомия. Пластика ЛМС. Эндоскопическая операция Иванисевича. Дренирование кист почек, придатка яичка. Лечение мочекаменной болезни. Лечение осложненных пиелонефритов, уросепсиса. Гидроцеле, варикоцеле, циркумцизия.

6. ЛОР-операции: септопластика, гайморотомия, трепанация лобной пазухи, полипэктомия, конхотомия, тонзиллэктомия, вскрытие паратонзиллярного абсцесса. Удаление кисты шеи, катетеризация слуховых труб. Пункция гайморовых пазух, промывание ППН методом непрерывного перемещения жидкости «Кукушка».

В отделении выполняется малоинвазивные эндоскопические хирургические вмешательства на гепатобилиарной зоне, что дает высокий экономический эффект за счет сокращения койко дня, *минимального расхода операционного материала и быстрой реабилитации больных.*

Хирургическое отделение оказывает многопрофильную медицинскую плановую и частично экстренную помощь сотрудникам МВД РТ, членам их семей, пенсионерам МВД, работникам прокуратуры, членам Верховного суда, УИН, ПЧ военнослужащим срочной службы. Хирургическое отделение активно участвует в подготовке сотрудников МВД РТ для службы в горячих точках. Активно участвует в военно-спортивных мероприятиях МВД РТ.

Кроме того, хирургическое отделение осуществляет следующие функции:

1. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в т.ч. профессиональной, а также длительно и часто болеющим.

2. Проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных к хирургическому вмешательству. Организацию динамического наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.

3. Подбор адекватного хирургического лечения больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

4. Проведение комплексного хирургического лечения больных с применением современных малоинвазивных и высокотехнологичных операций.

5. Проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности сотрудников МВД России по РТ и решение вопроса о направлении их на медико-социальную экспертизу.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.

Показатели	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г.
Средняя занятость койки	285,5	278	280,3	315,6	287,1
Оборот койки	18,2	20	20,1	24,1	21,5
Выполнения койко\дня	87,6	82	82,4	92,8	84,4
Средняя длительность пребывания на койке	15,6	13,9	13,9	13,1	13,3
Хирургическая активность	58,4%	50%	50,7%	48	44,6
Общая летальность	-	0,1%	-	0	0
Расхождение диагнозов	0,04%	0,02%	0,02%	0,01%	0,01%

Средняя длительность пребывания больных уменьшилась до 13,1 дня. Увеличился оборот койки до 24,1 дня. План койко дня в основном выполняется на 92,8%. Низкий койко день в 2011г. связан с ремонтом операционной. Стабильно сохраняется хирургическая активность - 51-52 %, что соответствует средним показателям городских больниц Республики.

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ

	2007г.	%	2008г.	%	2009г.	%	2010 г.	%	2011 г.	%
Аттестованных	311	42,6	390	48,8	446	49,2	590	54,1	441	45
Члены семей	57	7,8	53	6,6	45	4,9	42	3,8	77	7,6
Пенсионеры	215	29,4	180	22,5	189	20,8	193	17,6	212	22,2
Вольнонаемных	16	2,1	19	2,4	29	3,2	23	2,1	19	2
МЧС	21	2,8	26	3,2	37	4,0	37	2,3	39	4,1
УИН	52	7,1	45	5,6	67	7,3	62	5,6	62	1,5
Платные больные	17	2,3	55	6,8	67	7,3	120	11	100	10,4
Военнослужащих	30	3,7	31	3,8	26	2,8	22	2	21	0,6
Всего	729		799		906		1089	100	971	100

Из таблицы видно, что основной контингент пролеченных больных – аттестованные и пенсионеры МВД. Увеличилось количество пролеченных больных по платным услугам.

ВЫПОЛНЕНО ОПЕРАЦИЙ

Операции	2007г	2008г	2009г	2010г.	2011г.	Всего
Всего операций	397	540	460	527	433	2357
Из них: хирургических	372	470	371	275	202	1690
Урологических	25	26	21	39	43	154
ЛОР больных	0	44	16	91	66	217
Травматология			52	122	122	296

Из таблицы видно, что количество операций за год постепенно увеличивается, увеличивается диапазон хирургических вмешательств.

ГРУППА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ.

Палата интенсивной терапии развернута на базе хирургического отделения госпиталя МВД РТ на 6 коек.

Для обеспечения круглосуточной работы группы анестезиологии и реанимации имеется 3 ставки врачей - анестезиологов-реаниматологов (1,5 вакантная), 6,5 ставки медсестры –анестезист.

ЗА ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД БЫЛО ОКАЗАНО АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ –БОЛЬНЫМ:

Наркозы	2007 г	2008г	2010 г.	2011 г.
Интубационный	36	26	33	49
Спинно-мозговая	2	18	91	77
Внутривенная	15	18	24	18
Сакральная	1	2	2	6
Перидуральная	3	-	24	2
Внутримышечные потенцирование	1	-		
Всего	58	62	148	152

Палата ПИТ на 6 коек для лечения и выхаживания тяжелобольных клинического госпиталя. Через палату ПИТ в год проходит более 150 тяжелых больных различного профиля.

Из таблицы видно, что постепенно увеличивается количество проведенных наркозов, что указывает на интенсивность работы анестезиолога-реаниматолога.

ВЫВОДЫ:

За отчетный период с 2007-2011гг. проделана определенная работа. С положительной динамикой выписываются 94,5 % больных. Хирургическое отделение госпиталя МВД РФ по РТ оказывает многопрофильную медицинскую помощь при разнообразных формах заболеваний. С 1997г. значительно увеличился объем работы отделения. Стабильно сохраняется хирургическая активность, увеличился объем оперативного пособия, в том числе травматологическим и больным с заболеваниями сосудов. Улучшилось качество работы. В работе всегда ориентируемся на медико-экономические стандарты. Увеличился объем оказания платных услуг. Средняя длительность пребывания больных уменьшилась до 13,1 дня. Увеличился оборот койки до 24,1 дня. План койко дня в основном выполняется на 92,8 %. Низкий койко день в 2011г. связан с ремонтом операционной. В целом хирургическая служба обеспечивает потребности МВД РФ по РТ в плановой хирургической помощи. Задачи: необходимо увеличить хирургическую активность до общегородских показателей за счет привлечения хирургических больных из районных отделов, в том числе травматологических больных. Для этого необходимо улучшить санпросветработу.

Список литературы:

Альперович Б. И. Хирургия печени и желчных путей. — Томск, 1997.

Гальперин Э. И., Кузовлев Н. Ф., Карангюлян С. Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. — М.: Медицина, 1982.

Гепатобилиарная хирургия. Руководство для врачей / Под ред. Н. А. Майстренко, А. И. Нечая. — СПб: Специальная литература, 2002.

Королев Б. А., Пиковский Д. Л. Экстренная хирургия желчных путей. — М.: Медицина, 2000.

Напалков П. Н., Учваткин В. Г., Артемьева Н. Н. Свищи желчных путей. — Л.: Медицина, 1976.

Напалков П. Н., Артемьева Н. Н., Качурин В. С. Пластика терминального отдела желчного и панкреатического протоков. - Д.: Медицина, 1980.

Родионов В. В., Филомонов М. И., Могучее В. М. Каль- Кулезный холецистит (осложненный механической желтухой). — М.: Медицина, 2001.

Сачек М.Т., Аничкин В.В. Послеоперационные осложнения в

абдоминальной хирургии. - Минск, 1986. - 191 с.

Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. - М.:

Медицина, 1985. - 655 с

Тураев П.И. Хроническая венозная недостаточность и трофические

язвы нижних конечностей. - Винница: Нова Книга, 2005. - 208 с

References:

Alperovich BI Surgery iocineris et biliary agri. , Tomsk, MCMXCVII.

Halperin EI Kuzovlev NF Karangyulyan SR scarus bilis meatum reprehenderit. - M.: Medicinae MCMLXXXII.

Hepatobiliary surgery. Condúcas pro medici / Ed. NA Maistrenko, AI accidens. - St Petersburg: De literature, MMII.

Korolev, BA, DL Pikovsky emergency surgery biliary agri. - M.: Medicinae MM.

Napalkov PN, Uchvatkin VG Artemyev N. Swee – elit biliary agri. - L: Medicinae MCMLXXVI.

Napalkov PN, N. Artemiev, Kachurin VS Locus – tic terminales pars bile et pancreatic proto – Cove. - D.: Medicinae MCMLXXX.

Vladimir Rodionov, Filomonov MI, Fortis VM Kal-Kuleznev CHOLECYSTITIS (inuolutaeque obstructivus jaundice). -M.: Medicinae MMI.

Sachek MT, Anichkin VV Postoperative complications abdominal surgery. - Minscum, MCMLXXXVI. - CXCI p.

Strukov A., V. Serov Pathologicum anatomia. - Moscua:

Medicina, MCMLXXXV. - DCLV

Turaev PI Chronic venarum insufficientiam et trophic ulcera in inferioribus extremis. - Athenae: Nova Book, MMV. – CCVIII

016. ДИНАМИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН С 2009 ПО 2011 г.

Аглиуллина Фания Фаизовна, заведующая отделением реабилитации клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел.(843)291-26-92

Амиров Наиль Багауевич, д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета, тел.(843)291-26-76

Реферат. Отражена динамика деятельности отделения реабилитации клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан за 3-х летний период. Установлено, что для оптимизации работы отделения необходимо догоспитальное обследование пациентов в соответствии с принятыми стандартами, расширение объема предоставляемых медицинских услуг, соблюдение медико-экономических стандартов.

Ключевые слова. Реабилитация, методы лечения, оптимизация.

Abstract. Reflects the dynamics of the rehabilitation department of Clinical Hospital MSU Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for the 3-year period. Found that for the optimization of separation must prehospital evaluation of patients in accordance with accepted standards, the expansion of medical services, compliance with health and economic standards.

Keywords: Rehabilitation, treatment, optimization.

В настоящее время реабилитация и восстановительное лечение больных является неотъемлемой частью процесса выздоровления. Современная реабилитационная терапия включает в себя восстановительное лечение больных непосредственно

после интенсивного лечения острых заболеваний, травм, отравлений, хронических заболеваний, оздоровление групп риска [2].

В условиях реорганизации системы МВД актуальной является задача медицинского обеспечения сотрудников внутренних дел. Эти задачи перекликаются с задачами, стоящими перед системой здравоохранения в стране в целом. Набирающая силу реформа в системе МВД уже улучшила социальные условия сотрудников, но для полной завершенности реформирования необходимо пересмотреть и систему медицинского обеспечения граждан занятых в этой сфере. Фундаментальное значение в правоохранительной сфере имеет принятый в 2011 году Федеральный закон № 247 – ФЗ « О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации. Этот Федеральный закон регламентирует, в том числе и вопросы медицинского обслуживания действующих и уволенных со службы сотрудников, членов их семей [1]. В тоже время правильно выстроенная работа медицинского учреждения позволяет снизить материальные затраты на восстановление здоровья сотрудников.

В клиническом госпитале МСЧ МВД России по РТ отделение восстановительного лечения и реабилитации было открыто в октябре 2009г. Открытие данного подразделения было обусловлено реализацией нормативных документов : Постановления Правительства РФ от 12.01.2007г. «Об утверждении Правил социальной реабилитации лиц, пострадавших в результате террористического акта, а также лиц, участвующих в борьбе с терроризмом» и Приказа МВД России от 30.04.2004г. «Об утверждении Программы медико-психологического обеспечения сотрудников органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск Министерства внутренних дел Российской Федерации, выполняющих задачи на территории Северо-Кавказского региона». Сотрудники МВД в силу своей служебной деятельности часто подвергаются стрессу, особенно во время командировок на Северный Кавказ [6]. Это обусловлено воздействием ряда экстраординарных психотравмирующих факторов, таких как, наличие постоянной угрозы для жизни, травматизация, внезапная смена трудового и жизненного стереотипа, сверхнеобычность и сверхнормативность профессиональной деятельности [4]. Работа с населением требует постоянного внутреннего напряжения.

В своей работе отделение реабилитации руководствуется следующими нормативными актами:

1. Приказом Минтруда, МЗ РФ и Минобразования №21\417\515 от 23.12.1996г. «Об утверждении примерного положения об реабилитационном учреждении».

2. Приказом МЗ РФ от 01.07.03г. №296 «Об совершенствовании организации восстановительного лечения в РФ».

3. Приказом МЗ РФ № 826 от 06.08.1981г. «О положении и штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь, больниц (отделений) восстановительного лечения.

4.Приказом МЗ и СР РФ от 22.08.05г. №534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы».

5.Приказ МЗ и СР РФ от 27.01.06г. №44 «О долечивании (реабилитации)больных в условиях стационара»

Основной целью работы отделения является восстановление здоровья сотрудников МВД посредством раннего и комплексного использования средств физической реабилитации, а в случае невозможности достижения этого -развитие компенсаторных и заместительных функций. Медицинская помощь по восстановительной медицине осуществляется посредством оценки (диагностики) функциональных резервов организма, комплексного применения лекарственной и немедикаментозной, в том числе физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии[2].

Противопоказаниями для проведения реабилитационной терапии являются все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии декомпенсации, инфекционные и венерические заболевания в острой и заразной форме, все формы туберкулеза в активной стадии, психические заболевания, эпилепсия с частыми приступами, все виды наркомании и алкоголизма, злокачественные новообразования, кахексия, стенокардия напряжения 3,4 ФК, вазоспастическая стенокардия, фибрилляция предсердий, частая экстрасистолия, аневризма левого желудочка, тромбы в полости левого желудочка, синкопе в анамнезе, синдром ускоренного СОЭ[2].

В целях улучшения качества оказываемой медицинской помощи в отделении проведен анализ основных показателей. Как видно из таблицы 1, за время работы отделения пролечено всего 1042 больных. Отмечается тенденция роста количества пролеченных больных, увеличения средней занятости койки в году, оборота койки. В то же время средняя длительность пребывания больного на койке снизилась с 17,2 (2009г) до 16,5 (2010г). Процент выполнения койко-дня в 2010г.составил 100% (98,7% в 2009г).Это обусловлено, в первую очередь, улучшением взаимосвязи с поликлиникой, планированием работы по госпитализацию больных, так же разработкой и утверждением стандартов по ведению больных в отделении.

Таблица 1.
Динамика основных показателей отделения с 2009 по 2011г.

Основные показатели	2009г	2010г	2011г
Количество пролеченных Больных	44	486	512
Средняя занятость койки в году	28,3	332,8	339,9
Процент выполнения плана койко-дня	50%	97,8%	100%
Оборот койки	2,1	19,4	20,6

Средняя длительность больного на койке	13,2	17,2	16,5
Летальность	-	-	-

Преимуществом получения лечения в отделении реабилитации является обеспечение комплексной терапии. Для каждого больного в отделении составляется индивидуальная программа реабилитации, которая учитывает состояние здоровья на момент госпитализации, имеющиеся хронические заболевания. Благодаря слаженной работе врачей отделения пациенты получают квалифицированную медицинскую помощь по кардиологии, неврологии, восстановительной медицине, терапии, что позволяет с первых дней пребывания больных в отделении поставить клинический диагноз и назначить лечение. Таким образом, сокращается срок нахождения больного на листке нетрудоспособности и обеспечивается скорейшее выздоровление, возвращение к труду.

Структура заболеваемости по нозологическим формам пролеченных в отделении больных представлена в таблице 2.

Основную часть по нозологическим формам составляют пациенты с вертеброгенными заболеваниями нервной системы, cerebrovasкулярными заболеваниями и заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Таблица 2.
Структура заболеваемости по нозологическим формам

Нозология	2010г (в %)	2011г (в%)
ИБС	3,1	7,78
Гипертоническая болезнь	5,59	7,78
ЦВБ	17,8	17,48
Синдром вегетативной дисфункции	11,8	6,02
Вертеброгенные заболевания нервной системы	30,96	34,61
Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения	10,98	6,02
Последствия ОНМК	3,31	2,72
Заболевания суставов и околосуставных поверхностей	1,64	1,92
Состояние после переломов костей	0,82	4,66
Последствия ЧМТ	1,65	4,28
Заболевания легких	1,22	0,38
Заболевания ЖКТ	-	2,33

Преобладание количества пациентов с вертеброгенными заболеваниями нервной системы связано со спецификой условий работы сотрудников и наличием таких факторов, как стрессы, гиподинамия, ненормированный рабочий день, работа в сложных погодных условиях.

Рост числа пациентов с cerebrovasкулярной патологией, скорее всего, обусловлено наличием психотравмирующих факторов, таких как, наличие постоянной угрозы для жизни, травматизация, внезапная смена трудового и жизненного стереотипа, сверхнеобычность и сверхнормативность

профессиональной деятельности[4]. Работа с населением требует так же постоянного внутреннего напряжения.

Отмечается рост числа пациентов с сердечно-сосудистой патологией, что связано не только с ранним выявлением заболеваний этой группы, но и с наличием сопутствующих факторов риска: курение, стрессы, ожирение, гиподинамия.

Таблица 3.

Социальный статус больных

	2009г	2010 г	2011г
Аттестованные	32	293	253
Пенсионеры МВД	6	98	135
УИН	1	27	37
МЧС	-	11	20
Члены семей	3	25	38
Вольнонаемные	-	12	23
Платные больные	-	9	5
Военнослужащие	2	11	1
Всего	44	483	512

Приоритетным направлением Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ является восстановление и сохранение здоровья сотрудников МВД, поэтому аттестованному составу уделяется самое пристальное внимание. Как видно из таблицы 3, аттестованные сотрудники за отчетный период занимают первое место среди социального статуса пролеченных больных. Примерно 9 % из общего количества аттестованных занимают сотрудники, вернувшиеся из горячих точек Северо-Кавказского региона. Так же большое внимание уделяется восстановлению здоровья пенсионеров МВД и эта группа составляет основной процент среди пролеченных больных. Рост количества пенсионеров, скорее всего, объясняется прошедшей переаттестацией сотрудников в 2011 году. Сотрудники МЧС могут пройти лечение в условиях реабилитационного центра МЧС России, поэтому количество пациентов, прошедших лечение в нашем отделении, достаточно низкий.

Продолжительность курса реабилитационной терапии в среднем составляет от 9 до 22 дней в зависимости от основной нозологической формы. Если при гипертонической болезни 1 стадии время пребывания больного в отделении занимает 9 койко-дней, то уже с таким грозным осложнением гипертонической болезни, как острое нарушение мозгового кровообращения 18-25 дней. Разброс в сроках обусловлен степенью нарушений и временем реабилитации: ранним или поздним восстановительным периодом. Лечение больных проводится согласно медико-экономическим стандартам, принятым в клиническом госпитале. В число основных реабилитационных мероприятий входят: оптимально организованный режим дня, диетотерапия, занятия лечебной физкультурой, физиотерапия и массаж, фитотерапия, ароматерапия, а также проведение кратковременной лекарственной активизирующей терапии, с применением малых доз ноотропов, адаптогенов, комплексов витаминов, растительных седативных препаратов. Пациенты получают 5-разовое сбалансированное питание. Полноценное питание

обеспечивает профилактику стресса и нормальную регуляцию всех функций организма. Пища пополняет энергетические запасы организма, выполняет пластическую функцию, обеспечивая усвоение и распад веществ, регулирует многие физиологические процессы, участвует в поддержании адаптационных функций организма, в повышении защитных механизмов, а также играет сигнально-мотивационную роль. В состоянии стресса нервная и эндокринная система требует повышенного расходования активных веществ и в первую очередь, витаминов. Учитывая эти факты, в рационе наших пациентов увеличено количество овощей и фруктов.

Одним из важнейших методов в реабилитации является лечебная физкультура. Физические упражнения используются для сохранения организма человека в деятельном состоянии, стимуляции внутренних резервов, предупреждения и лечения болезней, вызванных вынужденной гиподинамией. Подобранные упражнения оказывают тонизирующее, трофическое, компенсаторное и нормализующее действие.

Физиотерапевтические процедуры занимают основное место в реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. Чаще всего назначаются процедуры электросна, дарсонвализации волосистой части головы, магнитотерапии и лазеротерапии.

В самом отделении имеется возможность проведения сеансов инфракрасной массажной релаксации на кровати «Nuga=best». При воздействии тепловой энергии инфракрасных лучей и периодического роликового механического воздействия на дорзальную поверхность тела человека происходит стимуляция нервных окончаний, возникает поток импульсной активности в структуры подкорки и коры головного мозга. Снимается утомление и нервно-мышечное напряжение, происходит мобилизация естественных сил организма[5].

Все пациенты, проходившие лечение в нашем отделении получают курсы классического массажа от 5 до 10 дней, тонизирующий или расслабляющий, в зависимости от нозологии.

Начиная с 2011 года под руководством заведующего отделением проводятся «Школы здоровья» для пациентов. Используются аудио-видео материалы, и иная наглядная печатная продукция.

Выводы:

1. за анализируемый период показатели работы отделения остаются стабильными с положительной динамикой, увеличилось количество пролеченных больных в отделении, снизился показатель койко-дня, увеличился оборот койки.

2. введение медико-экономических стандартов и плановый подход к работе способствует оптимизации работы отделения, снижению длительности пребывания больного на койке, увеличению оборота койки.

3. организация школ здоровья способствует повышению уровня медицинской просвещенности больных, усилению комплаентности к лечению.

4. для улучшения работы реабилитации необходимо:
а) внести в регламент обязательное догоспитальное обследование пациентов в поликлинике, действовать согласно алгоритму для каждой нозологической формы;

б) расширить методы, применяемые в реабилитации, введении мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии в) рационально использовать стандарты в диагностике и лечении больных.

Литература:

1. Федеральный закон № 247 – ФЗ « О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации.

2. Разумов «Концепция развития восстановительной медицины и курортологии в системе медицинской науки и практического здравоохранения» Курортные ведомости 2006г №3(36)с33.

3. «Положение об организации деятельности Центров восстановительной медицины и реабилитации» (приказ Министра здравоохранения от 01.07.2003 г. № 296).

4. Пажилицев И.В., Психологические особенности личности сотрудников спецподразделений МВД России-участников контртеррористической операции на Северном Кавказе и их психотерапевтическая коррекция: автореферат дис. канд. психологич. наук/И.В.Пажилицев-С.Петербург, 2007-20с.

5. Буренина И.А., «Эффективность применения массажной кровати в комплексном лечении больных с вертеброгенной патологией. Научно-практический журнал «Вестник клинической медицины», 2008г, том1, выпуск1.

017. 5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД ПО РТ

Буренина Ирина Алексеевна, к.м.н., доцент кафедры реабилитологии и спортивной медицины ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

THE EXPERIENCE PHYSICAL THERAPY FOR 5 YEARS OF CLINICAL HOSPITAL MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS OF THE REPUBLIC OF TATARSTAN

Термин "физиотерапия" происходит от двух греческих слов природа и терапия, в буквальном переводе лечение больных природными (физическими) факторами.

В настоящее время физиотерапию рассматривают как область медицины, изучающую действие на организм природных и искусственно создаваемых физических факторов, применяемых для лечения и профилактики заболеваний, а также медицинской реабилитации.

Физиотерапевтические методики эффективно дополняют медикаментозную составляющую комплексного лечебного процесса, позволяют избежать нежелательных побочных эффектов и достигнуть стойких положительных результатов лечения. И конечно, одним из немаловажных достоинств физических методов лечения является их доступность, сравнительная дешевизна. В этой связи физиотерапию можно считать массовым видом лечения.

Физиотерапевтическое отделение является структурным подразделением клинического госпиталя, обеспечивающим квалифицированную реабилитационную помощь стационарным и амбулаторным больным средствами физиотерапии, физической культуры, массажа.

Цель работы отделения -сохранение, восстановление и укрепление здоровья сотрудников внутренних дел.

За 5 прошедших лет произошли значительные положительные изменения в работе физиотерапевтического отделения. Это касается и материально-технической базы, оснащения оборудованием и внедрением новых методик лечения.

До мая 2011 года физиотерапевтическое отделение располагалось в двухэтажном здании на территории госпиталя, остро нуждающимся в проведении капитального ремонта, физиотерапевтические процедуры отпусались в приспособленных для этого кабинетах отделения. Была проведена большая подготовительная работа для перевода отделения физиотерапии в основной корпус госпиталя. В настоящее время в состав отделения входят 3 лечебных кабинета на 9 кушеток. Отделение отпускает все основные виды физиолечения.

За прошедшие 5 лет на 70 % было обновлено техническое оснащение отделения физиотерапии. Была закуплена новая аппаратура - это аппарат УВЧ – терапии, аппарат ультразвуковой терапии, аппарат пневматической компрессии, концентратор кислорода, 3 аппарата магнитосветотерапии, 2 портативных аппарата дарсонвализации, 2 магнитотерапии и аппарат лазеротерапии.

Были внедрены новые методики лечения: инфракрасная массажная стимуляция (кровать «Нуга-Бест»), транскраниальная электростимуляция от аппарата «Электросон-5», фонофорез с хондроксидом, магнитосветотерапия, низкоинтенсивная лазеротерапия от аппарата МИЛТА Ф5-01, пневмомассаж, ароматотерапия, энтеральная кислородотерапия и другие.

В отделении работает только высококвалифицированный персонал - врач, все медсестры по физиотерапии, 2 медсестры по массажу и инструктор ЛФК имеют высшую квалификационную категорию. Отделение активно принимает участие в проведении научной работы. Мы работаем в тесном контакте с другими отделениями госпиталя.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ФТО КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ЗА 2007 - 2011 ГОДЫ

№	Основные показатели работы	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
1.	Общее кол-во больных, принятых на лечение в ФТО	1.859	1.925	2.448	2.897	3.133
1.1	Кол-во больных, принятых на физиолечение	1159	1415	1.432	1.721	1.800
1.2	Кол-во больных, принятых на массаж	-	528	611	601	611
1.3	Кол-во больных, принятых на ЛФК	-	238	435	575	712
3.	Общее количество процедур, отпущенных в ФТО (ФТ, массаж, ЛФК)	29.422	44.920	46.339	43.517	48.431
2.1	Кол-во ФТ-процедур	24.405	39.776	39.824	36.140	41.107
2.2	Кол-во процедур массажа	3.651	4.031	4.974	5.155	4.755
2.3	Кол-во процедур ЛФК	1.366	1.113	1.541	2.222	2.573
3.	Количество процедурных единиц, отпущенных в ФТО					
3.1	Кол-во процедурных единиц по ФТ	49.518	72.318	76.024	63.797	71.325
3.2	Кол-во процедурных единиц по массажу		11.647	16.330	16.785	14.615
4.	Кол-во процедур на 1 -ого больного	11,4	15,4	15,3	15,4	15,5
4.1	Кол-во ФТ процедур на 1 -ого больного	23,3	23,6	28,4	21	23,6
4.2	Кол-во процедур массажа на 1 -ого больного	7,3	7,8	8,3	8,7	8,0
4.3	Кол-во процедур ЛФК на 1 -ого больного	3	3,4	3,5	3,9	3,7
7.	Процент охвата лечением в ФТО	52%	56%	60,5%	61.5%	71%

Сравнивая основные показатели работы ФТО за 2007 - 2011 годы - можно отметить значительное улучшение всех показателей работы отделения.

Как видно из таблицы, за прошедшие 5 лет увеличилось количество больных, принимаемых на лечение в ФТО с 1859 человек в 2007 году до 3.133 человек в 2011 году, увеличилось общее количество, отпущенных процедур ФТО.

Основные показатели работы отделения - это процент охвата лечением и количество процедур на 1 больного так же имеют положительную динамику и значительно выше, чем в среднем по городу.

В целом работу отделения можно охарактеризовать как положительную. Все основные показатели деятельности ФТО соответствуют нормативам. Отделение имеет тенденцию к ежегодному росту всех основных показателей.

018. ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ «ФИНТРЕК-10» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЛЮМБАЛГИЕЙ

Буренина Ирина Алексеевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры реабилитологии и спортивной медицины ГОУ ДПО КГМА Росздрава.

Закирова Диляра Ренатовна – врач-невролог, начальник неврологического отделения клинического госпиталя МСЧ МВД РТ.

Цель: оценить эффективность скелетного вытяжения (аппарат «Финтрек-10») в комплексном лечении больных с болью в нижней части спины, обусловленных вертеброгенной патологией.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 45 пациентов в возрасте от 27 до 58 лет с люмбалгией, обусловленной деформирующим спондилоартрозом соответствующих двигательных сегментов. Средний возраст больных составил 41 год, группа пациентов состояла из 30 мужчин и 15 женщин с длительностью заболевания от 2 до 12 лет. Критериями исключения больных из исследования были: высокая интенсивность боли, острый период заболевания, наличие в анамнезе операций и травм позвоночника, спондилолистеза, остеопороза и сопутствующие заболевания.

Все пациенты прошли обследование, включающее: клинико-неврологический осмотр, нейроортопедический осмотр, рентгенографию поясничного отдела позвоночника, биохимический анализ крови, компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника при показаниях, психометрическое тестирование, которое включало в себя субъективную оценку болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (от 0 до 100 мм) и тест субъективной оценки состояния больного «САН» (самочувствие, активность, настроение).

После первичного обследования методом случайного отбора больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 30 пациентов, получавших стандартный общепринятый комплекс лечения в

сочетании с применением аппарата скелетного вытяжения. Сеансы проводили ежедневно курсом до 10 процедур, продолжительность воздействия составляла от 20 до 30 минут.

Вторую (контрольную) группу составили 15 больных, получавших только стандартный комплекс лечения. Для пациентов обеих групп стандартный комплекс лечения включал: нестероидные противовоспалительные препараты, сосудистые препараты, витамины группы В, ФЗТ, ЛФК и массаж.

Эффективность проведенного лечения оценивали по выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и по тесту субъективной оценки состояния «САН».

Таблица 1

Динамика интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) до и после лечения у больных с БНС (n-45)

Группы больных	Боль в баллах по ВАШ при поступлении в стационар у больных в %	Боль в баллах по ВАШ на 9-10 день лечения у больных в %	Боль в баллах по ВАШ после лечения у больных в %
Основная группа (n-30)	6,2±0,6 (100%)	4,0±0,4 (100%)	2,4±0,6 (100%)
Контрольная группа (n-15)	6,0±0,4 (100%)	5,2±0,4 (100%)	4,1±0,3 (100%)

Через 10 дней после начала лечения уровень боли снизился у пациентов основной группы на 33,3% (с 6,2±0,6 до 4,0±0,4), а у пациентов контрольной группы на 20% (с 6,0±0,4 до 5,2±0,4). После окончания курса лечения уровень боли у пациентов основной группы снизился на 61,2%, у контрольной группы на 31,6%.

Таблица 2

Динамика основных показателей теста «САН» до и после лечения у больных с БНС (n-45)

Группа больных	Основные показатели теста «САН»					
	Самочувствие		Активность		Настроение	
	До лечен ия	После лечен ия	До лечен ия	После лечен ия	До лечен ия	После лечен ия
Основная группа (n-30)	28±08	52±8	24±7	54±4	22±6	59±5
Контроль ная группа (n-15)	29±4	47±6	23±7	48±6	23±3	52±4

По данным анализа показателей теста «САН», в основной группе произошло более выраженное, чем в контрольной группе, повышение показателей уровня самочувствия, активности и настроения. По шкале «самочувствие» на 24 балла в основной группе, а в контрольной на 18 баллов. Показатели «активности» возросли в основной группе на 30 баллов, в контрольной

на 25 баллов, а уровень настроения на 37 и 29 баллов соответственно.

Вывод: в результате проведенного исследования было показано, что у группы пациентов, получавших дополнительно к основному лечению скелетное вытяжение (аппарат «Финтэк-10») по сравнению с контрольной группой, отмечалось более выраженное ослабление интенсивности болевого синдрома и улучшение общего самочувствия, активности и настроения. Полученные положительные результаты свидетельствуют о целесообразности включения данного метода лечения (при отсутствии противопоказаний) в комплексную терапию больных, страдающих болями в нижней части спины.

Литература

1. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация (руководство) / Под ред. В.М. Боголюбова в 3 т.т. Москва, 2007.
2. Бодрова Р.А. Эффективность комбинированного физиотерапевтического воздействия при болях в спине / Р.А. Бодрова, А.А. Исмагилова // Нелекарственная медицина. – 2007. - №3. – С. 42-45.
3. Гольдблат Ю.В. Немедикаментозные методы лечения болевых синдромов / Ю.В. Гольдблат // Нелекарственная медицина. – 2007. - №3. – С. 20-25.
4. Гурленя А.М. Физиотерапия и курортология нервных болезней / А.М. Гурленя, Г.Е. Багель. - Минск, 1989. - 397 с.
5. Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия: Учебное пособие/ Под. ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. – 744 с.
6. Хабиров Ф.А. Лечебно-реабилитационные мероприятия при вертеброгенных болях / Ф.А. Хабиров, Ф.И. Девликамова, А.Г. Нугайбеков // Вертеброневрология. – 2002. - №1-2. - С.42-50.
7. Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника / Ф.А. Хабиров. – Казань: Мед., 2006. – 520 с.
8. Birklein F. Mechanism-based treatment principles of neuropathic pain / F. Birklein // Fortschr Neurol Psychiatr. – 2002. - №70(2). –Р.88-94.

019. ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД ПО РТ

Буренина Ирина Алексеевна, к.м.н., доцент кафедры реабилитологии и спортивной медицины ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

Исхакова Альфия Нурмухаметовна, врач - невролог высшей квалификационной категории клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ, заслуженный врач Республики Татарстан.

Реферат. Работа большинства сотрудников органов внутренних дел сопряжена с опасностями, которые порой приводят к потере сотрудником работоспособности и здоровья. В связи с этим, особое значение в медицинском обеспечении органов внутренних дел придается

мероприятиям медико-психологической реабилитации, направленным на сохранение и восстановление здоровья сотрудников.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, восстановительное лечение, здоровье здоровых, посттравматические стрессовые расстройства.

THE EXPERIENCE OF REHABILITATION CLINICAL HOSPITAL MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS OF THE REPUBLIC OF TATARSTAN

I.A. BURENINA, A.N. ISKHAKOVA

Abstract. The work of most police officers is associated with risks in a risk, which sometimes lead to loss of employee performance and health. In this regard, of particular importance in the medical care of internal affairs bodies attached to the activities of medical and psychological rehabilitation, aimed at preserving and restoring the health of police officers.

Key words: medical rehabilitation, health of healthy people, post-traumatic stress disorder, individual rehabilitation program.

Не секрет, что служебная деятельность личного состава органов внутренних дел сопряжена с опасностями и воздействием неблагоприятных факторов внешней среды. Специфические условия трудовой деятельности оказывают негативное влияние на физиологические функции организма и психологический статус сотрудников. [5,7]. Возникающие при этом состояния психической дезадаптации проявляются в снижении работоспособности, повышенной утомляемости, в нервно-психических и психосоматических нарушениях, таких как: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма и другие[4].

В настоящее время, в период реорганизации органов внутренних дел, чрезвычайно актуально проведение своевременных и эффективных профилактических мероприятий, направленных на сохранение и улучшения физической и умственной работоспособности сотрудников внутренних дел и их способности к качественному выполнению поставленных задач.

Чуть больше года в составе Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ функционирует отделение восстановительного лечения (реабилитации), рассчитанное на 25 коек. Основной целью работы отделения является не только выявление и лечение болезней, но и восстановление функциональных резервов организма, обеспечение условий для противодействия экстремальным факторам труда.

В связи с этим деятельность отделения восстановительного лечения ведётся в двух направлениях.

Первое направление – профилактическое, которое сосредоточено на проведении активных мероприятий, направленных на сохранение и восстановление здоровья у практически здоровых сотрудников органов внутренних дел, имеющих функциональные нарушения или преболезненные расстройства в результате

неблагоприятного воздействия факторов среды и профессиональной деятельности.

Второе направление – медицинская реабилитация сотрудников внутренних дел, уже имеющих заболевания органов дыхания, сердечнососудистой, нервной системы. Восстановительные технологии данного направления направлены как на специфическое долечивание основного заболевания, так и на проведение курсов профилактического лечения систематичностью 1-2 раза в год для предотвращения осложнений и рецидивов.

Хочется подчеркнуть, что соответствие с президентской программой «Здоровье работающего населения России на 2004 – 2015 гг.», главный акцент в работе отделения восстановительного лечения делается на развитии профилактического направления с целью сохранении здоровья практически здоровых сотрудников.

Для реализации этой стратегии совместно с кафедрой реабилитологии и спортивной медицины Казанской государственной медицинской академии мы разработали и внедрили в практику работу отделения новые здоровьесберегающие технологии, основанные на последних научно-технических достижениях и передовом опыте медицинских учреждений аналогичного профиля, показавшие на практике свою высокую эффективность.

Основу комплекса оздоровительных мероприятий составляют методики, повышающие общую неспецифическую резистентность организма к повреждающим факторам окружающей среды (в первую очередь профессиональной) и замедляющие процессы старения, позволяющие увеличить продолжительность жизни.

Разработанные нами программы восстановительного лечения состоят из медикаментозного лечения и активного использования методов физической реабилитации, а так же применения средств традиционной медицины, таких как ароматерапия и гирудотерапия. Продолжительность выполнения большинства программ – от 12 – 14 дней.

Базовая (обязательная) лечебно-реабилитационная программа для всех пациентов, поступающих на восстановительное лечение в отделение, включает в себя следующие факторы:

- **Лечебное питание.** В состоянии стресса нервная и эндокринная системы требуют повышенного расходования многих биологически активных веществ и в первую очередь витаминов. В связи с этим в рационе пациентов, находящихся на реабилитации, увеличено содержание овощей и фруктов [2,10].

- **Занятия лечебной гимнастикой** в виде групповых и индивидуальных занятий являются одним из важнейших методов восстановительного лечения, использующим физические упражнения как средство сохранения организма человека в деятельном состоянии, стимуляции внутренних резервов, предупреждения и лечения болезней, вызванных вынужденной гиподинамией [6, 10]. При составлении комплекса лечебной гимнастики был сделан акцент на дыхательных упражнениях, упражнениях на расслабление и релаксацию, а также на подборе соответствующего музыкального сопровождения.

• **Массаж** оказывает разнообразное физиологическое воздействие на организм. Нервная система первая воспринимает действие массажа, т.к. в коже находится огромное количество нервных окончаний. Применяя различные приемы массажа, можно снижать или повышать нервную возбудимость, улучшать трофику тканей, а также влиять на деятельность внутренних органов. Массаж вызывает расширение функционирующих капилляров, раскрытие резервных капилляров, благодаря чему усиливается кровоток не только массируемого участка, но рефлекторно и внутренних органов. Раскрытие резервных капилляров под влиянием массажа способствует улучшению перераспределения крови в организме, что облегчает работу сердца [6, 10].

• **Сеансы инфракрасной массажной стимуляции** (массажная кровать «NUGA-BEST NM 5000»). При воздействии тепловой энергии инфракрасных лучей и периодического роликового механического воздействия на заднюю поверхность тела человека происходит стимуляция нервных окончаний, возникает поток импульсной активности в структуры подкорки и коры головного мозга. При этом снижается уровень возбудимости коры головного мозга, снимается утомление и нервно-мышечное напряжение, происходит мобилизация собственных естественных защитных сил организма [10].

• **Сеансы галатерапии** - лечение искусственным микроклиматом соляных шахт. Помимо основных лечебных эффектов: бронходрирующего, противовоспалительного, гипосенсибилизирующего, данный метод оказывает гипотензивное и седативно-релаксирующее воздействие, снимая физический и психоэмоциональный дискомфорт [2,6].

• **Энтеральная оксигенотерапия** (кислородные коктейли) применяются для улучшения физической и умственной работоспособности, восстановления после стресса и физических нагрузок, лечения и профилактики состояний, характеризующихся хронической гипоксией [6, 10].

• **Другие виды физиолечения** - 2-3 вида процедур по показаниям.

Для оценки эффективности проводимого курса восстановительного лечения мы применяем психометрическое тестирование, которое включает: Опросник САН, тест «Уровень невротизации» и опросник здоровья SF-36.

Таблица 1

Динамика уровня невротизации по тесту «Уровень невротизации» до и после проведения восстановительного лечения у пациентов ОВЛ (n-50)

Группа больных	Уровень невротизации	
	До проведения восстановительного лечения	После проведения восстановительного лечения
Пациенты ОВЛ (n-50)	-32 ± 5	+25 ± 6

К примеру, уровень невротизации 50 пациентов, поступивших на лечение в отделение восстановительного лечения по тесту «Уровень невротизации» составлял -32 ± 5 баллов, что соответствовало высокому уровню невротизации и являлось свидетельством выраженной эмоциональной возбудимости и наличия негативных переживаний (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность) у данных пациентов [4].

После проведенного реабилитационного лечения уровень невротизации стал $+25 \pm 6$, что соответствует неопределенному и пониженному уровню, при котором отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний (спокойствие, оптимизм). Оптимизм и инициативность, простота в реализации своих желаний формируют чувство собственного достоинства, социальную смелость, независимость, легкость в общении и связанную с этими качествами хорошую стрессоустойчивость [4,10].

Наиболее часто для оценки эффективности восстановительного лечения мы используем опросник «САН», который предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (по первым буквам этих функциональных состояний) [4,10].

Таблица 2

Динамика основных показателей теста «САН» до и после проведения восстановительного лечения у пациентов ОВЛ (n-70)

Группа больных	Основные показатели теста «САН»					
	Самочувствие		Активность		Настроение	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Пациенты ОВЛ (n-70)	32±8	52±6	28±7	60±8	22±6	59±4

По данным анализа показателей теста «САН», у пациентов после окончания курса восстановительного лечения произошло выраженное повышение показателей уровня самочувствия, активности и настроения. По шкале «самочувствие» на 20 баллов, показатели «активности» возросли на 32 балла, а уровень настроения на 37 баллов.

Полученные положительные результаты исследования свидетельствуют об эффективности предложенной программы реабилитации. Итогом проведенного восстановительного лечения является нормализация психоэмоционального статуса (по тесту «Уровень невротизации») и рост положительной оптимизации оценки собственного здоровья (повышение активности, самочувствия и настроения по тесту САН).

Литература

1. Бобровницкий И.П. Методологические основы разработки технологий оценки и коррекции функциональных резервов в сфере восстановительной медицины и курортологии. // Актуальные проблемы

восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии Москва. – 2006. – С. 16 – 19.

2. Восстановительная медицина / под ред. В.Г. Лейзерман, О.В. Бугровой, С.И. Красикова. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 411 с.

3. Зайцев В.П. Современные психодиагностические технологии в восстановительной медицине Материалы Первого Всероссийского съезда врачей восстановительной медицины. М., 2007, с. 103.

4. Организация внеплановых медицинских и психодиагностических осмотров (обследований) сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, принимающих участие в выполнении оперативно-служебных, служебно-боевых и иных задач, сопряженных с опасностью для жизни и причинению вреда здоровью в особых условиях: методическое пособие / Министерство внутренних дел Российской Федерации, департамент тыла; сост.: Н.И. Мягких, А.И. Ермачков, А.И. Адаев, А.В. Каляев, Е.Л. Усольцева. – М., 2007. – 38 с.

5. Пажильцев И.В. Психологические особенности личности сотрудников спецподразделений МВД России – участников контртеррористической операции на Северном Кавказе и их психотерапевтическая коррекция: автореферат дис. канд. психологических наук / И.В. Пажильцев. – Санкт-Петербург, 2007. – 20 с.

6. Медицинская реабилитация / Под ред. В.М. Боголюбова в 3 т.т. Москва, 2007.

7. О IV Всероссийском конгрессе "Профессия и здоровье". Программа "Здоровье работающего населения России на 2004-2015 гг." // Прил. к журн. "Безопасность жизнедеятельности". – 2006. – № 2. – С. 2-16

8. Профилактика профессиональной деформации личности сотрудника органов внутренних дел: Методическое пособие / Под общ. ред. В.М. Бурыкина. – М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2004. – 144 с.

9. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. – М.: Медицина, 2004 – 400с.

10. Учебник по восстановительной медицине под редакцией А.Н. Разумова, И.П. Бобровниченко, А.М. Василенко. – Москва. Восстановительная медицина, 2009. – 648 с.

020. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ – КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

Поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по РТ».

Аида Габдулловна Валеева – заместитель начальника поликлиники по организационно-методической работе поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по РТ», Казань, Россия, (843)291-37-11, e-mail: aidochka59@rambler.ru

Лилия Камиловна Хусаинова – заведующая терапевтическим отделением №1 поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по РТ», Казань, Россия, (843)291-23-92.

Светлана Алексеевна Якимец – заведующая терапевтическим отделением №2 поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по РТ», Казань, Россия, (843)291-30-61, e-mail: lanastar2011@mail.ru

Елена Федотовна Мерикова – заместитель начальника поликлиники по лечебной работе поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по РТ», Казань, Россия.

Реферат. Представлен анализ проведения диспансеризации среди аттестованных сотрудников. Выявлено, что за пятилетний отчетный период охват профилактическими

осмотрами возрос. За счет формирования профилактической бригады увеличился объем проводимых обследований во время профосмотров.

Ключевые слова: диспансеризация, профилактические осмотры, поликлиника МСЧ МВД

CHECK –UP – AS EFFECTIVE METHOD OF SAVING HEALTH SYSTEM OF PREVENTIVE MEDICINE

A. G. Valeeva, L. K. Husainova, S. A. Yakimez, E. F. Merikova, 2012

Policlinic of Medico-Sanitary Unit of Ministry of Affair of Republic of Tatarstan, Kazan

Abstract. The analysis of the clinical examination of qualified employees. Found that over a five year period coverage of prevention inspections increased. By forming preventive teams increased the volume of surveys conducted during prophylactic examinations.

Keys: clinical examination, inspection, clinic MSU MIA

Основной целью ведомственного здравоохранения в системе МВД является сохранение и улучшение здоровья личного состава. Пройдя строгий отбор через военно- врачебную комиссию, на службу поступает здоровый контингент. Исходя из этого, перед амбулаторно-поликлинической службой региональных медико-санитарных частей стоит одна из важнейших задач - разработка мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья личного состава органов внутренних дел и в первую очередь, аттестованных сотрудников. Это способствует повышению их социальной защищенности, возможности получения ими медицинской помощи необходимого уровня и качества.

Одним из важных и эффективных в комплексе медицинских профилактических мероприятий существующих в ведомственном здравоохранении МВД России является диспансеризация. Это прежде всего медицинский контроль здоровья, который является основой лечебно –профилактического обеспечения личного состава и представляет собой систему специальных методов изучения влияния на организм сотрудников условий их труда, жизни, быта, а также коррекции факторов отрицательно влияющих на здоровье личного состава.

К поликлинике МСЧ МВД РФ по Республике Татарстан в г. Казани в соответствии с приказом МВД РФ от 8 ноября 2006 г. №895 « Об утверждении Положения об организации медицинского обслуживания и санаторно-курортного лечения в медицинских учреждениях системы МВД России» на медицинское обслуживание прикреплены следующие категории лиц:

- Сотрудники органов внутренних дел Российской Федерации;
- Сотрудники Государственной противопожарной службы МЧС России;
- Сотрудники уголовно-исполнительной системы;
- Сержанты, старшины, солдаты, проходящие военную службу во внутренних войсках МВД по призыву;
- Гражданские служащие МВД России, ФМС России, уголовно-исполнительной системы, Государственной противопожарной службы МЧС России;
- Пенсионеры МВД;
- Члены семей аттестованных сотрудников МВД.

Таблица 1

**Структура обслуживаемого контингента
представлена в таблице**

прикрепленный контингент	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.
Аттестованные сотрудники ОВД Каз.гарнизона	11026 40,6%	11432 52,4 %	11411 52,3%	11211 53,1%	10630 50%
Аттестованные сотрудники УФСИН	1954 7,2%	2139 9,8%	2338 10,7%	2145 10,2%	2251- 10,6%
Аттестованные сотрудники МЧС	1106 4,1%	1298 5,9%	1099 5,0%	1450 6,8%	1140 6,8%
Сотрудники в/ч (по контракту)	1405 5,2%	1405 6,4%	689 3,2%	744 3,5%	720 3,4%
Пенсионеры МВД	5307 19,5%	1318 6,0%	1318 6,0%	1381 6,5%	1881 8,8%
Вольнонаемные сотрудники	1858 6,8%	1288 5,9%	1275 5,7%	1270 6,0%	1371 6,4%
Члены семей сотрудников	4500 16,6%	2919 13,6%	2919 17,1%	2919 13,8%	2980 14%
Итого	27147	21799	21049	21120	20973

Исходя из структуры, диспансеризация проводится по категориям прикрепленного контингента.

1. Диспансеризация аттестованных сотрудников ОВД Казанского гарнизона.

Данной категории проводится ежегодный профилактический осмотр в исполнении приказов МВД РФ № 895 от 30.11.2006года « Об утверждении Положения об организации медицинского обслуживания и санаторно-курортного лечения в медицинских учреждениях системы МВД России»,

МЗ и СР РФ №302н от 12.04.2011г. « Об утверждении перечней вредных и

(или) опасных производственных факторов и работ, при которых проводятся

обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда», МЗ СССР № 770 от 1982 г. « О всеобщей диспансеризации».

Учитывая влияние на здоровье аттестованных сотрудников условия служебной деятельности, социальных факторов и прочие вопросы, в проведении диспансеризации, анализе результатов контроля здоровья должны участвовать, кроме медицинских работников, и руководство подразделений, их кадровые аппараты.

В начале календарного года составляется предварительный график профосмотров, согласованный начальником поликлиники, начальником МСЧ МВД и заместителем министра по тылу. Участковый врач извещает через служебные письма руководство подразделений о сроках профосмотра, объеме проводимых обследований. Перед началом профилактических осмотров заведующий профбригадой встречается с руководством подразделений и корректирует время и условия проведения профосмотров. Представители кадровых служб до начала профосмотров составляют (уточняют) списки личного состава подразделений. Психологи подразделений представляют служебную характеристику на отдельных сотрудников с отклоняющимся от принятых норм поведением. Заведующий профбригадой регулярно предоставляет информацию руководству подразделения, в кадровые аппараты о ходе выполнения графика профилактических осмотров.

Результаты профилактических осмотров аттестованных сотрудников ОВД Казанского гарнизона за 2007- 2011гг. представлены в таблице.

Таблица 2

	2007	2008	2009	2010	2011
Подлежало осмотру	11098	11292	11293	11211	10091
Осмотрено	10912	10228	11053	11089	9959
Осмотрено в %	98,3	90,6	97,8	98,9	98,7
Подлежало ФЛ	11098	11292	11293	11211	10091
Прошло ФЛ	10912	10228	11053	11089	9959
Охват ФЛ в %	98,3	90,6	97,8	98,9	98,7
Подлежало осмотру женщин	2057	2040	2670	2343	2310
Осмотрено женщин	2031	2001	2654	2317	2292
Осмотрено женщин в %	98,7	98,0	99,4	98,9	99,2

Стабильно охват профилактическими осмотрами составляет 97 %-98%,

осмотр женщин гинекологом незначительно выше 98.0- 99.2 %.

Для улучшения качества проведения ежегодных медицинских осмотров, в 2010г. сформирована **профбригада**, которая проводит диспансеризацию на местах дислокации подразделений. В состав этой бригады входят:

- 2 врача-терапевта: один проводит профосмотр в подразделении, второй в поликлинике ведет прием сотрудников, по каким либо причинам, не прошедших диспансеризацию в плановом порядке;

- 2 медсестры, одна из которых снимает ЭКГ;

- узкие специалисты в составе: врача невролога, офтальмолога, отоларинголога, хирурга, психиатра (соответствии с приказом МВД РФ № 895 от 2006г.)

Состав врачебной бригады, участвующий в профосмотре аттестованных сотрудников отличается присутствием врача психиатра. Учитывая отрицательное влияние на здоровье аттестованных сотрудников такого фактора как психо-эмоциональная напряженность, обусловленная риском для жизни, характером боевой работы необходимо раннее выявление пограничных состояний психического здоровья.

В соответствии с графиком диспансеризации организован забор крови в дополнительное время и проведение ФЛГ легких.

Итогом профилактических осмотров является **распределение на группы здоровья**. По результатам распределения на группы здоровья определяется дальнейшая направленность профилактических мероприятий и объем медицинской помощи каждому прошедшему профилактический осмотр.

Группа 1- «Здоровые» лица, не имеющие каких-либо заболеваний и патологических отклонений, отражающихся на работоспособности.

Группа 2 – «Практически здоровые» лица, имеющие заболевания или нарушения, связанные с возрастными изменениями, не снижают работоспособности.

Группа 3 – «Нуждающиеся в систематическом врачебном наблюдении». Лица, имеющие хронические заболевания, которые дают периодические обострения и снижают работоспособность, но не препятствующие прохождению дальнейшей службы. Такие лица требуют систематического наблюдения для проведения своевременных лечебных мероприятий в условиях поликлиники или стационара.

Распределение по группам здоровья аттестованных сотрудников за 2007- 2011 гг. представлены в таблице

Таблица 3

Группы здоровья	2007	2008	2009	2010	2011
1	51,7%	49,3%	45,5%	42%	41,6%
2	32,2%	34,2%	38,2%	41%	40,7%
3	16,1%	16,2%	16,3%	17%	17%

Как видно из таблицы за 5 лет отмечается рост численности II - III групп здоровья и снижения I гр. здоровья. Это объясняется более тщательным проведением профилактических осмотров и большим объемом обследований во время профилактических осмотров.

Определение группы здоровья – это итог медицинского осмотра и начало диспансерного наблюдения. Лица, отнесенные к III группе, подлежат динамическому наблюдению у врачей специалистов. На каждого диспансерного пациента заводится контрольная карта ф.030, в которой отмечаются явки пациентов. В амбулаторной карте пациента, подлежащего динамическому наблюдению, расписывается комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий. Он включает объем диагностических обследований для уточнения диагноза, обследование «узких» специалистов, назначение и коррекция амбулаторного лечения, при

необходимости госпитализация в стационар или санаторно-курортное лечение. Кратность явки к участковому терапевту составляет 2-3 раза в течение года.

2. Диспансеризация аттестованных сотрудников ГУФСИН

2 терапевтических участка обслуживают аттестованных сотрудников

ГУФСИН. С 2009 года график профилактических осмотров составляет

методдел УФСИН. Количество подлежащих осмотру увеличилось за

счет аттестованных сотрудников, работающих по всей Республике

Татарстан.

Результаты профилактических осмотров аттестованных сотрудников

ГУФСИН за 2007-2011 гг. представлены в таблице

Таблица 4

	2007	2008	2009	2010	2011
Подлежало осмотру	2053	2139	2216	2145	2372
Осмотрено	1972	2017	2142	2010	2077
Осмотрено в %	96,1	94,3	96,6	93,7	87,6
Подлежало ФЛ	2053	2139	2216	2145	2372
Прошло ФЛ	1972	2017	2142	2010	2132
Охват ФЛ в %	96,1	94,3	96,6	93,7	89,9
Подлежало осмотру женщин	529	497	521	508	377
Осмотрено женщин	529	464	515	493	355
Осмотрено женщин в %	100,0	93,4	94,7	97,0	94,2

3. Диспансеризация аттестованных сотрудников МЧС

Для аттестованных сотрудников МЧС сформирован 1 терапевтический участок.

Результаты профилактических осмотров аттестованных сотрудников

МЧС за 2007-2011 гг. представлены в таблице

Таблица 5

	2007	2008	2009	2010	2011
Подлежало осмотру	1021	1298	1371	1456	1440
Осмотрено	1001	1283	1356	1426	1435
Осмотрено в %	98,0	98,8	98,9	97,9	99,6
Подлежало ФЛ	1021	1298	1371	1456	1440
Прошло ФЛ	1001	1283	1356	1426	1435
Охват ФЛ в %	98,0	98,8	98,9	97,9	99,6
Подлежало осмотру женщин	126	132	152	152	179
Осмотрено женщин	115	129	144	144	168
Осмотрено женщин в %	91,3	98,0	94,0	94,7	93,8

Как видно из табличных данных процент прошедших профилактический осмотр стабилен и составляет 98,0% (2007г)

- 99,6 % (2011г.)

3. Диспансеризация аттестованных сотрудников сельских ОВД.

На профбригаду поликлиники МСЧ МВД РТ г. Казани возложена

функциональная обязанность - проведение профилактических осмотров

аттестованных сотрудников в 23 ОВД сельских районах Республики

Татарстан. Диспансеризация проводится в весенне-летний период календарного года. Графики проведения профосмотров также предварительно согласовываются

участковыми терапевтами с руководителями подразделений районных ОВД.

Результаты проведения профилактических осмотров аттестованных сотрудников сельских ОВД по Республике Татарстан за 2007 – 2011 гг. представлены в таблице.

Таблица 6

	2007	2008	2009	2010	2011
Подлежало осмотру	3167	3159	3152	3243	2690
Осмотрено	3067	3125	3039	3211	2676
Осмотрено в %	97,0	98,9	96,4	98,9	99,5
Подлежало ФЛ	3167	3159	3164	3243	2690
Прошло ФЛ	3082	3125	3125	3243	2690
Охват ФЛ в %	98,7	98,9	98,6	100	100,0
Подлежало осмотру женщин	434	321	441	372	325
Осмотрено женщин	430	304	422	368	322
Осмотрено женщин в %	99,0	95,0	95,0	98,9	99,1
Состоит на «Д» учёте	383	449	274	344	237
В/в на «Д» учёт	72	52	28	31	21

Из таблицы видно, что охват профосмотром повысился с 97,0% в 2007г. до 99,5% в 2011 году. Это связано с возросшими требованиями к проведению диспансеризации, повышение ответственности со стороны руководителей

поликлиники и подразделений ОВД.

Выводы: 1. Диспансеризация – единая система постоянного наблюдения за состоянием здоровья каждого сотрудника. Это один из важных и эффективных методов в комплексе медицинских профилактических мероприятий существующих в ведомственном здравоохранении МВД России.

2. За последние 5 лет сохраняется устойчивая тенденция к росту охвата профилактическими осмотрами сотрудников ОВД Казанского гарнизона

(на 0,4%), сотрудников сельских ОВД (на 3,3%).

3. Благодаря внедрению профбригады в проведение диспансеризации аттестованных сотрудников, отмечается повышение качества осмотров, объема обследований, что позволяет выявлять заболевания на ранних стадиях

Литература

1. В.М.Шипова, С.М.Смбатян, О.Н.Гаенко, А.Н.Плутницкий. Дополнительная диспансеризация работающих граждан: эффективность врачебных осмотров и дальнейшее

ведение пациентов //Заместитель главного врача. – 2011 - №11 – С. 16- 20.

2. Вопросы профилактики заболеваний и контроля здоровья личного состава органов внутренних дел // Медицинское Управление МВД России. Научно – исследовательский центр проблем медицинского обеспечения. Учебно-методическое пособие, Москва – 1998г.-С. 75 – 88.

1. V.M.Shipova, S.M.Smbatjan> O.N.Gaenko, A.N.Plutnickii. Additional health examinations of working citizens: the effectiveness of medical examination and further management of patients // Deputy Chief Physician – 2011 - №11 – p. 16- 20.

2. On disease prevention and control of health personnel of internal // Medical Department of the Interior of Russia. Scientific - Research Center for Problems of medical care. Teaching aid, Moscow – 1998 – p75-88

021. ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ ПОЛИЦИИ, ИМЕЮЩИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ, ЗА ПЕРИОД С 2007 ПО 2011 ГОДЫ.

ФКУЗ МСЧ МВД России по РТ

Ольга Владимировна Ермакова – заведующая неврологическим кабинетом

поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по РТ», Казань, Россия, (843)291-35-84, e-mail:olga.o-ermakova@yandex.ru

The dynamics of health officers who have neurological disorders for the period 2007-2011

Head of the neurological department clinics FKUZ MSU Russian Interior Ministry in the RT

O.V.Ermakova

Реферат. Неврологическое отделение поликлиники МСЧ МВД по Республике Татарстан является медицинским подразделением медико-санитарной части, предназначенной для проведения диагностической и лечебной работы в МВД по Республике Татарстан в мирное и военное время. Проведен анализ деятельности работы неврологического отделения за период с 2007 по

2011 г.г., по результатам которого установлено, что одной из причин заболеваний нервной системы сотрудников как правило, являлось молниеносное течение вновь выявленного заболевания, травматизм и воздействие длительной психотравмирующей ситуации.

Abstract. Neurological department clinic MSU Police in RT is the medical division of medical - sanitary unit, designed for diagnostic and clinical work in the RT police in peacetime and wartime. The analysis of the work of the neurological department for the period 2007-2011. The results of which revealed that one of the causes of diseases of the nervous system employees are generally fulminant new diagnoses of diseases, injuries and long-term impact of traumatic situations.

Ключевые слова: заболевания нервной системы, анализ, психотравмирующая ситуация, травматизм.

Key words: diseases of the nervous system, analysis, psychological injury, traumatics.

Неврологическое отделение — ведет лечебную, профилактическую работу, научно-методическую работу среди работающих сотрудников полиции, членов их семей, пенсионеров.

Цели и задачи врачей, работающих в неврологическом отделении поликлиники МСЧ МВД России по РТ, всегда зависели от состояния социально-политической и экономической обстановки в стране, наличия людских ресурсов, степени демократизации общества и других условий. Главное место в работе докторов отделения занимает медицинский аспект:

- медицинский аспект — четкое выявление нозологической формы,
- верификация диагноза на основании назначенных инструментальных исследований, с его составными частями,
- лечение с учетом осложнений и прогноза заболевания,
- большое значение уделяется профилактике заболеваний и их осложнений,
- реабилитация.

Социальный аспект — восстановление трудоспособности, возвращение сотрудников полиции в строй. Реабилитация и сохранение на военной службе квалифицированных специалистов.

При обращении пациента к врачу неврологу проводится оценка состояния здоровья и физического развития.

Цели:

- 1) Выявление патологии.
- 2) Назначение необходимых обследований.
- 3) Назначение лечения.

Задачи:

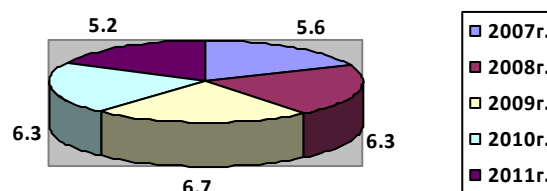
- 1) Профилактика возникновения заболеваний, осложнений.
- 2) Научная разработка диагностических подходов к постановке диагноза, лечению и профилактики и реабилитации.

Цель исследования: изучить динамику состояния здоровья среди сотрудников полиции за период 2007-2011 гг.

При обращении к врачу неврологу детально собирается анамнез, проводится осмотр. На основании вышеизложенного выставляется предварительный

диагноз. И для подтверждения диагноза назначаются клиничко-лабораторные и инструментальные исследования. Ведется динамическое наблюдение за время амбулаторного лечения. При отсутствии положительной динамики, больной направляется в клинический госпиталь МСЧ ВМД России по РТ в неврологическое отделение

Нагрузка на врачей неврологов за период с 2007г - 2011г.



Из представленной диаграммы видно, что нагрузка на врача невролога за истекший период уменьшилась. Это связано с сокращением количества аттестованного состава в связи с проводимой реформой в системе МВД за период с 2010 по 2011 год, а также укомплектованность штатами неврологического отделения.

Таблица 1

Динамика численности личного состава МВД представлена в виде таблицы 1 и рисунка 1.

Динамика численности личного состава и медицинского освидетельствования

Показатели	2007	2008	2009	2010	2011
Количество личного состава МВД по РТ	23429	24029	23489	21447	18590
Общее количество посещений к неврологу	15246	19915	23474	21120	22076

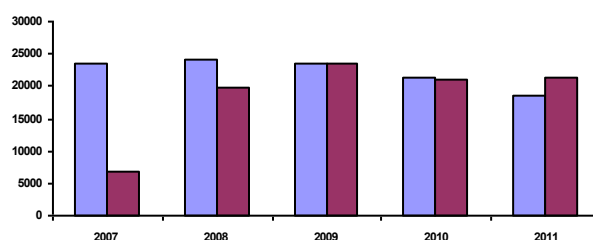


Рисунок 1. Динамика численности личного состава МВД и общее количество посещений к врачу невропатологу.

Согласно представленным выше цифровым показателям отмечается тенденция к снижению численности сотрудников полиции и рост количества посещений к врачу невропатологу.

Исходя из данных таблицы №1 отмечается снижение общего количества личного состава МВД по РТ за период 2007 — 2011 год на 20,7%. Данный факт обусловлен проводимой реформой в системе МВД за период с 2010 по 2011 год.

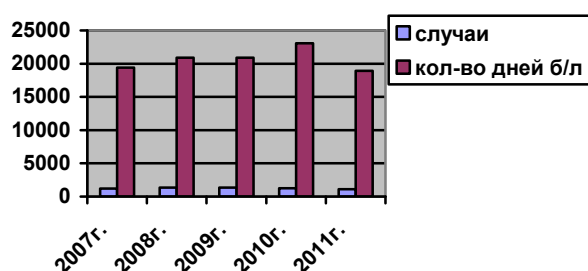
Таблица № 2

**Структура неврологических заболеваний
в случаях**

№	Наименование классов заболеваний	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.
		МВД по РТ	МВД по РТ	МВД по РТ	МВД по РТ	МВД по РТ
1	Шейный остеохондроз	240	240	291	222	204
2	Грудной остеохондроз	60	68	53	51	43
3	Пояснично-остеохондроз	493	622	546	536	553
4	Сосудистые заболевания ЦНС	224	260	294	307	181
5	ОНМК	11	5	8	5	6
6	Периф.заболевания ЦНС	22	25	36	32	36
7	СГМ	108	95	63	69	43

По данным таблицы видно, что на первом месте по росту заболеваний у сотрудников органов внутренних дел стоят заболевания поясничного отдела позвоночника, на втором месте - болезни периферической нервной системы. По остальным нозологическим формам отмечается снижение заболеваемости. (Таблица 2). Рост данной патологии говорит о том, что увеличился объем работы, возросли психо-эмоциональные нагрузки, особенно среди сотрудников, несших службу в Северо-Кавказском Регионе.

Также проведен анализ заболеваемости временной утраты нетрудоспособности:



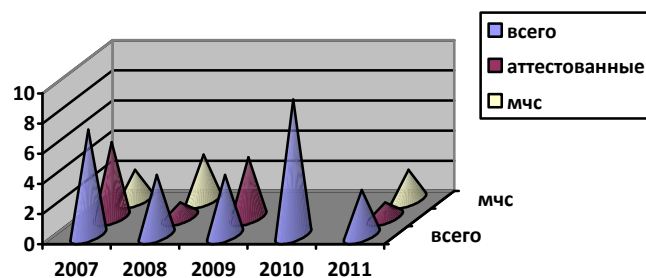
Из диаграммы видно, что число случаев заболеваний остается на одном уровне, но уменьшаются сроки пребывания на листе нетрудоспособности, что свидетельствует о правильно и своевременно установленном диагнозе, проведенном адекватном лечении.

Большое значение имеют клинический прогноз (ближайший и отдаленный), основанный на анализе результатов лечения, обратимости морфологических и функциональных нарушений, характера течения заболевания и его осложнений, частоты обострений.

Не при каждом заболевании современные методы объективного исследования позволяют достоверно оценить нарушение функций (например, при остеохондрозе позвоночника, плоскостопии, рассеянном склерозе, объемных процессах и др.). В этих случаях степень выраженности анатомических изменений, выявляемых методами лучевой диагностики, пункционной биопсии и др., что позволяет более точно определить клинический прогноз и прогноз заболевания в отношении исполнения лицом обязанностей военной службы (трудовой прогноз).

Существуют заболевания, при которых сам факт установления диагноза определяет неблагоприятный прогноз в отношении исполнения обязанностей военной службы и соответственно негодность к военной службе при медицинском освидетельствовании (шизофрения, злокачественные опухоли, SD, ОНМК и др.). Для решения экспертных вопросов сотрудники направляются на военно-врачебную комиссию.

На представленной диаграмме отображена положительная динамика уровня здоровья аттестованных сотрудников МВД, в виде уменьшения количества направленных на освидетельствование военно-врачебной комиссией и признанных не годными к дальнейшей службе за период с 2007г. по 2011 г.



Выводы:

За 2007 –2011гг. количество лиц, осмотренных невропатологами поликлиники имеет тенденцию к снижению. Данный факт можно связать с проводимой реформой в органах МВД.

Нагрузка на врача в день составляет 25 –30 человек, что соответствует приказу № 523 МВД РФ от 14 июля 2010г.

Показатели качества лечения, реабилитации сотрудников МВД – хорошие. Но отмечается незначительный рост сосудистых заболеваний, заболеваний периферической нервной системы, заболеваний поясничного отдела позвоночника. Данное обстоятельство лишний раз подтверждает, что работа сотрудника полиции сопряжена с наличием повышенной физической нагрузки, нахождение в зоне повышенного риска, факторов переохлаждения, что приводит к психоэмоциональному перенапряжению, которое приводит к различным психосоматическим заболеваниям.

Активно проводилась работа по улучшению преемственности между поликлиникой и клиническим госпиталем МСЧ МВД по РТ и ВВК, совместные занятия по изучению приказов и нормативных актов.

Благодаря работе медицинского отдела ФКУЗ МСЧ МВД России по РТ были заключены договора с медицинскими учреждениями, такими как МКДЦ, РКБ 1, РКБ 2, госпиталем ветеранов войн, РКБВЛ и др. Все это позволило улучшить диагностические возможности выявления заболеваний, постановки диагнозов, оперативного, реабилитационного лечения.

Задачи:

Исходя из выше изложенного:

- необходимо учитывать те факторы риска, влияющие на формирование патологии у сотрудников МВД.

- на всех этапах диагностического поиска необходимо учитывать клинические проявления, данные клинико-лабораторных, инструментальных обследований, и назначать соответствующее лечение с учетом индивидуальных особенностей организма пациента, а также необходимо учитывать воздействие на организм факторов риска, способствующих возникновению патологии.

- внедрять научные разработки.

- при лечении, реабилитации и профилактике заболеваний учитывать так же степень выраженности анатомических изменений, выявляемых методами лучевой диагностики, пункционной биопсии и др. Все это позволит более точно определить клинический прогноз и прогноз заболевания в отношении исполнения лицом обязанностей военной службы (трудовой прогноз).

Литература:

1. Абдурахманов Р.А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана /Р.А. Абдурахманов //Психологический журнал. — М., 1992.-т. 13.-№ 1. — с. 131-134.

2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства /Ю.А. Александровский //М., 2000. 496 с.

3. Архипов А.А. К вопросу о реабилитации участников боевых действий в Афганистане /А.А. Архипов// Профилактика основа современного здравоохранения: матер. XXXVIII межрегиональной науч.-практ. конференции врачей. - Ульяновск, 2003. - с. 113-114.

4. Архипов А.А. Организационные аспекты лечебно-профилактической и медико-социальной помощи участникам боевых действий и контртеррористических операций: Автореф. дис. . канд. мед. наук. /А.А. Архипов: Рязань., 2005. 24 с.

5. Бруй Б.П. Особенности смертности населения трудоспособного возраста в Российской Федерации /Б.П. Бруй, В.И. Дмитриев //Здравоохранение РФ. 1998.- № 6.-с. 44-47.

6. Бубочкин Б.П. Особенности эпидемиологической ситуации в ИТУ /Б.П. Бубочкин // Пробл. туб. 1995. - № 3. - с. 7-9.

7. Бурцев Е.М. Отдаленный период военной черепно-мозговой травмы /Е.М. Бурцев, А.С. Боброва //М.: Медицина. 1986. - с. 67.

8. Василков М.Е. Психологическая подготовка сотрудников ОВД к действиям в особо сложных условиях /М.Е. Василков // Актуальные Проблемы общественной безопасности. — Иркутск, 1996. — с. 81-81.

9. Вахненко А.А. Психосоматические расстройства у сотрудников органов внутренних дел /А.А. Вахненко, И.В. Прищепа, И.С. Артемьева и др. //Актуальные вопросы развития ведомственной медицины МВД России. Научн. практ. конф. — С.Пб. — 2006. с. 75-76.

10. Вахов В.П. Профилактика состояний психоэмоционального напряжения у сотрудников правоохранительных органов /В.П. Вахов, И.В. Колос, Н.А. Лопушанская /<http://psy.piter.com/library/?tp=1&rd=3&l=203>

11. Галанова Г.И. Методологические основы системы обеспечения качества медицинской помощи населению: дис. д-ра мед. наук / Г.И. Галанова.— М., 2000. 268 с.

12. Гальцев Д.Г. Возрастные особенности и коррекция нервно-психического состояния сотрудников и пенсионеров МВД России: Автореф. дис. . канд. мед. наук. /Д.Г. Гальцев: СПб., 2004. 24 с.

13. Головкин В.И. Взрывная травма головного мозга неврологического профиля /В.И. Головкин, М.М. Одинак, Ю.А. Шулаев //Л.: Военно-медицинская академия. 1990. — с. 47.

14. Гулевич Э.А. Алгический синдром как вариант маскированной депрессии, его вариативность и развитие ипохондрического синдрома у сотрудников ОВД /Э.А. Гулевич, Л.В. Гулевич // Медицинский вестник МВД. 2006. - № 1. - с. 27-29.

15. Деев Н.Н. Совершенствование санаторно-восстановительного лечения сотрудников МВД России /Н.Н. Деев //Матер, международной науч.-практ. конференции. М., 2004. - с. 34-35.

16. Копейкин Н.Ф. Условия труда и заболеваемость сотрудников органов внутренних дел / Н.Ф. Копейкин, В.М. Белянский // Гигиена и санитария. 2002. - № 2. - с. 37-38.

17. Altsiferova, Ye.S. Kompleksnaya otsenka fizicheskogo razvitiya kandida

srednego obshchego obrazovaniya: avtoref. diss. kand. med. nauk. SPb., 2007. - 22 s.

18. Amirov N.B., Vizel A.A., Potapova M.V., i dr. Chastota i osobennosti formirovaniya gipert

meditsiny .-2008.-Tom

I.-vypusk 1 .-S.93-95

19. Amirov N.B., Vizel A.A., Potapova M.V., i dr. Os

meditsiny.-2008.-Tom

I.-vypusk 1 .-S.95-98 20. Akhmedov, M.R. Zdorovye malchikov budushchikh zashchitnikov otechestva / M.R. Akhmedov // Aktualnye problemy pediatrii: sbornik materialov XI Kongressa pediatrov Rossii (5-8 fevralya 2007 g., Moskva. - М., 2007. - S. 37-38.

21. Akhmedov, M.R. Sostoyanie zdorovya i otsenka gotovnosti k v

oblasti): avtoref. dis. . kand. med. nauk. SPb., 2007. - 20 s.

22. Vestnik Mezhnatsional'nogo tsentra issledovaniya kachestva zhizni. — 2003. — № 1.-S. 35-44. 23. Ganishev A.V., Fedorova Ye A.A. Voenno-vrachebnaya ekspertiza pri stenokardii // Metodicheskoe posobie, M., 2007. -27 s.

24. Znachimost faktorov, opredelyayushchikh gruppuy zdorov'ya podrostkov / M.M. Tsvetkova, V.N. Luchaninova, I.D. Mostovaya i dr. // Aktual'nye problemy pediatrii: sbornik materialov XVI Kongressa pediatrov Rossii (1518 fevralya 2010 g., Moskva). -M., 2010. S. 867.

- ekspertizy v Rossii / NN Kamenskov, V.V. Kulikov, A.M. Adamenko, A.A. Lyufing. -M., 1999. S. 62-63.

022. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ С 2007 ПО 2011 гг.

Диляра Ренатовна Закирова – начальник неврологического отделения клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, г.Казань, Россия, тел. (843) 291-26-79

Марина Вадимовна Потапова, к.м.н., начальник МСЧ МВД России по Республике Татарстан, полковник внутренней службы, тел. (843) 291-36-87,

Ленар Фарахутдинович Сабиров, к.м.н., начальник клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 277-88-84,

Эльвира Бакеевна Фролова, зам. начальника клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 291-26-82,

Наиль Багаувич Амиров, д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета, тел. (843) 291-26-76

Резюме. В представленной работе проведен анализ деятельности отделения за период с 2007 – 2011 гг., проанализированы статистические показатели. Выявлено, что за пятилетний отчетный период показатели неврологического отделения стабильные. Ежегодно отделение работает с выполнением плана. Отражены особенности ведомственного здравоохранения.

Ключевые слова: ведомственное здравоохранение, неврологическое отделение, клинический госпиталь.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE NEUROLOGY DEPARTMENT OF CLINICAL HOSPITAL MSU RUSSIAN INTERIOR MINISTRY IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN FROM 2007 TO 2011

Abstract. In this study, an analysis of the duration of separation for the period 2007 - 2011, analyzed statistics. The features of institutional care.

Keywords. departmental health, neurological department, Hospital Medical Unit at the Ministry of Interior of the Republic of Tatarstan Russia

Болезни нервной системы являются одной из актуальных проблем современного общества. Особенно это касается сосудистых заболеваний головного мозга,

которые остаются острой медико-социальной проблемой, наносящей огромный экономический ущерб обществу, в связи с высоким уровнем летальности и значительной инвалидизацией и социальной дезадаптацией пациента [7].

Инсульт занимает второе место в структуре смертности и первое по инвалидизации среди всех заболеваний [8]. И поэтому создание современной базы с применением высоких технологий, с внедрением в лечебный процесс современных методов и разработка комплекса профилактических мер, является первичной задачей в современном обществе и медицине в целом.

В настоящее время медицинская служба МВД, наряду с остальными службами, работает в условиях реформирования системы МВД, которая уже улучшила социальные условия сотрудников. Однако для полной завершенности реформирования необходимо пересмотреть и систему медицинского обеспечения занятых в этой сфере граждан. Основным документом, на котором основывается, в том числе и деятельность медицинской службы МВД, является принятый в 2011 году Федеральный закон № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

В условиях сложных социально-экономических и политических преобразований именно МСЧ МВД России по РТ, которая занимает лидирующие позиции среди учреждений здравоохранения Татарстана и в системе органов внутренних дел в течении многих лет, успешно выполняет эту задачу. Залогом высокого развития медицинской службы стало неустанное внимание руководства МВД РФ и МВД по РТ к здоровью сотрудников и работников органов внутренних дел, хорошая организация лечебной работы, сплоченный коллектив и чуткое отношение к пациентам. Использование современных подходов позволяет добиться высокого качества и доступности медицинской помощи, способствует укреплению здоровья сотрудников органов внутренних дел, работников МСЧ, ГУФСИН, а следовательно, помогает им успешно выполнить поставленные перед ними служебные задачи.

В настоящее время МСЧ МВД России по РТ это целый многофункциональный комплекс по оказанию как амбулаторных, так и стационарных медицинских услуг, в котором идет целенаправленное освоение и внедрение современных методов диагностики, лечения и которая, в последние годы, является также и центром развития медицинской науки [3]. На базе госпиталя эффективно работают шесть клинических кафедр – три кафедры казанского государственного медицинского университета: кафедра общей врачебной практики; кафедра фтизиатрии и пульмонологии; кафедра травматологии, ортопедии и экстремальных состояний; и три кафедры Казанской государственной медицинской академии: кафедра терапии; кафедра физиотерапии и кафедра кардиологии и ангиологии.

На базе МСЧ МВД России по РТ с 2008 года издается научно-практический журнал «Вестник Современной Клинической Медицины». Врачи неврологического отделения принимают активное

участие в не только в клинической работе, но участвуют в научно-исследовательской деятельности, разборе клинических случаев. По полученным результатам активно внедряются современные методы диагностики и лечения. В 2009 году была опубликована статья «Эффективность применения массажной кровати «НУГА-БЕСТ NM 5000» в комплексном лечении больных с вертеброгенной люмбалгией» [4]. В 2010 году был опубликован разбор клинического случая пациента с редким течением синдрома БАС [5]. Врачи неврологического отделения участвовали в клинических испытаниях препарата «Окталипен», результаты исследования отражены в публикации «Оценка эффективности применения препарата «Окталипен» у пациентов с полинейропатиями различного генеза». В 2010 году в Медико-фармацевтическом вестнике Поволжья была опубликована статья «Приручение силы природы: место в неврологической практике».

Неврологическое отделение является структурным подразделением многопрофильного клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, рассчитанного на 45 коек круглосуточного стационара и предназначено для оказания специализированной лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями нервной системы.

Основными задачами неврологического отделения являются:

1. Оказание высококвалифицированной лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями нервной системы.

2. Оказание консультативной помощи врачам других отделений больницы в вопросах диагностики и лечения больных с заболеваниями нервной системы.

В соответствии с основными задачами в отделении:

1. Осуществляется обследование и лечение больных неврологического профиля, в первую очередь, со следующими заболеваниями и состояниями:

- сосудистые заболевания нервной системы;
- вертеброгенные заболевания нервной системы;
- заболевания периферической нервной системы;
- заболевания вегетативной нервной системы;
- травматические заболевания нервной системы;
- наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы;

- демиелинизирующие и другие инфекционные заболевания нервной системы (рассеянный склероз, энцефаломиелиты, полинейропатии)

- экстрапирамидные заболевания (паркинсонизм, дистонии и др.)

2. Систематически осваиваются и внедряются новые эффективные методы диагностики и лечения больных неврологического профиля.

- магнитнорезонансная томография
- рентгеновская компьютерная томография
- ангиография
- радиологические исследования
- нейрофизиологические исследования
- доплерография экстра и интракраниальных сосудов
- электрофизиологические исследования

Лечение пациентов отделения осуществляется в соответствии с медикоэкономическими стандартами, помимо медикаментозного лечения широко используются методы игло-рефлексо-терапии (ИРТ),

мануальной терапии, ПИР, широкий спектр физиотерапевтических процедур, ЛФК, скелетного вытяжения.

3. Обеспечивается повышение деловой квалификации персонала по вопросам оказания медицинской помощи больным с патологией нервной системы. В отделении работают врачи высшей и первой квалификационной категории, 7 медицинских сестер имеют также высшую категорию.

4. Разрабатываются мероприятия по улучшению качества лечебно-диагностической помощи и снижению больничной летальности при заболеваниях нервной системы.

5. Ведется медицинская документация, учет по утвержденным формам в установленные сроки.

В своей деятельности неврологическое отделение руководствуется следующими приказами:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. №534 «О мерах совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы»

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 апреля 2007 г. №242 «О мерах по совершенствованию организации нейрохирургической помощи населению Российской Федерации»

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. №222 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным инсультом»

4. Приказ Минздрава РФ от 25 января 1999 г. №25 «О мерах по улучшении медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения»

5. Приказ Минздрава РФ от 28 декабря 1998 г. №383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций»

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 августа 2007 г. №513 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи)»

7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 июня 2007 г. №447 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с болезнью Паркинсона (при оказании специализированной помощи)»

8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 мая 2007 г. №345 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с поражениями тройничного нерва (при оказании специализированной помощи)»

9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 сентября 2006 г. №643 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом, не уточненными как кровоизлияние или инфаркт»

10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 августа 2006 г. №596 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с субарахноидальным кровоизлиянием»

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2006 г. №310 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с воспалительными полиневропатиями»

12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 июля 2009 г. №389 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»

13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 января 1999 г. №25 «О мерах по улучшению медицинской помощи больным с нарушением мозгового кровообращения»

14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 июня 2009 г. №820 «Нормативы длительности МЭС по разделу 3 «Терапии и неврологии»

15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 июня 2007 г. №399 «О создании Республиканского клинико-диагностического центра по демиелинизирующим заболеваниям»

16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 апреля 2011 г. №316(н) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы по профилю «неврология»

17. Приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 31 июля 2010 г. №976 «О совершенствовании медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»

Анализ показателей работы отделения

По данным Управления здравоохранения г. Казани уровень заболеваемости (неврологический профиль) составил в 2008 году 73,2 на 1000 человек, в 2009 году 75,6 на 1000. Средний уровень занятости койки в 2008 году составила 354, а в 2009 г. 342. Среднее пребывание больного на койке составило в 2008 г. - 16,2 в 2009 г. - 15,4 [9].

Динамика показателей неврологического отделения представлена в таблице 1

Таблица 1

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ

	2007г	2008г	2009г.	2010г.	2011г.
Количество выписанных больных	782	814	924	863	831
Средняя занятость койки	370	382	351	329	316,9
% выполнения плана койко –дней	113	112,3	103,3	96,7	94,4
Средняя длительность пребывания больного на койке	17,7	17,8	17,2	17,1	16,5
Оборот койки	21	21,43	20,3	19,2	18,5
Летальность	-	-	-	-	-
Пользованные больные	784	814,5	914,05	865	835,5

Анализируя таблицу 1, нужно отметить, что в 2007 и 2008г. на базе отделения были развернуты койки гастроэнтерологического профиля (в связи с закрытием гастро отделения на ремонт) и анализ проводился из расчета на 35 коек. В связи с этим, несмотря на то, что количество выписанных больных в 2007г. меньше, чем в 2011г.(782 и 831 соответственно) процент выполнения койко-дней в 2007г. выше. Некоторое снижение количества выписанных пациентов в 2010г. и 2011г. по сравнению с 2009г. связано с тем, что в ноябре 2009 было открыто отделение реабилитации и восстановительного лечения на 25 коек и многие пациенты неврологического профиля (постинсультные больные, сотрудники МВД, вернувшиеся из горячих точек, с вертеброгенными заболеваниями нервной системы и др.) проходят курс лечения в рамках данного отделения. Также, как видно из таблицы, сокращается средняя длительность пребывания больного на койке 2007г.-17,7 2011г.-16,5, что приближается к общегородским показателям. Летальности за отчетный период не было. Такие показатели как, использованные больные, оборот койки, средняя занятость койки, остаются стабильно высокими.

Показатели социального статуса пролеченных показателей представлены в таблице 2

Таблица 2

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ

	2007 г	2008г	2009 г.	2010г.	2011 г.
Аттестованных	382	402	495	436	384
Пенсионеры МВД	172	165	191	222	225
Члены семей	70	66	67	59	75
Вольнонаемные	25	31	37	29	18
МЧС	44	25	27	32	31
УИН	58	69	68	41	70
Военнослужащие	19	26	16	20	10
Платные больные	12	30	23	24	18
ИТОГО	782	814	924	863	831

Приоритетным направлением Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ является сохранение здоровья сотрудников МВД и поэтому аттестованному составу уделяется самое пристальное внимание. Согласно табличным данным, именно аттестованные сотрудники за отчетный период занимают первое место среди социального статуса пролеченных больных. Не менее пристальное внимание уделяется пенсионерам МВД и эта группа пациентов ежегодно составляет основной процент среди пролеченных больных. Сотрудники МЧС могут пройти лечение в условиях реабилитационного центра МЧС России, поэтому процент пациентов, прошедших через неврологическое отделение достаточно низкий, в основном это сотрудники, проходящие ВВК, также как и сотрудники УИН.

Показатели заболеваемости по нозологическим формам представлены в таблице 3

Таблица 3

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ

Нозологические формы	2007г.	2008г.	2009 г.		2010г.		2011г.	
	%	%	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.
Вертеброгенные заболевания	33,8	37,1	37,6	348	37,4	323	46,94	390
Сосудистые заболевания (кроме ОНМК)	24,2	29,72	30,5	282	35,8	309	31,77	264
ОНМК	4,2	2,08	3,13	29	4,17	36	1,45	12
Травматические заболевания нервной системы	25,2	18,67	14,93	138	12,97	112	8,19	68
Заболевания вегетативной нервной системы	3,8	4,29	6,49	60	4,63	40	3,73	31
Заболевания периферической нервной системы	3,1	2,7	2,59	24	2,43	21	3,73	31
Демиелинизирующие, наследственно-дегенеративные и нервно-мышечные заболевания нервной системы	4,0	0,49	3,03	28	2,31	20	3,98	33
Инфекционно-аллергический заболевания нервной системы	0,1	0,73	0,21	2	0,11	1	0,24	2
Онкозаболевания	0,5	0,61	0,75	7	0,57	5	0,85	7
Прочие	0,7	37,1	0,64	6	0,11	1	0,12	1

Как видно из таблицы 3 в структуре заболеваемости основной процент занимают пациенты с вертеброгенными заболеваниями нервной системы (2007г-35,8%-2011г-46,94%), что связано со спецификой работы сотрудников МВД, наличие стрессовых факторов, ненормированный рабочий день, работа в сложных погодных условиях. Отмечается увеличение на 11,1 %. Отмечается рост числа пациентов с сосудистыми заболеваниями нервной системы 2007-24,2%-2011-31,77% (+7,5%), что связано также со спецификой работы, наличием сопутствующих факторов риска: курение, стрессы, рост числа больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом и т.д. Улучшение диагностической базы, внедрение новых методов обследования позволяет более детально обследовать пациентов и выявлять сосудистую патологию на начальных этапах. Это позволяет разработать комплекс профилактических мер и сократить количество таких грозных осложнений как острое нарушение мозгового кровообращения 2007 г. - 4,2% 2011 г. - 1,45% (-2,8). Снижение количества пациентов с травматическими заболеваниями головного мозга – 2007 г. – 25,2% в 2011 г. – 8,19% (-17,1), связана с более жесткими требованиями при вынесении данного диагноза сотрудникам МВД, обязательной консультацией нейрохирурга, проведением комплекса дополнительных методов обследования, особенно сотрудникам, проходящим ВВК. Все остальные показатели за отчетный период остаются без значительных изменений.

Выводы

1. В целом в неврологическом отделение за анализируемый период проведена работа с положительной динамикой. Основные показатели остаются стабильно высокими.

2. Уровень диагностики стал значительно выше.

Внедрены новые методы исследования: доплерография экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ.

3. В лечебный процесс внедрены методы ПИР, мануальной терапии, ИРТ, широкий спектр физиотерапевтических процедур, скелетного вытяжения, различные методы лечебных блокад.

4. С появлением кафедр активно ведется научная и санитарно-просветительская работа, уровень лечебного и диагностического процесса стал значительно выше.

Литература.

1. Ишкинцев Ф.И. История и перспективы развития клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ. Вестник современной клинической медицины. 2008. том 1. стр.8-10.

2. Потапова М.В., Сабилов Л.Ф., Амиров Н.Б. Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения при введении системы менеджмента качества // Успехи современного естествознания. 2011. №11 стр.99-102.

3. Потапова М.В. 80 лет медицинской службы Министерства внутренних дел Республики Татарстан, Научно-практический журнал «Вестник Современной Клинической Медицины», 2010. том 3.приложение 2

4. Буренина И.А., «Эффективность применения массажной кровати «НУГА-БЕСТ NM 5000» в комплексном лечении больных с вертеброгенной люмбагией», Научно-практический журнал «Вестник Современной Клинической Медицины», 2008. том 1. выпуск 1.

5. Закирова Д.Р., Гуркина М.И., Валеева К.Г., «Клинические варианты БАС», Научно-практический журнал «Вестник Современной Клинической Медицины», 2010. том 3.выпуск 2.приложение 1.

6. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. Минздравсоцразвития РФ, 2007 г., стр.107.

7. Путилина М.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии. М., 2011

8. Острый инсульт: организация системы медицинской помощи, алгоритмы диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации. К., 2010

9. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений муниципального здравоохранения г.Казани. Казань, 2009

023. ПОВРЕЖДЕНИЯ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

Р.А. Зулкарнеев, З.Я. Ахметов, Р.Р. Зулкарнеев, И.С. Кузнецов

Казанский государственный медицинский университет.

Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций (зав.-проф. И.Ф. Ахтямов)

Больница скорой медицинской помощи № 1 (гл.врач- В.Г. Беляков)

Возросший ритм жизни и работы, экология, недостаточно индивидуализированные занятия бегом и фитнесом, хронические заболевания- все это отражается не только на костной основе и хряще суставов, но и на мышцах, связках и сухожилиях. Среди последних чаще всего страдает ахиллова сухожилия (ПАС), сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча, сухожилия разгибателей пальцев кисти.

Не всегда удачные результаты лечения подкожных разрывов заставляет предполагать, что в сухожилиях имеются изменения, предшествующие разрывам.

Избыточный вес и гиподинамия стали характерны для «болезней цивилизации» способствующие ослаблению определенных участков опорно-двигательной системы (ОДС), вызывая в них ранние дегенеративно-дистрофические сдвиги. Хаотически двигательная активность, сопровождающаяся несоординированным сокращением мышц, приводит к подкожным разрывам т.н. «крадущимся разрывам» среди которых ПАС занимает одно из первых мест. Так, по данным Рере и соавт. (4) среди 3588 поражений мягких тканей нижних конечностей наиболее частыми и сложными для лечения являются повреждения ахиллова сухожилия. До 1935 года в мировой литературе было описано всего 86 случаев ПАС (2). Здесь уместно вспомнить утверждение М.М. Куслика (3), что подкожные разрывы ахиллова сухожилия носят патологический характер. К началу 21 века когда число подкожных разрывов стало резко расти. Возникают вопросы: только ли перенапряжение в быту, работе и спорте ведет к изменениям в самом большом сухожилии человека? Почему избыточный вес и нарушение липидного обмена чаще встречается у женщин а ПАС у мужчин? Почему подавляющую возрастную группу у мужчин составляют лица сделавшие более или менее длительный перерыв в занятиях спортом? На эти и другие вопросы хотелось бы ответить обобщив наш клинический опыт и это послужило целью исследования.

Клинический материал и методы обследования

В период с 1967 и 2009 годы (по материалам З.Я. Ахметова) в клинике Т.О. КГМУ наблюдалось 167 больных с ПАС из них мужчин было 139, женщин 28. Большинство больных было старше 40 лет. У 24 мужчин (14.4%) отмечалось повышение содержания мочевой кислоты. При тщательном сборе анамнеза удалось определить у них постоянное потребление алкоголя хоть и в незначительном количестве. Припухлость и отек нередко предшествовали разрыву (ахиллоденит). У 16 пациентов (9.6%) имелось указание на введение инъекции кортикостероидов по поводу ахиллобурсита. У 5 больных отмечался синдром Рейтера и разрыв ахиллова сухожилия носил двухсторонний характер, с промежутком между ними 6-8 месяцев. Среди 15 женщин (9%) в крови было повышенное содержание липидов и явление хронического холецистита. У 29 пациентов (11.4%) имелись признаки латентно протекающей почечной недостаточности: «периодическими болями в пояснице», «выходил песок» и т.д.

При подкожных разрывах АС диагностика запаздывала в 85% случаев.

Как правило, к разрыву приводят неожиданные и несоординированные напряжения трехглавой мышцы или прямая травма его, также приводящая к её одномоментному сокращению. «Что-то хрустнуло», «как будто по ноге выстрелили»- так иногда образно определяют больные сам факт разрыва. С момента травмы пациент начинает хромать, встать на носок не может, нащупывает дефект мягких тканей там, где ранее контурировалось плотное сухожилие. Место разрыва чаще всего располагалось на 2-7 см выше пяточного бугра, а в 9 случаев (5.4%) сухожилия отрывалось от места прикрепления к нему. Нарастающий отек вскоре скрадывает место разрыва и переходит в область лодыжек, имитируя «растяжение связок голеностопного сустава», что было ведущим в диагнозе впервые осматривающего больных врача.

Из анамнеза удавалось установить что травма получена в момент прыжка или толчка, когда основная нагрузка приходилась на передний отдел стопы, а коленный сустав одномоментно разгибался.

Отсутствие повреждения кожных покровов создавало иллюзию несложности травмы, ее скорой ликвидации. К тому же врачи недостаточно знакомые с этим видом травмы, не придавали значения закрытому ПАС.

Нужно еще отметить, что резкая боль, которая отмечается в момент травмы в дальнейшем проходит, и движения в голеностопном суставе частично восстанавливаются, что создавало впечатление у больного и врача иллюзию благополучного исхода травмы.

При осмотре больных с ПАС использовались специальные приемы. Так, при попытке встать на носки больной, как правило, терял равновесие и падал. При сжатии икроножной мышцы подошвенное сгибание не возникало (с-м Томпсона). Если пострадавшего уложить лицом вниз на кушетку и попросить напрячь мышцы голени, то на стороне разрыва икроножная мышца оставалась дряблой (с-м Пирогова, описанный еще в 1840 году).

Для дифференциации полного разрыва от частичного существенную помощь оказывало проба с иглами, около места разрыва под м/а по краям сухожилия вводятся 2 иглы. Дуга колебаний игл не значительна при полном разрыве и ассиметрична при частичном.

Существенную помощь в диагностике оказывали рентгенография мягких тканей, электрорентгенография, ЯМРТ, УЗИ, ЭМГ. На рис 1 представлены электрорентгенограмма Н. ахиллова сухожилия до и после операции. На ЭМГ амплитуда осцилляций и частота биопотенциалов снижались на 50-60%. У лиц старше 40 лет 200 ± 60 (при норме в этом возрасте 400-600 мкВ).

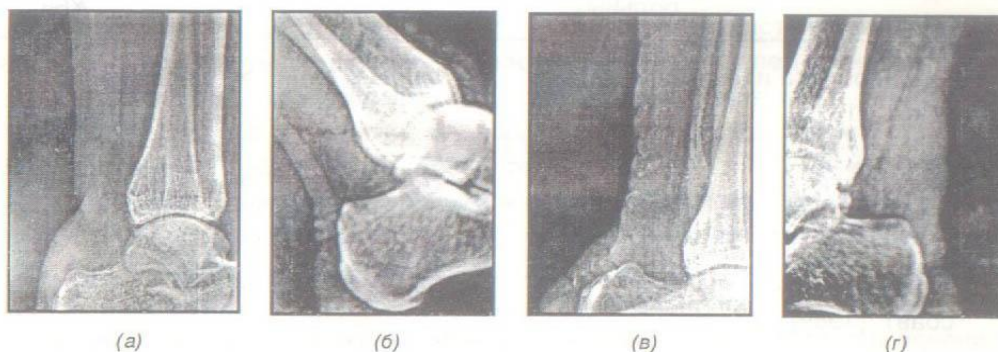


Рис. 1. Электрорентгенограмма больного М. с повреждением ахиллова сухожилия (до и после операции).



На рис. 2 представлено фото с гистологическим препаратом больного, получившего спонтанный разрыв АС и страдающего хронической инфекцией мочевыводящих путей (стрелкой показано скопление амилоида).

Нами выборочно в группе больных с ПРАС у мужчин старше 40 -50 лет и страдающих простатитом с хроническим текущим циститом проверено изучение содержания, помимо белковых фракций, β^2 микроглобулина радиоиммунологическим методом (реактивы фирмы «фармация», Швеция). Повышение этого белка в крови коррелировалось с содержанием преамилоида в тканях сухожилий, взята во время операции. На рис.2 можно познакомиться с гистологическим препаратом больного получившего ПРАС и страдающим хронической латентной инфекцией мочевыводящих путей.

Во всех биоптатах сухожильной ткани выявлена различной степени выраженная дезорганизация ткани с чагами гиалиноза (окраска гематоксилином и эозином по ВАН-Гизону). При окраске гистохимическим методом (толуидиновым синим и конго красным) т последующим

исследованием препаратов в поляризуемом свете (проф. Н.Ш. Шамсутдинов) получены данные, которые коррелировались с повышенным содержанием в крови β^2 микроглобулина. У больных старше 40 лет при окраске конго красным выявлены очаги амилоида в отдельных коллагеновых волокнах (рис2)

Тактика лечения во многом определяется степенью разрыва и предшествующими нарушениями в нем. Дополнительную информацию в этом случае представляет УЗ исследования которое чаще всего проводилось на УЗИ аппарате типа «Диасонограф NE-4102» фирмы «ЕМІ» (Великобритания). Перерыв изображение и наличие диастаза в виде черной тени

свидетельствовало о разрыве АС и степени расхождения концов, что весьма существенно для выбора метода лечения. Их насчитывается около 60, что говорит об отсутствии достаточно эффективных.

На стадии предразрыва (тендопатии) существенную помощь оказала МРТ. Сигналы отраженные от сухожилия, имели различную интенсивность и обнаруживали изменения. При тендопатии увеличивался ---- размер АС, повышалась его плотность, контуры были нечеткими. При частичном разрыве обнаруживались зазубрины по краям и просветления в толще сухожилия.

Совместно с учеными Казанского технологического университета СВЧ-облучение применяли для воспроизводства здорового и пораженного сухожилия (рис 4 и 5)

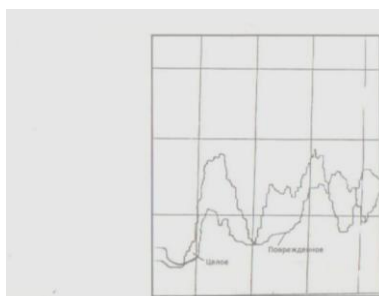


Рис. 4. СВЧ-томограмма АС на здоровой и пораженной стороне.

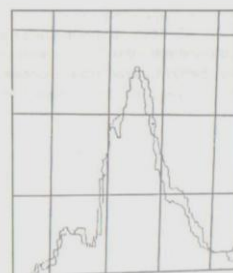


Рис. 5. СВЧ-томограмма ахиллова сухожилия.

Достоинство приведенных методов обследования в том, что они позволяли улавливать тонкие изменения, свидетельствующие о предшествующих разрыву сдвигах, что важно учитывать до и после разрыва. Но эти методы не всегда доступны, нужно учитывать более простые исследования, в частности пробу с 1 и 2 иглами.

Лечение и его результаты.

Существование нескольких десятков методов лечения свидетельствует об отсутствии эффективных способов. К тому же определенные результаты лечения оставляет желать лучшего, что говорит о предшествующих разрыву изменениях.

Хотя вопрос о методах лечения ПРАС чаще решается в пользу операции, есть сторонники и консервативного лечения, при которых нет нагноений, некрозов кожи, лигатурных свищей, невритов подкожных нервов.

Не возникало разночтений при лечении открытых повреждений, которые выделены нами в отдельную группу (22 наблюдения). Чаще всего это были раны, нанесенные стеклом, ножом, стружкой. В 9 случаях из 22 повреждения были частичными. При ПХО частично иссекались края раны, которые за тем обильно промывались 3% раствором перекиси водорода и раствором фурацилина 1:5000. При необходимости края раны расширялись и накладывалась П-образный шов по Кюнео лавсановой нитью №6. Для устранения натяжения краев раны наносились послабляющие насечки, которые способствовали уменьшению краевых некрозов.

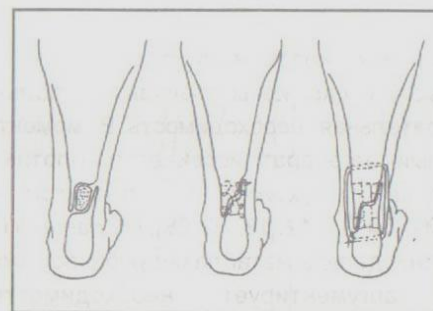
В 7 наблюдениях из-за разволокнения концов сухожилия возникала необходимость в укрывании области шва П-образным лоскутом на ножке, выкроенным из проксимального конца АС. В 4 наблюдениях для исключения натяжения кожи параллельно выполнялись послабляющие разрезы в дефекты которых вносили свободные лоскуты кожи взятые с бедра или живота, выполнялся шов на основную рану. Рана обкладывалась 0.8% раствором метилурацила и антибиотиками, дренирование на 24-48 часов. С 2го дня назначались УВЧ и токи Бернара. Конечность фиксировали гипсовой повязкой в положении эквинуса стопы и лёгкого сгибания в коленном суставе на 4-5 недель. Казалось бы создав таким образом условия для расслабления икроножной мышцы и сопоставление концов сухожилия, можно завершить начатое лечение благополучным исходом. Но непрочность шва, частые повторные разрывы, регенерация с удлинением убедили нас в необходимости

наложения шва в свежих случаях и выполнением пластики в застарелых. Даже в свежих случаях ПРАС концы сухожилий выглядят тускло, разволокнены. Нетрудно предсказать, что на месте частичного разрыва может образоваться киста, которая приведет к полному разрыву.

Лица, страдающие хроническими заболеваниями печени и почек, диабетом, представляют собой группу риска и должны находиться на диспансерном наблюдении, особенно мужчины с гиперплазией предстательной железы, а они в нашем клиническом материале преобладают.

На стадии предразрыва (после МРТ, УЗИ, денситометрии) можно наложить укрепляющий сухожильный шов полузакрытым, малотравматичным способом.

При ПРАС использовались швы Кюнео, Казакова, Бенелла и др. Разволокненный конец сухожилия нами не иссекались, тщательно укладывались, восстанавливалось сухожильно-мышечное натяжение. При большом разволокнении шов выполняли в пределах «здоровых» тканей, отступая на 2-2.5 см от начала разволокнения. Шов при необходимости может быть укреплен дополнительным лоскутом на ножке (см. рис).



а) ступнеобразное иссечение рубцового регенерата;
б) восстановление целостности АС швом;
в) аутопластика сухожилия длинной подошвенной мышцы.

Выкроенный лоскут выводится на переднюю поверхность сшитого сухожилия и в виде «муфты» охватывало его. Дефект в месте взятия лоскута ушивали.

Через 2-3 недели после разрыва использовали лоскут по Чернавскому (12 больных – 7.2%).

В пластических целях у наших 7 больных (4.2%) применяли лавсановую ленту, ушиваемую в расщеп также лавсановыми нитями во избежание сером.

С 1989 года используется методика полузакрытого шва. Суть метода в том, что проксимальные и дистальные концы сухожилия прошиваются подкожно

лавсановой нитью № 6 по Кюнео а связывание нитей производится под визуальным контролем. Для этого над местом разрыва выполняется Г – образный разрез кожи 2 * 1 см в которую выводят концы нитей. При натягивании нитей «разволокненные» концы сухожилия вставляются друг в друга и предварительно не иссекается. После связывания нитей вполне возможно наложение двух адаптирующих швов. Область шва укрепляется лоскутом сухожилия влагалища. По данной методике прооперировано 86 больных (51.5 %). Из них мужчин 62 человека , женщин 24 . Приведенная методика имеет преимущество как открытого так и закрытого шва , сохраняется кровоснабжение на достаточном для сращения уровне. Неудовлетворительных результатов не отмечено.

На основе медико-биологических исследований изучены общие и местные реакции организма двух видов животных на полиуретаны СКУ-ПФЛ и установлена адекватность его тканям ОДС (заключение отдела исследований и испытаний полимерных материалов ВНИИМТ от 16.03.77). После разрешения комиссии по аппаратам и приборам, применяемые в т/о, разработаны методика применяемая для укрепления шва полиуретаном СКУ-ПФЛ. У 42 собак сухожилия задних лап Z-образным разрезом иссекались и склеивались полиуретаном СКУ-ПФЛ по плоскости рассечения и дополнили швом в том числе и чрезкожным у пяточного бугра. В эксперименте через месяц в местах склеивания наблюдалось утолщение плотное на ощупь . На разрезе обнаруживали эластомер, не изменявший на всем двухгодичном сроке эксперимента своего цвета и эластичности. По этой причине полиуретан годен только для укрепления шва что и выполнили у 9 больных (5.4%).

Адгезия с тканями у разбираемого полиуретана СКУ-ПФЛ достаточно высока 140-160 кгс/см². Т реакции полимеризации его равна 36°, отсюда и понятно отсутствие воспалительных и некробиотических процессов. После операции конечность придется возвышенному положению. С 7го дня необходимо статически напрягать икроножную мышцу. Назначаются токи Бернара. Через 3-4 недели стопа переводится в среднефизиологическое положение, и назначается массаж , аппликации и фонофорез лидазы по А.С. Мартенс. В комплексе ЛФК следует предусмотреть движения в воде и восстановления навыков ходьбы, подкладывая под пятку эластичные прокладки из поролона и губки. Занятия спортом можно начинать через 4-8 месяцев.

Система реабилитации больных с ПРАС должна предусматривать и лечение хронических заболеваний, особенно мочеполовой сферы и печени. Ахиллодену нужно рассматривать как стадию предразрыва и лечить ее путем малотравматичного и укрепляющего шва.

В свежих случаях (3-5 дней) – это шов, накладываемый закрытым или полузакрытым способом, а в некоторых случаях и открытый. При застарелых повреждениях (7-10 дней) предпочтительнее пластика дефекта лавсановой нитью с учетом данных МРТ, УЗИ.

Отдаленные результаты прослежены у 34 больных. Результаты считались хорошими если у больных не

возникало никаких неприятных ощущений в поврежденной конечности , сила мышц голени была одинакова и больные , не хромя, могли ходить и бегать. При слабости мышц голени, сила которых оценивалась по длительности стояния на носках , легкой хромоте и болевых ощущениях при перегрузках результат оценивался как удовлетворительный. При выраженном цианозе и отеке, болях, постоянной хромоте считался плохим.

Гипотрофия мышц была отмечена у 24 больных . Результаты оказались следующими: хорошее у 23, удовлетворительные у 7 и плохие у 4х . Последние были направлены на повторную операцию . У всех больных, которым шов выполнен полузакрытым способом , результаты оказались хорошими.

Выводы:

1. В группе риска повреждения АС можно укреплять АС на стадии предразрыва.

2. Применение полимера имело оправдание только для укрепления шва, особенно к кости

3. При свежих ПРАС нужно использовать закрытый или полузакрытый способ наложения шва, при застарелых же- лавсанопластике лентой.

4. При отрывах АС от места прикрепления шов нужно покрывать полиуретаном СКУ-ПФЛ.

5. Больным с такого рода патологией должны находится на диспансерном наблюдении и лечиться от обнаруженных хронических заболеваний, особенно мочеполовой сферы.

Литература.

1- Зулкарнеев Р.А. Экспресс- эндопротезирование с использованием быстродействующих полимеров в медицине. «Казань» изд. КГУ – 1984- 211с.

2- Краснов А.Ф., Двойников С.И. Способы пластики ахиллова сухожилия при его повреждениях – Метод рекомендации М. 1989- 18с

3- Куслик М.И. // В кн.: «Спортивная медицина»: - М., 1959 С. 434-435

4- Pepe G., Ingegneros L. ,Pepe F etc // Minerva chir, - 1987 . Т.42, N 10 .- р. 204-208

024. ИССЛЕДОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕВСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Лымаренко В. М.¹, Леонтьев О. В.¹, Гордиенко А.В.¹, Сидоренко В.А.², Лейчинский С.В.², Сорокин Н.В.¹

¹Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург.

²МЧС МВД РФ по СПб и ЛО

783-21-07, 417-37-51, 8-921-982-96-01, e-mail: ler007@mail.ru

Резюме. Показано, что хронический профессиональный стресс способствует формированию психоэмоционального напряжения у медицинских работников и является компонентом синдрома профессионального выгорания. На формирование

последнего влияют индивидуальные особенности личности, характер межличностных отношений и факторы организации профессиональной деятельности. Используемые многими исследователями методики и оценки синдрома профессионального выгорания рассматриваются вне зависимости от физиологических характеристик, что затрудняет интерпретацию результатов исследования и привносит элемент субъективизма. Установлено, что ежегодные диспансерные обследования необходимо дополнить исследованиями вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы, определением факторов риска, что позволит более точно диагностировать синдром профессионального выгорания. Предложенный комплекс методик позволяет определить степень выраженности профессионального стресса, особенности его формирования и основные звенья патогенеза психовегетативных расстройств.

Предложены практические рекомендации в виде внедрения в лечебно-профилактических учреждениях системы профилактики хронического профессионального стресса. Последняя состоит из диагностического и профилактического этапов на которых проводятся мероприятия первичной, вторичной и третичной профилактики на индивидуальном, межличностном и организационном уровнях, что позволяет значительно сократить выраженность профессионального стресса у врачей и повысить их профессиональное долголетие.

Ключевые слова: хронический профессиональный стресс, синдром профессионального выгорания, диспансерное обследование, вегетативный тонус, психовегетативные расстройства, поликлиника, участковый терапевт.

Study chronic professional stress at doctors of branches of the first help of the Neva district of the city Sent-Petersburg

Abstract. It is shown that chronic stress contributes to the formation development of emotional stress in health care workers and is a component of the burnout syndrome. On the formation of the latter affect individual personality characteristics, the nature of interpersonal relations and factors of the organization of professional activity. Used by many researchers evaluation of professional burnout syndrome are considered regardless of the physiological characteristics, which complicates the interpretation of study results, and introduces an element of subjectivity. It is shown that annual survey is necessary to supplement dispensary studies of autonomic tone of the cardiovascular system, identifying risk factors that would more accurately diagnose the syndrome of professional burnout. The proposed set of methods to determine the severity of occupational stress, the peculiarities of its formation and main elements of the pathogenesis of psycho-vegetative disorders.

Offered the practical recommendations in the form of implementation in hospitals of prevention of chronic occupational stress. The latter consisting of diagnostic and preventive steps, on which the activities of primary, secondary and tertiary prevention at the individual, interpersonal and organizational level, which significantly reduces the severity of professional stress of physicians and improve their professional longevity.

Keywords: Chronic occupational stress, burnout syndrome, outpatient examination, autonomic tone, psycho-vegetative disorders.

Введение. Медицинские работники участковой поликлинической медицинской помощи остаются в числе наименее социально защищенных профессий, как в социально-экономическом, так и в профессиональном отношении. Это обусловлено относительно низким уровнем заработной платы, длительным периодом существенного снижения качества жизни работников данной профессии, ростом профессиональной ответственности, а также обострением противоречий между профессиональным и нравственным долгом и возможностями оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению в современных условиях работы [2].

В современном обществе отмечается утяжеление ряда заболеваний, связанных с недостаточной организацией первичной медицинской помощи, резистентностью ряда этиологических факторов к терапии, а также увеличением ожиданий и запросов у пациентов при недостаточных ресурсных возможностях системы здравоохранения. Эти факторы способствуют увеличению напряженности труда у работников ряда медицинских специальностей. В дальнейшем такие состояния могут привести к психовегетативным расстройствам.

Значительные профессиональные эмоциональные и физические нагрузки испытывают и врачи участковой поликлинической медицинской помощи Невского района Санкт-Петербурга. Их профессия связана с высоким уровнем ответственности и малой степенью свободы в принятии самостоятельного решения. Участковые врачи-терапевты оказывают медицинскую помощь большому количеству пациентов в короткие сроки, имеют постоянные переработки и работают в режиме «тревожного ожидания» или хронического стресса. Для примера: в Невском районе Санкт-Петербурга ежегодно регистрируется более 800 тыс. случаев обращений к участковым терапевтам.

Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности способствует формированию у врачей участковой поликлинической медицинской помощи психозоматического напряжения, как компонента синдрома профессионального выгорания. Проведенные исследования показывают, что он может развиваться у 30–50 % врачей [12, 18, 31].

Всемирная организация здравоохранения определяет «синдром выгорания» как физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью к соматическим заболеваниям, употреблению алкоголя или других психоактивных веществ и суицидальному поведению. В МКБ-10 «синдром выгорания» отнесен в диагностический таксон Z 73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» и шифруется Z 73.0 – «выгорание».

Синдром профессионального выгорания (СПВ) имеет междисциплинарный характер и представляет предмет изучения для психологов, социологов, организаторов и практикующих врачей [4, 12, 17, 21, 31,

33]. Системный анализ проблемы предполагает рассматривать СПВ в совокупности всех его проявлений: эмоциональном, когнитивном, мотивационном, поведенческом и соматическом уровнях.

Под СПВ нами понимается процесс развития хронического профессионального стресса умеренной интенсивности, вызывающий деформацию личности профессионала и приводящий к психовегетативным расстройствам.

Используемые многими исследователями методики оценки СПВ порой излишне субъективны, рассматриваются вне зависимости от физиологических характеристик, не выявляют все факторы риска формирования психовегетативных расстройств у лиц, находящихся в условиях напряженной профессиональной деятельности и подверженных хроническому профессиональному стрессу. Это затрудняет интерпретацию результатов исследования и привносит определённый элемент субъективизма. Проведение медицинским работникам целенаправленных профилактических мероприятий в рамках ежегодных диспансерных обследований будет способствовать выявлению факторов риска и оптимизации оценки психоэмоционального напряжения.

Изучение причин СПВ позволяет формировать его концептуальные модели. Наиболее распространенной является трехфакторная модель СПВ, разработанная К. Маслач и ее коллегами [36]. Модель включает оценки эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личностных достижений (рис. 1). Установлено, что формированию СПВ способствуют индивидуальные особенности, характер межличностных отношений и факторы организации профессиональной деятельности.



Рис. 1. Концептуальные модели профессионального выгорания
(по С. Maslach, 1999)

Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности может выступать как пусковой механизм многих заболеваний, в том числе и

заболеваний сердечнососудистой системы. В отечественной литературе предложен термин «стрессорная кардиомиопатия», обозначающий «невоспалительное, некоронарогенное заболевание миокарда, обусловленное воздействием стресса и/или низкой стрессоустойчивостью организма, и проявляющееся нарушением электрогенеза миокарда, аритмиями и/или развитием систолической и диастолической дисфункции» [7, 30, 35]. Именно такая формулировка позволяет учитывать всю совокупность внешних и внутренних воздействий на миокард, возможность одновременного влияния физического и психоэмоционального стресса, включает особенности клинического развития данной патологии и соответствует существующей классификации ВОЗ.

Цель исследования. Изучение СПВ как психовегетативного расстройства при воздействии хронического профессионального стресса у врачей терапевтов участковой поликлинической медицинской помощи. Определение возможности его диагностики в рамках ежегодных диспансерных обследований на основе исследования вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Напряженность труда врачей разных специальностей исследовали при помощи специально разработанной анкеты. Суть анкеты заключалась в том, что респондентам предлагали оценить тяжесть труда (физическая характеристика), напряженность труда (психическое и эмоциональное напряжение) и наличие профессиональных вредностей от 1 до 10 баллов (1 балл – наибольшая, 10 – наименьшая оценка выраженности). Вычислялись средние баллы по каждой характеристике труда, которые затем ранжировались. В исследовании приняло участие 814 врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Невского района Санкт-Петербурга. По итогам исследования выделились специалисты с наибольшими профессиональными нагрузками. Это врачи скорой медицинской помощи, врачи-травматологи, врачи участковой поликлинической медицинской помощи.

Обследовано 114 врачей участковой поликлинической медицинской помощи медицинских организаций. Мужчин в выборке было 22, женщин – 92. Полученные результаты по половому критерию оценки подтверждают данные научной литературы о том, что удельный вес женщин работающих в медицинских учреждениях выше, чем мужчин. В нашем исследовании среди врачей участковой поликлинической медицинской помощи ЛПУ женщин преобладающее количество – 80,7% (рис. 2).

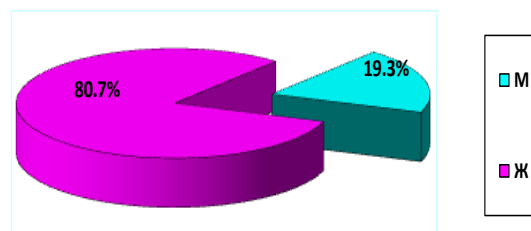


Рис. 2. Распределение врачей участковых терапевтов с учетом половых различий (%)

Полученные данные по возрастному критерию оценки говорят о том, что в Невском районе Санкт-Петербурга работают преимущественно врачи участковые терапевты со стажем работы свыше 10 лет (67,5%) и около половины специалистов работает в возрасте свыше 50 лет (48,2%). Молодых специалистов в возрасте до 30 лет работает всего 14.0% (рис. 3).

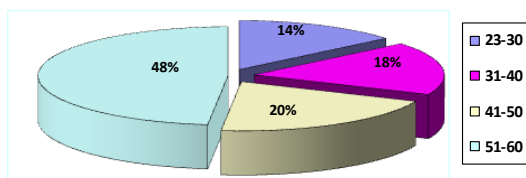


Рис. 3. Распределение врачей участковых терапевтов с учетом возраста (%).

Уровень выраженности СПВ определяли при помощи методики Maslach Burnout Inventor (вариант для медицинских работников в адаптации Н.Е. Водопьяновой – далее методика МБИ) [36] и опросника «Синдром эмоционального выгорания» В.В. Бойко [4]. Наличие

Таблица 1

ИЗУЧАЕМОЕ КАЧЕСТВО, МЕТОДИКИ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ И КОЛИЧЕСТВО ОБСЛЕДОВАННЫХ ВРАЧЕЙ

№ п/п	Исследуемое качество	Диагностический критерий	Количество
1.	Профессиональное выгорание	Maslach Burnout Inventor (MBI)	114
		Опросник В.В. Бойко	114
2.	Напряженность труда	Авторская анкета	114
3.	Экспертные оценки адаптации	Авторская анкета	114
4.	Вегетативный тонус	Методика А. Вейна	46

Исследование СПВ производилось в три этапа: диагностический (рис. 2), оценки наличия СПВ и профилактический.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП СПВ

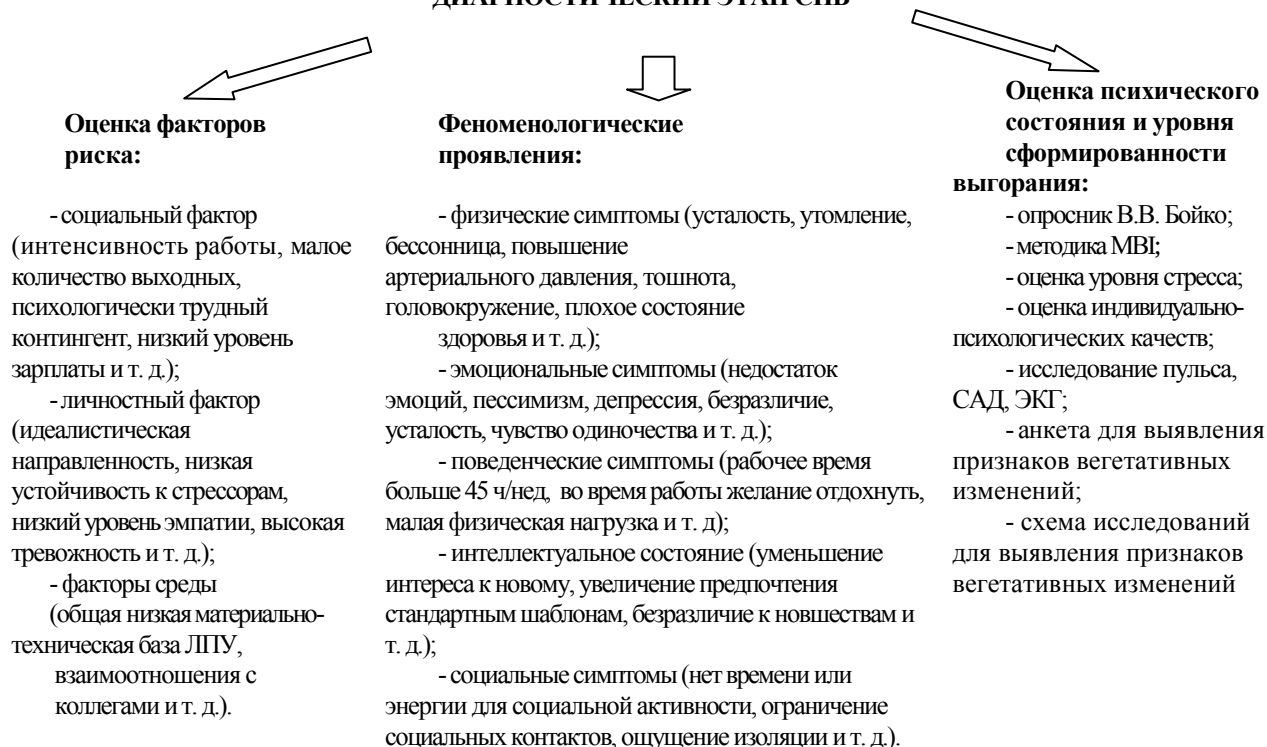


Рис. 2. Схема диагностики СПВ.

высокого уровня выгорания по методике МБИ оценивали по высоким уровням выраженности шкал эмоционального истощения и цинизма и низком уровне выраженности шкалы личных достижений (т.е. высокий уровень редукции достижений). По методике В.В. Бойко фаза развития симптома СПВ является сформированной – при 61 балл и более, отдельно взятый симптом является доминирующим – при 20 баллов и более.

Для исследовании психовегетативного дисбаланса были выделены 2 группы врачей, не имеющие ранее выявленных заболеваний сердечно-сосудистой системы и не предъявляющих активных жалоб. Первая группа - 19 человек с выраженными признаками СПВ по всем фазам, вторая группа - 27 человек без обнаруженных признаков СПВ или слабыми признаками по 1-2 фазам.

Изучение психовегетативного статуса проводилось по методике А.Вейна [10], включающей исследование вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы по пульсу, систолическому артериальному давлению (САД), данным электрокардиограммы (ЭКГ).

Исзуемое качество, методики его изучения и количество обследованных представлены в табл. 1.

Результаты и их обсуждение. Уровень выраженности СПВ и показатели личностных искажений по методике МВІ врачей участковых терапевтов представлены на рис. 4. Из рисунка следует, что у обследованных врачей уровень формирования СПВ средний и проявляется в форме деперсонализации и редукции профессиональных достижений.

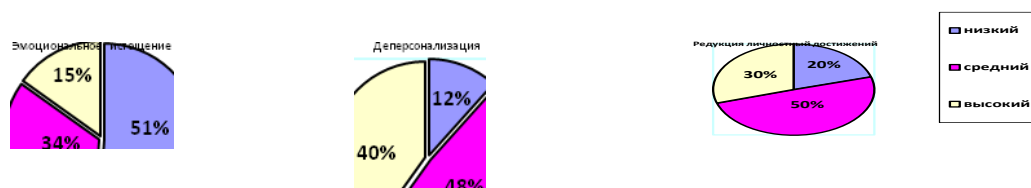


Рис. 4 – Уровень выраженности СПВ по показателям личностных искажений у медицинских работников в группе врачей участковых терапевтов (%).

Этот результат согласуется с мнением Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [12], что профессиональная деятельность формирует у врачей уменьшение субъективной значимости и удовлетворенности от своей работы, а это вызывает стремление сократить круг своих профессиональных обязанностей, обесценивает межличностные отношения, снижает эмпатию, способствует появлению разочарования и профессиональной неэффективности.

По опроснику В.В. Бойко у врачей участковых терапевтов доминируют симптомы «выгорания» Р-1 и Р-4: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование и редукция профессиональных обязанностей (рис 5). Полагаем, что у врачей данной специальности усиливается осознание психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, они перестают различать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием. Это ведёт к поиску возможностей облегчения или сокращения функциональных обязанностей, которые требуют эмоциональных затрат.

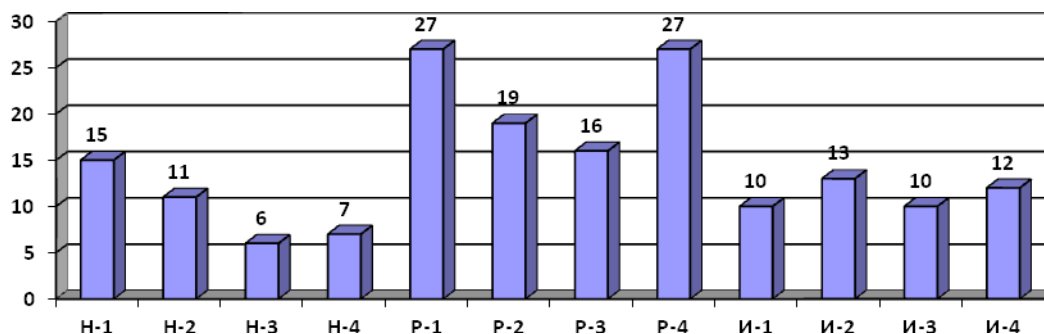


Рис. 5. Структура сформированности симптомов СПВ (по В.В. Бойко, 1999)

Симптомы: Н-1 – переживание психотравмирующих обстоятельств; Н-2 – неудовлетворенность собой; Н-3 – «загнанность в клетку»; Н-4 – тревога и депрессия; Р-1 – неадекватное избирательное эмоциональное реагирование; Р-2 – эмоционально-нравственная дезориентация; Р-3 – расширение сферы экономии эмоций; Р-4 – редукция профессиональных обязанностей; И-1 – эмоциональный дефицит; И-2 – эмоциональная отстраненность; И-3 – личностная отстраненность или деперсонализация; И-4 – психосоматические и психовегетативные нарушения; Н-1-Н-1 – напряжение; Р1-Р4 – резистентность; И1-И4 – истощение.

У 3% обследованных врачей участковых-терапевтов сформированных симптомов СПВ по опроснику В.В. Бойко не выявлено. Сформированные три симптома в фазе определились у 3-89%, а четыре симптома – у 2-64% врачей. Определены высокие положительные корреляционные связи ($r = 0,72$; $p < 0,001$) между количеством сформированных симптомов и общей оценкой фаз опросника В.В. Бойко.

Степень выраженности СПВ: в фазе напряжения – $39,4 \pm 3,2$ балла, в фазе резистенции – $89,6 \pm 6,4$ баллов, в фазе истощения – $45,3 \pm 4,8$ балла. Из них по фазе напряжения – у 14% обследованных, по фазе резистенции – у 72% обследованных, по фазе истощения – у 18% обследованных (рис 6).

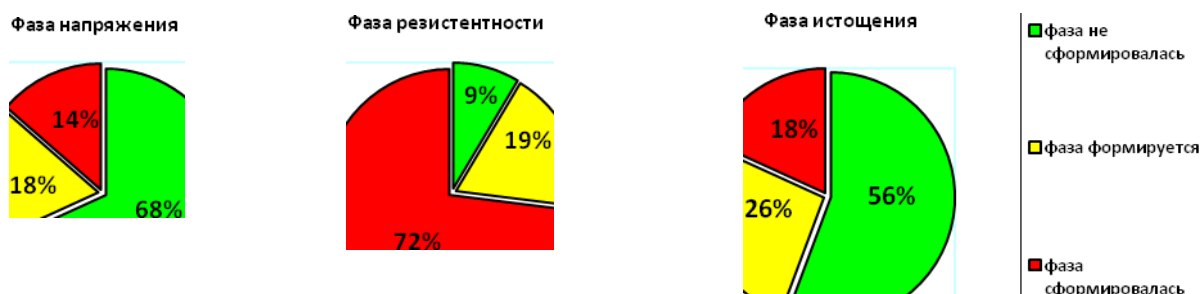


Рис. 6 – Уровень выраженности СПВ по показателям личностных искажений у медицинских работников в группе врачей-участковых терапевтов (%)

При отсутствии сформированных симптомов средняя оценка фазы опросника В.В. Бойко составляла $32,4 \pm 3,3$ балла, при сформированном одном симптоме – $46,2 \pm 1,8$ балла, при двух – $52,1 \pm 3,1$ балла, при трех – $71,5 \pm 2,3$ балла, а при четырех – $84,1 \pm 4,6$ балла. Однако, сопоставление баллов, полученных для фаз, не правомерно, ибо не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления существенно разные: реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы. По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась или какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени.

Полагаем, что сформированность трех симптомов в фазе может свидетельствовать о формировании СПВ, а четырех симптомов – о сформированности СПВ.

Сформированность СПВ по опроснику В.В. Бойко отмечается у 2-14% врачей участковых терапевтов поликлинических медицинских учреждений.

Анализ данных полученных в результате ежегодных диспансерных обследований у «практически здоровых» врачей I и II групп выявил у 86% врачей I группы и у 23% врачей II группы наличие психовегетативного дисбаланса. Установлено, что психовегетативный дисбаланс, имевший место у обследуемых был обусловлен преобладанием симпатических влияний. Дисбаланс проявлялся в виде жалоб астенического характера, лабильной тахикардии, повышением САД, повышением зубца Р во II-III отведениях, смещением интервала S-T ниже изолинии и уплощенным зубцом Т.

Полученные результаты позволили разработать и внедрить в лечебно-профилактических учреждениях практические рекомендации по профилактике СПВ. Рекомендации состоят из диагностического и профилактического этапов, на которых проводятся мероприятия первичной, вторичной и третичной профилактики на индивидуальном, межличностном и организационном уровне (рис. 7). Это позволяет сократить выраженность СПВ у врачей участковых терапевтов.

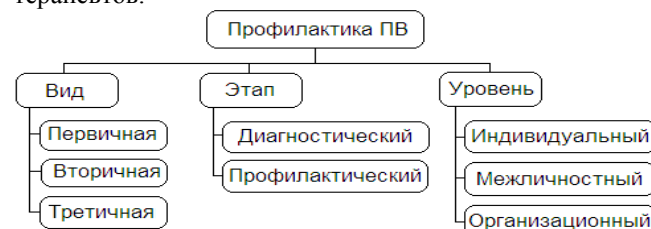
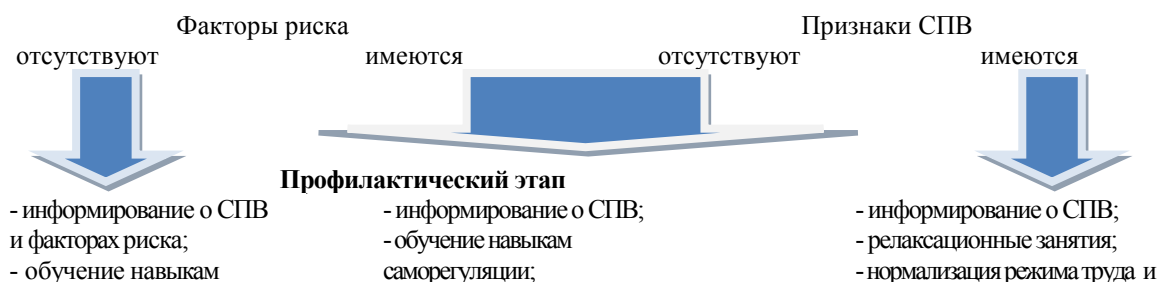


Рис. 7. Основные мероприятия этапов профилактики СПВ

Диагностический этап предусматривал выявление факторов риска развития СПВ и оценку признаков его формирования.

Врачи участковые терапевты, у которых были выявлены сформированные признаки СПВ и признаки его формирования, были взяты под наблюдение и им проведены психопрофилактические и, отчасти, реабилитационные мероприятия в соответствии с разработанной схемой практических рекомендаций (рис. 8).

Оценка наличия признаков СПВ и фактов риска



саморегуляции;	- обучение приемам	отдыха;
- супервизия;	самовоздействия;	- тренинги (коммуникативный,
- дебрифинг после	- нормализация режима труда и	уверенности в себе);
критической ситуации.	отдыха;	- психологическое
	- супервизия, дебрифинг после	консультирование;
	критической ситуации;	- психокоррекция личност
	- тренинги (коммуникативный,	ных установок;
	уверенности в себе);	- психотерапия;
	- коррекция социально-эконо-	- группы поддержки,
	мического статуса.	баллинтовские группы

Рис. 8. Схема практических рекомендаций профилактики СПВ.

Выявлено, что профилактические мероприятия формировали у врачей культуру эмоций и производственных отношений, повышали профессиональную мотивацию, уменьшали рабочее напряжение, оптимизировали психофизиологическое состояние, выравнивали баланс между физическими и психоэмоциональными затратами и получаемым вознаграждением, повышали удовлетворенность от выполненной работы.

О неблагоприятных условиях работы, негативных профессиональных отношениях в лечебных подразделениях, возникновении значительного утомления у конкретного врача информировали руководителя для проведения организационных мероприятий.

Важное место в системе профилактики СПВ отводилось информированию о его проявлениях и преодолению анозогнозии – самооценке и осознанию врачами возникновения у них начальных признаков СПВ. Для формирования у врачей участковых терапевтов привычки самоконтроля за психофизиологическим состоянием по внешним проявлениям эмоций и произвольном подавлении отрицательных эмоций был разработан и использован алгоритм самокоррекции профессионального стресса.

Использование данного алгоритма врачами, позволило им в сложных и экстремальных ситуациях вести себя адекватно. Они стали более ответственно относиться к своей профессиональной деятельности, к пациентам и коллегам. Нормализация психического состояния повышала уверенность в собственных силах, способствовала оптимизации выполнения работ и профилактике формирования СПВ.

Выводы:

1. У части обследованных участковых врачей-терапевтов Невского района Санкт-Петербурга выявлен СПВ, обусловленный хроническим профессиональным стрессом.

2. Сформированный СПВ отмечается у 2-14% участковых врачей-терапевтов ЛПУ и у 3-89% врачей – признаки его формирования. СПВ в фазе истощения выявлен только у 14% обследованных врачей.

3. Низкий уровень сформированности СПВ на фоне напряженной профессиональной деятельности свидетельствует о достаточно выраженных адаптивных возможностях обследованного контингента врачей.

4. Изучение психовегетативного дисбаланса подтвердило положение о том, что хронический стресс ведет к стимуляции адренергической активности.

5. Проводимая ежегодно диспансеризация врачей участковых терапевтов позволяет на ранних этапах выявить группы риска развития синдрома профессионального выгорания.

Литература

1. Авхименко, М.М. Некоторые факторы риска труда медика / М.М. Авхименко // Медицинская помощь. – М. : Медицина, 2003. – № 2. – С. 25–29.

2. Аляветдинов, Р.И. Обеспечение профилактики профессиональных заболеваний у экономически активного населения / Р.И. Аляветдинов, О.Е. Петручук, В.О. Щепин — Казань, 2004. — 216 с.

3. Апчел, В.Я., Стресс и стрессоустойчивость человека / В.Я. Апчел, В.Н. Цыган — СПб. : ВМА, 1999. — 86 с.

4. Бойко, В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. — СПб. : Питер, 1999. — 105 с.

5. Бондарев, С.А. Нарушения ритма сердца при хронической кардиомиопатии вследствие психоэмоционального перенапряжения / С.А. Бондарев, Э.В. Земцовский, Е.А. Вороненко // Вестник аритмологии. — 2008. — Прилож. А. — С. 150.

6. Бондарев, С.А. Сравнительная характеристика стрессорной кардиомиопатии при физическом и психоэмоциональном перенапряжении / С.А. Бондарев // Теория и практика физической культуры. — 2008. — № 3. — С. 77–80.

7. Бондарев, С.А. Диагностика стрессорной кардиомиопатии вследствие хронического психоэмоционального перенапряжения: Учебно-методическое пособие для студентов, интернов и клинических ординаторов / С.А. Бондарев. – СПб. : СПбГПМА, 2010. – 12 с.

8. Бухарин, В.А., Коррекция функционального состояния водолазов / Бухарин В.А. [и др.] // Гипербарическая физиология и медицина, 1996. – №4. – С. 75–76.

9. Бухарин, В.А., Черный В.С. Способ восстановления функционального состояния и работоспособности у лиц, перенесших экстремальное воздействие / В.А. Бухарин, В.С. Черный // Материалы межвузовской научно-практической конференции – СПб. : Индикатор, 2005. – С. 37–41.

10. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства / А.М. Вейн — М. : Мед. инф. агентство, 2003. — 749 с.

11. Винокур, В.А., Профессиональный стресс губит врача / В.А. Винокур, М.Н. Розанова // Медицина Санкт-Петербурга. – СПб. : Изд-во СПб ГУ, 1997. – № 11. – С. 28.

12. Водопьянова, Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях / Н.Е. Водопьянова // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб. : Изд-во СПб ГУ, 2000. — С. 443–463.

13. Губин, А.И. Некоторые аспекты качества жизни и профессиональной адаптации медицинских работников / А.И. Губин [и др.] // Вестник психотерапии. — 2007. — № 22. — С. 16–22.

14. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса. / Л.А. Китаев-Смык — М. : Наука, 1983. — 368 с.

15. Косарев, В.В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области / В.В. Косарев, Г.Ф. Васюкова // Гигиена и санитария. — М. : Медицина, 2004. — № 3. — С. 27–38.

16. Космолинский, Ф.П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях / Ф.П. Космолинский — М. : Медицина, 1976. — 191 с.

17. Лозинская, Е.И. Проявление синдрома перегорания у психиатров и онкологов / Е.И. Лозинская // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — СПб., 2006. — № 3. — С. 16–19.

18. Лукьянов, В.В. Защитно-совладающее поведение и синдром «эмоционального выгорания» у врачей наркологов, их коррекция и влияние на эффективность лечения больных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / В.В. Лукьянов. — СПб. : Изд-во инст. психотерапии, 2007. — 57 с.

19. Лымаренко, В.М. Профессиональное выгорание у медицинских работников поликлинических учреждений как предпосылка психосоматической патологии / В.М. Лымаренко // Материалы межвузовской научно-практической конф. с междунар. участием 27-28 декабря 2011 «Психологические проблемы современного общества». — СПб. : МИЭП, 2011. — С. 89–97.

20. Лымаренко, В.М. Синдром профессионального выгорания у врачей травматологических отделений Невского района Санкт-Петербурга / В.М. Лымаренко // Материалы межвузовской научно-практической конф. с междунар. участием 27-28 декабря 2011 «Психологические проблемы современного общества». — СПб. : МИЭП, 2011. — С. 97–105.

21. Малыгин, В.Л. Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / В.Л. Малыгин [и др.]. — М. : Московский государственный медико-стоматологический университет, 2008. — С. 23–29.

22. Меерсон, Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. — М. : Наука, 1981. — 278 с.

23. Меерсон, Ф.З. Адаптация к стрессу: механизмы и защитные перекрестные эффекты / Ф.З. Меерсон // Нур. Med. J. — 1993. — N 4. — С. 23–30.

24. Пальцев, М.А. В центре внимания — медицинские кадры / М.А. Пальцев // Медицинская академия. — М. : 2006. — №3. — С. 1–2

25. Ронгинская, Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. — М. : Наука, 2002. — Т. 23. — № 3. — С. 85–95.

26. Сапова, Н.И. Экстремальность, стресс и адаптация / Н.И. Сапова // Материалы конф. «Социально-психологические проблемы государственного

управления в России». — СПб. : Высшая школа экономики, 2005. — С.50–55.

27. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье // Пер. с англ. - М. : Медицина, 1960. — 254 с.

28. Цыган, В.Н. Функциональное состояние центральной нервной системы в условиях эколого-профессионального перенапряжения / В.Н. Цыган // Тр. Воен.-мед. акад. — СПб., 1994. — С. 101–107.

29. Чирков, Ю.Г. Стресс без стресса / Ю.Г. Чирков — М. : ФиС, 1988. — 176 с.

30. Юматов, Е.А. Сердечно-сосудистые реакции при эмоциональных перенапряжениях / Е.А. Юматов // Физиология человека. — 1980. — N 5. — С. 893–905.

31. Юрьева, Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников формирование, профилактика, коррекция / Л.Н. Юрьева. — Киев : Сфера, 2004. — 271 с.

32. Arnold, M.B. Stress and emotion / M.B. Arnold // Psychological stress. — New York : Appleton-Century-Crofts, 1967. — P. 123–140.

33. Burisch, M. In search of a theory: some ruminations on the nature and etiology of burnout / M. Burisch // In Professional burnout: recent developments in theory and research. — London : Taylor and Francis, 1993. — P. 75–93.

34. Burke, R.J. Stress, burnout and health / R.J. Burke, A.M. Richardsen // In Handbook of stress, medicine and health / Ed. C. Cooper. — London : CRC Press, 1996. — P. 101–117.

35. Maron, B.J. How should we screen competitive athletes for cardiovascular disease? / B.J. Maron // European Heart Journal. — 2005. — V.26. — N.5. — P. 428–430.

36. Maslach, C. Teacher burnout: A research agenda. / C. Maslach, M.P. Leiter // A sourcebook of international research and practice conference «Understanding and preventing teacher burnout». — Cambridge : Cambridge University Press, 1999. — P. 295–303.

37. Selye, H. The stress of life / H. Selye. — New York : McGraw-Hill, 1956. — 325 p.

38. Wren, C. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol / C. Wren, E. Braunwald // Eur. Heart J. — 2005. — Vol. 26, № 17. — P. 46–51.

025. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**Майкова Е.В.* , д.б.н. Алимова Ф.К.* , к.м.н.
Подольская А.А.** , к.б.н. Кравцова О.А.***

*Казанский (Приволжский) федеральный университет, Российская Федерация; кафедра биохимии, Институт фундаментальной медицины

**Казанский государственный медицинский университет, Российская Федерация

Maikova E.V *, Alimova F.K *, Podolskaya A.A. **, Kravtsova O.A. *

*Kazan (Volga) Federal University, the Russian Federation;

Department of Biochemistry, Institute of Basic Medicine

** Kazan State Medical University, the Russian Federation

ASSOCIATION SUPEROXIDE DISMUTASE GENE POLYMORPHIC VARIANTS WITH THE RISK OF CORONARY HEART DISEASE

В статье приведены данные по ассоциации между развитием ишемической болезни сердца (ИБС) и полиморфными вариантами генов супероксиддисмутаз SOD2 и SOD3 у жителей Республики Татарстан (РТ). Показано, что носители генотипа VV полиморфизма Ala16Val гена SOD2 более подвержены развитию острого инфаркта миокарда, тогда как генотип TT полиморфизма гена SOD3 ассоциирован с риском развития ИБС с клиническим течением в форме стенокардии напряжения. Полученные данные могут являться основой для определения факторов риска и первичной профилактики ИБС в популяции РТ.

Ключевые слова: антиоксидантная система, стенокардия напряжения, острый инфаркт миокарда.

The article presents data on the association between the development of coronary heart disease and polymorphic variants of genes superoxide dismutase SOD2 and SOD3 among the inhabitants of the Republic of Tatarstan. Shown that the VV genotype polymorphism Ala16Val SOD2 gene more likely to develop with acute myocardial infarction, whereas the TT genotype SOD3 gene polymorphism is associated with risk of coronary heart disease with the clinical course in the form of angina pectoris. The data obtained can be the basis for determining the risk factors and primary prevention of coronary heart disease in the population of the Republic of Tatarstan.

Keywords: antioxidant system, angina pectoris, acute myocardial infarction.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одно из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, обусловленное атеросклеротическим поражением сосудов, в патогенезе которого большую роль играет сложное взаимодействие наследственных и средовых факторов, что указывает на мультифакторную природу данного заболевания, а выявление наследственной природы и молекулярных механизмов его развития составляет основу современной медицины [1,2,6].

В настоящее время показано, что одним из факторов риска развития ИБС является изменение в работе антиоксидантной системы (АОС), маркерами нарушения которого являются, в первую очередь, продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ) и некоторые ферменты, генетический дефект которых ведет к изменению их активности и нарушению антиоксидантной защиты [9].

Инициация ПОЛ при ИБС обусловлена снижением активности естественных антиоксидантных ферментов и дефицитом антиоксидантов, а также наличием дислипидемии, при которой содержащиеся в крови в высокой концентрации атерогенные липиды служат легким субстратом для свободно-радикального окисления. Избыток первичных продуктов ПОЛ, к которым относятся гидроперекиси липидов (ГПЛ), запускает системную воспалительную реакцию: происходит усиление агрегации тромбоцитов и адгезии нейтрофилов к эндотелию, нарушение синтеза оксида азота и развитие вазоконстрикции, снижение содержания

ненасыщенных жирных кислот, цитотоксическое повреждение эндотелиоцитов [4].

Сложный механизм формирования клинического фенотипа ИБС, в частности, острого инфаркта миокарда (ОИМ) и стабильной стенокардии напряжения (СН), обусловлен также большим количеством и высоким полиморфизмом генетических маркеров. Последние десятилетия в мире активно ведутся исследования по выявлению генетических факторов риска развития ИБС на основе полиморфизма ядерных генов, перечень которых включает не менее 300 наименований из различных групп: гены белков липидного обмена, белков, регулирующих сосудистые реакции, гены гемостатических факторов и т.д. (Human genetics official database, 2010). Кроме того, последние несколько лет пристальное внимание исследователей обращено к полиморфизму митохондриального генома, поскольку недостаточность функции дыхательной цепи, вызванной индивидуальными особенностями митохондриальной ДНК, может сказываться на различных биохимических функциях организма, в том числе на состоянии системы окислительного фосфорилирования и генерации активных форм кислорода [5].

Тем не менее, патогенетические факторы и механизмы дисрегуляции работы АОС при ИБС с различным клиническим течением еще недостаточно исследованы, так как фенотипическое проявление генетического полиморфизма в значительной мере зависит от генофонда и условий жизни конкретной популяции, чем и объясняется противоречивость данных по ассоциации полиморфизма генов-кандидатов с риском развития ИБС. Согласно анализу литературы, роль генов, кодирующих ферменты АОС, в формировании предрасположенности к развитию ИБС является не достаточно изученной, и результаты исследований носят противоречивый характер.

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования является выявление роли полиморфных вариантов Ala16Val гена SOD2 и +186C/T гена SOD3 с риском развития предрасположенности к ИБС у населения Республики Татарстан (РТ).

Материалом для исследования служили образцы ДНК, полученные из 4 мл цельной крови, 434 представителей двух этнических групп Республики Татарстан: русских и татар. Этническую принадлежность выясняли путем индивидуального анкетирования, учитывая данные до третьего поколения.

Группа пациентов с диагнозом ИБС с клиническим течением в форме стабильной стенокардии напряжения ФК III - IV, состоящая из 92 человек, и группа пациентов с острым инфарктом миокарда состоящая из 174 человек, сформирована на базе кардиологического отделения Межрегионального клинко-диагностического центра и Городской больницы скорой медицинской помощи №1 г. Казани. Диагноз клинических форм ИБС был верифицирован согласно критериям ВНОК (2008г.). Исследуемые группы сформированы с учетом пола, возраста, отягощенной наследственности по ИБС (наличие ИБС у кровных родственников). Пациенты с хронической сердечной недостаточностью III-IV функционального класса, сложными нарушениями ритма сердца, тяжелыми заболеваниями печени, почек, легких,

крови, сахарным диабетом, требующими коррекции, в исследование не включались.

Контрольная группа сравнения включала 168 человек, куда вошли пациенты травматологического и хирургического отделений без признаков атеросклеротического поражения сосудов, артериальной гипертензии, сахарного диабета и других системных заболеваний. У всех пациентов было получено письменное согласие на проведение данного исследования. Как больные ИБС, так и лица, составившие группу контроля, представляли собой смешанную популяцию Республики Татарстан и не состояли друг с другом в кровном родстве. Все лица дали информированное согласие на участие в исследовании.

Геномную ДНК из лейкоцитов венозной крови выделяли методом фенол-хлороформной экстракции с некоторыми модификациями [3]. Анализ генетических полиморфизмов исследуемых генов осуществляли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием локус-специфичных олигонуклеотидных праймеров [4–5]. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы UNPHASED версии 3.1.5 (программа разработана Frank Dudbridge, 2006, MRC Biostatistics Unit Robinson Way Cambridge CB2 0SR, UK).

Значимость различий между группами по частотам встречаемости аллелей и генотипов исследованных полиморфизмов оценивали по критерию χ^2 при уровне значимости $p=0.05$. Для оценки связи полиморфных локусов в развитии ИБС рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95% доверительных интервалов для ОШ (ДИ_{ОШ}). Все изученные полиморфизмы находятся в соответствии с равновесием Харди-Вайнберга ($p>0.05$).

Согласно результатам исследования по полиморфному варианту гена SOD2, статистически значимое увеличение аллеля V ($p=0,008$) и генотипа VV ($p=0,004$) наблюдается в группе больных ИБС с ОИМ, тогда как в контрольной группе значительно снижена частота встречаемости аллеля A ($p=0,008$). Расчет показателей относительного риска показывает, что носители генотипа VV (ОШ=1,89, 95% ДИ_{ОШ} 1.09–3.32) почти в 2 раза больше подвержены риску развития острого инфаркта миокарда, чем носители других генотипов.

При статистическом анализе распределения частот аллелей и генотипов полиморфного варианта гена SOD3 в исследуемых группах выявлены значимое увеличение доли гомозиготного генотипа TT у больных ИБС со СН ($p=0,021$, ОШ=1,752, ДИ_{ОШ} 0.91–3.37) по сравнению с контрольной группой. Достоверное увеличение частоты гомозиготного генотипа TT позволяет считать данный генотип одним из маркеров, ассоциированных с риском развития ИБС с клиническим течением в форме стенокардии напряжения.

Известно, что в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний немаловажную роль играет пол больного, поэтому представлялось целесообразным разделить выборки по половому признаку. Статистический анализ показал, что только у мужчин аллель V и генотип VV являются генетическими маркерами повышенного риска развития заболевания ИБС, протекающий в форме ОИМ ($p=0,026$ и $p=0,011$, соответственно). При этом по

полиморфному варианту +186C/T гена SOD3 в группе женщин больных ИБС с клиническим течением заболевания в форме СН достоверно увеличена доля гомозиготного генотипа TT ($p=0,011$, ОШ=3,6; ДИ_{ОШ} 1.38–9.40) по сравнению с контрольной группой.

Полагают, что патогенез ИБС характеризуется этногеографической неоднородностью. В нашем исследовании значимое различие в распределении частот аллелей и генотипов в группах, дифференцированных по национальной принадлежности, обнаружено как в популяции татар, так и в русской популяции РТ. В выборке из популяции татар РТ в группе больных ИБС с клиническим течением в форме ОИМ по сравнению с группой контроля наблюдали статистически достоверное увеличение доли аллеля V и генотипа VV (ОШ=2,25, $p=0,0003$; ОШ=3,456, $p=0,001$ соответственно). В популяции русских Республики Татарстан обнаружена высокая доля генотипа СТ в контрольной группе ($p=0,001$, ОШ=0,0296; ДИ_{ОШ} 0.097–0.092) и генотипа TT в группе больных ИБС со СН ($p=0,007$, ОШ=1,51; ДИ_{ОШ} 0.55–4.16).

Таким образом, в результате проведенного исследования показана строгая ассоциация между развитием ИБС и полиморфными вариантами генов SOD2 и SOD3. Полученные данные могут служить основой для определения факторов риска и первичной профилактики ИБС в популяции РТ.

Список использованных источников:

1. Власова, Н.В. Дифференциальная диагностика ИБС и алкогольной кардиомиопатии / Н.В. Власова, О.Г. Асташкина. – М.: Спутник, 2010. – 109 с.
2. Карпов, Ю.А. Медикаментозное и инвазивное лечение стабильной ИБС: как сделать правильный выбор? / Ю.А. Карпов, А.Н. Самко, В.В. Буза // Кардиологический вестник. – 2009. – №2. – С. 5–11.
3. Маниатис С.И. Оптимизированные методики выделения ДНК из различных источников / С.И. Маниатис. – М.: Наука. – 1998. – 160 с.
4. Меньщикова, Е.Б. Окислительный стресс. Проксиданты и антиоксиданты / Е.Б. Меньщикова, В.З. Ланкин, Н.К. Зенков с соавт. – М.: Фирма «Слово», 2006. – 556 с.
5. Тодоров, И.Н. Митохондрии: окислительный стресс и мутации митохондриальной ДНК в развитии патологий, процессе старения и апоптозе / И.Н. Тодоров // Российский химический журнал. – 2007. – Т.11, №1. – С.93–106.
6. Чазов, Е.И. Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний / Е.И. Чазов // Терапевтический архив. – 2008. – № 8. – С. 11–18.
7. Arun K.T. Oxidative stress pathway genes and chronic renal insufficiency in Asian Indians with Type 2 diabetes / K.T. Arun, Pushlata Prasad, B.K. Thelma et al. // J Diabetes Complications. – 2009. – V.23. – P. 104.
8. Escola-Gil, J.C. Antiatherogenic role of high-density lipoproteins: insights from genetically engineered-mice / J.C. Escola-Gil, L. Cample-Berdiel, X. Palomer et al. // Frontiers in Bioscience. – 2006. – Vol. 11. – P. 1328–1348.
9. Mitrinen K. Association between manganese superoxide dismutase (MnSOD) gene polymorphism and breast cancer risk / K. Mitrinen, P. Sillanpaa, V. Kataja et al. // Carcinogenesis. – 2001. – V. 22. – P. 827.

10. Friedlander, Y. Family History as a Risk Factor for Primary Cardiac Arrest / Y. Friedlander, S. Siscovick, S. Weinmann // Circulation. – 2001. – Vol. 97. – P. 155–160.

026. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ВАЖНЕЙШИЙ МЕХАНИЗМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ У СОТРУДНИКОВ ПОЛИЦИИ

А.М. Муртазов, А.Г. Шогенов

Федеральное казённое учреждение здравоохранения
Медико-санитарная часть МВД России по

Кабардино-Балкарской Республике, г.Нальчик

Ключевые слова: психосоматические заболевания, профилактика, профессиональное долголетие, сотрудники полиции.

MODERN METHODS OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF PSYCHOSOMATIC DISEASES AS THE MAJOR MECHANISM OF MAINTENANCE OF PROFESSIONAL LONGEVITY AT EMPLOYEES OF POLICE

A.M. Murtazov, A.G. Shogenov

Federal state establishment of public health services
the Medicosanitary part of the Ministry of Internal
Affairs of Russia on the Kabardino-Balkarian Republic,
Nalchik

Keywords: psychosomatic diseases, preventive maintenance, professional longevity, employees of police.

В последнее десятилетие в структуре заболеваемости и смертности населения России возрастает удельный вес социально зависимых и профессионально обусловленных стресс индуцированных патологических состояний, в том числе и психосоматических заболеваний. В полной мере эти тенденции проявляются в органах внутренних дел (ОВД), служба в которых во всём мире традиционно относится к профессиональным видам деятельности, сопровождающимся высокой степенью психоэмоциональных стрессовых нагрузок.

Выполнение служебных задач в особых условиях профессиональной деятельности сотрудниками ОВД носит экстремальный характер. Имеет место высокая вероятность причинения вреда здоровью или гибели сотрудника при исполнении служебного долга. Под особыми условиями профессиональной деятельности понимается выполнение оперативно-служебных и служебно-боевых задач в условиях Северо-Кавказского региона, сопровождающихся повседневной повышенной психоэмоциональной и психофизиологической нагрузками, сопряжёнными с возможным причинением вреда здоровью и риском для жизни, применением огнестрельного оружия на поражение. А также осуществление служебной деятельности в условиях чрезвычайного положения при ликвидации и предотвращении террористических актов и других ситуациях [5, 6].

Профессиональная деятельность носит экстремальный характер также в связи со сверх

нормативностью и протяжённостью внешних средовых воздействий, здесь надо учитывать кратность и частоту участия в них сотрудников. Эта специфика трудового процесса отражает нагрузку преимущественно на центральную нервную систему, органы чувств и эмоциональную сферу сотрудника [3, 4]. При повседневном или протяжённом психоэмоциональном напряжении, превышающем барьер психической устойчивости, адаптивная стресс-реакция стресс-лимитирующих систем (СЛС) переходит в патогенную (дистресс), проявляющуюся в дезорганизации психосоциальных и психофизиологических функций индивидуума [6].

Возникающие при этом состояния психофизиологической дезадаптации проявляются в снижении когнитивной функций ЦНС, работоспособности, повышенной утомляемости, девиантных формах поведения (суицидальные тенденции, агрессивность, импульсивность поступков и др.), нервно-психических тревожно депрессивных и психосоматических (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и др.) нарушениях [3, 4]. Это определяет пристальное внимание к данной проблеме не только широкого круга клиницистов (терапевтов, кардиологов, неврологов и психиатров), но и медицинских психологов, физиологов и социологов.

Сочетание показанных особенностей профессиональной деятельности и общих неблагоприятных условий (социально-экономические факторы, недостаточность медико-санитарного просвещения и др.) ещё в большей степени усложняет задачу по охране здоровья сотрудников ОВД. До настоящего времени при решении вопросов организации медико-психологической помощи нам приходилось использовать стратегию Торреса – стратегию «скрининга», согласно которой в ходе профилактических диагностических мероприятий выявляются «факторы риска» и осуществляются мероприятия по борьбе с ними. Однако при этом у сотрудников, которые в рамках скрининговых обследований не имели «факторов риска», донозологические отклонения в состоянии здоровья могут быть. Поэтому общая стратегия организации медицинских и психодиагностических обследований, а также восстановительных мероприятий заключаются в том, что своевременно проведённые профилактические мероприятия при преморбидных и донозологических состояниях значительно более эффективны для здоровья сотрудников, нежели успех в лечении уже хронических расстройств [3, 6]. Связь частоты стресс индуцированной артериальной гипертензии с высокой психоэмоциональной нагрузкой на рабочем месте подтверждена данными многих исследований [1, 2, 7, 8, 9, 10]. В английском языке для обозначения такой стрессовой нагрузки используется термин «job strain». Он означает сочетание высоких требований, предъявляемых к работнику и ограничение его свободы в принятии решений. Таким образом, термин «гипертония на рабочем месте» означает более высокие уровни АД в рабочее время, по сравнению со значениями АД в периоды отдыха и выходные дни. Неблагоприятные внешние факторы, оказывающие стрессорное влияние на рабочем месте,

действуют совместно с возникающими психопатологическими состояниями, такими как: тревога, депрессия, расстройства адаптации и посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР).

Вместе с тем, остаётся чрезвычайно актуальным совершенствование методов ранней диагностики стресс индуцированных психосоматических расстройств и заболеваний, разработка эффективных программ первичной и вторичной профилактики среди сотрудников ОВД.

Таким образом, показанные особенности ежедневной профессиональной деятельности сотрудников ОВД требуют особых подходов в организации внеплановых медицинских и психодиагностических мероприятий для успешного решения возникающих у сотрудников проблем со стресс индуцированными психосоматическими расстройствами.

Целью настоящего исследования являлось установить частоту и динамику прогрессирования стресс индуцированных патологических состояний и психосоматических заболеваний (в течении 15-ти лет) среди сотрудников ОВД, а также оценить эффективность комплексной программы медико-психологической реабилитации.

Материал и методы:

Осуществлено эпидемиологическое обследование 1501 сотрудника ОВД в возрасте 21-49 лет. Сотрудники распределены на основную (ОГ) 1-я и 2-я группы предназначения и контрольную (КГ) 3-я, 4-я группы предназначения с учётом специфики профессиональной деятельности и степени нервно-эмоциональной напряжённости труда. Комплексную диагностическую оценку, вызванных стрессом психосоматических нарушений состояний здоровья определяли, используя: а) оригинальный «Опросник травматического стресса» (ОТС) И.О. Котенева (1996), предназначенный для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений на основе критериев, содержащихся в DSM-4, б) Миссисипская шкала постбоевых стрессовых расстройств Т. Кина, в) тест «Самочувствие, активность, настроение» (САН), г) цветовой тест Макса Люшера, д) психофизиологическое тестирование (ПФТ) универсальным хронорефлексометрическим комплексом (КХ-1) с автоматической подачей раздражителей по заданной программе. Изучался латентный, моторный периоды зрительно-моторной реакции, ошибки при выборе цвета и точность слежения за движущимся объектом. Нами широко используется метод оценки функциональных резервов организма по состоянию системы кровообращения. Обусловлено это тем, что, во-первых, и в большинстве случаев эту систему можно рассматривать как индикатор адаптационных реакций целостного организма, во-вторых, известностью и доступностью измерения показателей её работы. Применялся стандартный опросник ВОЗ (выявление стенокардии напряжения и др.) суточное мониторирование артериального давления и ЭКГ (СМАД и СМЭКГ) – по показаниям (при наличии кардиалгии, чувства перебоев в работе сердца), являющихся ценными методами для убедительной диагностики стресс индуцированной АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Мониторинг АД и ЭКГ для

регистрации основных параметров осуществляется согласно критериям ВОЗ, МОАГ (1999). Диагностическим критерием АГ являлись: повышение среднесуточного САД более 135 и/или ДАД > 85 мм.рт.ст, и различия между среднесуточными показателями САД и/или ДАД, полученными в рабочие и выходные дни, соответственно на 6 и более мм.рт.ст и/или 3 и более мм.рт.ст. При невозможности измерения АД в выходной день сравниваются показатели АД, полученные при дневном мониторинговании в рабочее, но «относительно» свободное время. В таких случаях разница в значениях САД соответствует не менее 8 мм.рт.ст., а ДАД – не менее 5 мм.рт.ст. СМЭКГ имеет особое значение в диагностике скрытых «немых» эпизодов ишемии миокарда и аритмии сердца и показывает достаточно высокие уровни распространённости симптомов коронарной недостаточности и аритмии сердца. Системное комплексное диспансерное обследование и реабилитационные мероприятия осуществлялись в условиях Медико-санитарной части (МСЧ) МВД по Кабардино-Балкарской Республике на этапах (поликлиника, Центр психофизиологической диагностики, стационар, ведомственный санаторий). Применялись нелекарственные методы восстановительного лечения (физиопроцедуры, лечебная физкультура-ЛФК, бальнеотерапия, бромйодные и азотно-термальные ванны), рациональная психотерапия, аутотренинг. Алгоритм фармацевтической коррекции определялся индивидуально, в зависимости от степени выраженности выявленной общесоматической и психофизиологической симптоматики. Продолжительность реабилитационно-восстановительного лечения в среднем составляла 4-5 недель и зависела от течения и характера психосоматического расстройства. Статистическая обработка результатов исследования выполнена с помощью пакета прикладных программ Statistica 5.1., уровень достоверности был принят $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: Полученный сравнительный анализ результатов комплексного психофизиологического обследования выявил выраженные показатели шкал дезадаптации, дистресса и высокий общий показатель пограничных нервно-психических расстройств (ПНПР) в целом у 31,0% в ОГ и 24,9% в КГ обследованных сотрудников ($p < 0,05$), что объясняется недостаточной резистентностью адаптационных механизмов. В расстройствах адаптации (РА) преобладают смешанные тревожно-депрессивные реакции, проявляющиеся высокой эмоциональной возбудимостью и неустойчивостью, выраженную депрессивную тревожность. Эти данные указывают на формирование у выявленной группы сотрудников высокого стресс индуцированного психофизиологического риска, обусловленного спецификой служебной деятельности, что оказывает негативное влияние на качество и характер выполняемой профессиональной деятельности. Вместе с тем, тревога и депрессия в настоящее время считаются самостоятельным и независимым фактором риска ССЗ, что убедительно демонстрирует важность мониторинга комплексного медико-психологического обследования у

лиц, служебная деятельность которых сопряжена со значительным психоэмоциональным напряжением и связана с риском для жизни. Частота выявленной АГ среди сотрудников ОВД оказалась достаточно высокой и зависела от особенностей служебной деятельности. В частности, АГ в целом регистрировалась у ОГ 35,3% случаев, в КГ 27,8% случаев ($p < 0,05$). СМАД обнаружила у больных с АГ чаще (62-68%) вечерний-ночной и утренний, реже (28-33%) дневной-вечерний типы. Учитывая необходимость адекватной коррекции обнаруженных изменений гемодинамики для сохранения здоровья и работоспособности, следует рекомендовать СМАД не только при наличии явных медицинских показаний, но и у здоровых с факторами риска ИБС, работа которых связана с постоянным психоэмоциональным стрессом. Интерпретируя результаты СМАД, необходимо отметить, что признаки коронарной недостаточности (часто «немые»), а также различные варианты аритмии сердца и изменения проводимости чаще регистрировались среди сотрудников, имеющих стаж службы 15 и более лет (17,9% сотрудников) такие как: мерцательная аритмия (3,5%) случаев, пароксизмальная тахикардия (8,5%) случаев, экстрасистолия (24,5%) случаев. Таким образом, выявленные при динамическом мониторинге достаточно высокие уровни распространённости симптомов коронарной недостаточности и аритмии сердца в указанной популяции сотрудников, подчёркивает высокую верификационную значимость СМАД в диагностике скрытых («немых») эпизодов ишемии миокарда и аритмии сердца. Полученные результаты «педалируют» необходимость реализации своевременных адекватных лечебно-восстановительных и реабилитационных мер на донозологических стадиях расстройств здоровья. Важное практическое значение имеют полученные результаты состояния системы оперативного реагирования методом психофизиологического тестирования (ПФТ). Выявлено снижение когнитивных функций ЦНС, концентрации внимания, уровня памяти и скорости принятия решений у ОГ в 12,1%, КГ 11,2% ($p < 0,05$) данной категории сотрудников. Совершенно очевидно, что ПФТ следует шире использовать в практической деятельности МСЧ не только при решении профессиональных, социальных и экспертных вопросов, но и при оценке эффективности медицинских лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятий среди сотрудников «опасных» профессий.

Заключение:

Разработанная тактика активного выявления и медико-психологического мониторингирования сотрудников ОВД в сочетании с образовательным проектом «Школа здоровья» на этапах ЦПД-поликлиника-стационар-санаторий демонстрируют возможности существенного повышения результативности и эффективности реабилитационно-восстановительных мероприятий среди сотрудников с стресс индуцированными патологическими состояниями, модификацией образа жизни сотрудников ОВД, выполняющих высоконапряжённые виды профессиональной деятельности. Активное участие сотрудников ОВД в работе образовательного проекта «Школы здоровья»

оказывает благотворное влияние на состояние психосоматического здоровья и обеспечивает профессиональное долголетие, а также профессиональную надёжность.

Список использованной литературы:

1. Баевский Р.М., Сыркин А.Л., Ибатов А.Д., Соболев А.В., Черников А.Г. Оценка адаптационных возможностей организма и проблемы восстановительной медицины // Вестник восстановительной медицины – 2004.-№2.-с.19.
2. Измеров Н.Ф. Материалы V-Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». Вып.2. М., 2006.-с.38-49.-с.206-208.
3. Морозов Д.В. Организация внеплановых медицинских и психодиагностических осмотров сотрудников ОВД РФ, принимающих участие в выполнении оперативно-служебных, служебно-боевых и иных задач, сопряжённых с опасностью для жизни и причинением вреда здоровью. Методические рекомендации – 2007.- М.-с.38.
4. Морозов Д.В. // Ведомости мед. службы МВД – 2009.- №1(12).- с.1-2.
5. Мягких Н.И. // Ведомости мед. службы МВД – 2009.- №1(12).- с.1-6.
6. Мягких Н.И., Шутко Г.В. // Ведомости мед. службы МВД – 2008.- №4(11).- с.1-3.
7. Разумов А.Н., Ромашин О.В. Оздоровление населения – стратегическая задача Российского социума. // Вестник восстановительной медицины – 2004.-№2.-с.12.
8. Стародубов В.И., Хальфин Р.А. и др. Информационные материалы. Сбережение народа зависит от вас! «ГЭОТАР-Медиа» – 2006.-с.66.
9. Тарасова Л.А., Соркина Н.С. // Мед.труда. – 2003.-№5.-с.29-33.
10. Pickering TG. Mental stress as a casual factor in the development of hypertension and cardiovascular disease. Current Hypertension Reports – 2003.-№3.p-249-254.

027. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД ПО РТ С 2007 ПО 2011 г.

Ольга Борисовна Ощепкова, врач-кардиолог, заведующая кардиологическим отделением клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан», e-mail: oschepkova.kazan@mail.ru

Николай Анатольевич Цибульский, К.М.Н, доцент кафедры кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии БГОУ ДПО 4 КГМА Росздрава, e-mail:diagnost@ksu.ru

Наиль Багауич Амиров, Д.М.Н., профессор кафедры общей врачебной практики БГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ, тел.(843)291-26-76, e.meil: namirov@mail.ru

Реферат. Статья содержит анализ работы кардиологического отделения клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ за пятилетний период с 2007 по 2011 гг. В статье представлены основные показатели

клинической работы отделения за отчетный период, проведен анализ диагностических и лечебных мероприятий, динамики использования коечного фонда, состава пролеченных больных по нозологическим формам заболеваний системы кровообращения, социально-экономических показателей и уровня технической оснащенности отделения. Выводы, сделанные на основе проведенного анализа, будут использованы для дальнейшей оптимизации работы отделения.

Ключевые слова: заболевания сердечно-сосудистой системы, кардиологическая служба, анализ деятельности.

ANALYSIS OF DIVISION OF CARDIOLOGY CLINICAL HOSPITAL MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS TATARSTAN FROM 2007 TO 2011

O. OSCHEPKOVA, cardiologist, supervisor of cardiological department, clinical hospital FKUZ «the Medicosanitary part of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation on Republic Tatarstan»

N. TCIBULKIN, docent, chair of cardiology and cardiovascular surgery, KSMA

N. AMIROV, doctor sci.(med)., professor, acad. of RANS, Honored Doctor of TR

Abstract: The article presents results of work of cardiological department during 2007 – 2011 years in mane indicators of clinical work. In the article presented analysis of diagnostic and treatment work, number of treated patients with different cardiac diseases, social and economical significance, technical diagnostic capabilities. The results will be used to increase the quality of work of the department.

Key words: cariovascular diseases, cardiology service, analysis of work.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. [9]. Среди общей смертности в России сердечно-сосудистые заболевания составляют 57 %. Такого высокого показателя нет ни в одной стране мира! Следует обратить особое внимание, что среди сердечно-сосудистых заболеваний большая часть - это ишемическая болезнь сердца и гипертония с ее осложнениями — инфарктами миокарда и инсультами. Сократить их количество можно, вовремя оказав пациенту необходимую медицинскую помощь. Когда счет идет на секунды, спасти жизнь больному можно только лишь с помощью специализированного оказания медицинской помощи.

Система организации специализированной кардиологической медицинской помощи лицам, страдающим болезнями органов кровообращения неревматической природы создана в связи с высокой распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых первые места занимают ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь, а также необходимостью улучшения профилактики и лечения этих контингентов больных.

Реформирование отечественного здравоохранения, начавшееся в 90-е годы прошлого века, внесло определенные коррективы в организацию

специализированной кардиологической медицинской помощи.[1]

Кардиологическое отделение ФКУЗ МСЧ МВД России по РТ функционирует с 1 июля 2005 года (приказ МВД РТ № 207 от 8.04.05) и является структурным подразделением многопрофильного госпиталя; предназначено для оказания специализированной лечебно-диагностической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями как в случае плановой, так и экстренной госпитализации и служит базой подготовки, специализации и усовершенствования медицинских кадров в области кардиологии и кардио-ревматологии.

Кардиологическое отделение работает, согласно принятых стандартов диагностики и лечения (Приказ Минздрава РТ от 22 июня 2009г № 820).[2]

В настоящее время в отделении развернуто 25 коек. Штат отделения полностью укомплектован врачебным и средним медицинским персоналом. В отделении ведут работу 2 врача-кардиолога, имеющие первую и высшую категории. Медсестринский персонал составляют опытные кадры, квалифицированные, категорированные медицинские сестры. Коллектив отделения делает все возможное, чтобы ни один пациент не оставался без внимания, опеки и заботы со стороны медперсонала.

Кардиологическое отделение в своей деятельности использует все лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения госпиталя, в составе которого оно организовано. В практической деятельности врачами отделения используются современные методы врачебной диагностики, общеклинические, функциональные методы обследования больных (суточное мониторирование артериального давления, электрокардиограммы, нагрузочные тесты), электрофизиологические, рентгенологические, эндоскопические методы обследования пациентов, тесно сотрудничают с отделениями лабораторной службы.

Кардиологическое отделение в полном объеме располагает современными лекарственными препаратами, в том числе последних поколений, позволяющих улучшить качество жизни и прогноз болезни у каждого конкретного пациента.

Врачи кардиологического отделения оказывают консультативную помощь врачам неврологического и хирургического отделений в вопросах диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В соответствии с основными задачами в отделении осуществляется обследование и оказание высококвалифицированной специализированной лечебно-диагностической и консультативной помощи пациентам, страдающим различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Прежде всего это лечение больных с различными формами ИБС:

- Острый инфаркт миокарда.
- Нестабильная стенокардия
- Стабильная стенокардия напряжения I-IV ФК.
- Постинфарктный кардиосклероз с нарушениями сердечного ритма или признаками сердечной недостаточности
- Врожденные и приобретенные пороки сердца

• Отбор больных для реваскуляризации миокарда (баллонная дилатация, стентирование, АКШ)

Основная задача медицинского персонала кардиологического отделения при поступлении пациентов с острым коронарным синдромом не допустить развитие острого инфаркта миокарда. Успешное выполнение этой задачи основано на высокой квалификации прежде всего врачебного и сестринского персонала, владеющего необходимыми навыками и манипуляциями неотложной кардиологии, а в случае необходимости, и реанимационными мероприятиями.

Пациенты, у которых наблюдается тяжелая форма сердечной недостаточности на фоне хронических форм ИБС, перенесенного инфаркта миокарда, нарушения сердечного ритма, кардиомиопатий, находятся в палате интенсивной терапии, где проводится полное комплексное обследование и последующее лечение с применением современной терапии.

Особое значение в последнее время приобрело использование современных методов обследования и лечения некоронарогенных заболеваний миокарда. Сюда относятся различные виды и кардиомиопатий, и заболевания миокарда воспалительного и метаболического характера.

Кроме того, в отделение проводится лечение больных, страдающих артериальной гипертензией, в том числе и симптоматической. С помощью системы суточного мониторирования АД (СМАД) обеспечиваются контроль за выработкой оптимального способа введения гипотензивного препарата и профилактика рикошетного повышения АД. Установлено, что основным принципом лечения гипертонических кризов является защита органов-мишеней как от артериальной гипертензии, так и от ишемии вследствие чрезмерного снижения АД. Разработана тактика постепенного снижения АД в среднем на 25% от исходного за счет внутривенного капельного введения препаратов. Последующая стабилизация достигается назначением медикаментов

внутрь. При соблюдении этих условий в подавляющем большинстве случаев удается купировать основные проявления гипертонических кризов.

Благодаря хорошему обеспечению в госпитале современными лекарственными препаратами за последние годы удалось заметно уменьшить риск развития грозных осложнений больных с различными формами ИБС и артериальной гипертензии. В настоящее время в отделении успешно проводится по отработанным схемам лечение больных современными антикоагулянтами, различными противоаритмическими и гипотензивными препаратами.

Современное лечение больных в кардиологическом отделении возможно только при тесном сотрудничестве с ведущими специалистами в области неинвазивной ангиологии и кардиохирургии, что позволяет в ряде случаев уменьшить летальность, не допустить инвалидизации пациентов, улучшить качество жизни больных.

На базе госпиталя плодотворно работают кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО Казанского государственного медицинского университета, а так же с 2009 года - кафедра «Кардиологии и ангиологии» Казанской государственной медицинской академии. Совместно с заведующими и ординаторами этих кафедр регулярно проводятся обходы в отделении с клиническим разбором трудных пациентов. Регулярно на базе клинического госпиталя проводятся тематические конференции по заболеваниям сердечно-сосудистой системы и их осложнениям; проводится научная работа по применению оценке эффективности и внедрению новых лекарственных средств, что находит отражение в печатных статьях журнала «Вестник Современной Клинической медицины».

В целях улучшения качества оказываемой медицинской помощи и оптимизации работы в отделении проведен анализ основных показателей и представлен в таблице 1.

Таблица 1

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Показатель	2007г.	2008 г.	2009г.	2010г.	2011г.
Кол-во пролеченных больных	525	481	533	588	542
Средняя занятость койки	314	266,7	308,5	333,2	291,4
Средн. длит. пребывания больного на койке	14,4	13,8	14,5	14,2	13,3
Оборот койки	21,8	19,2	21,3	23,5	12,1
Летальность	0,19	0,2	0,18	0,18	0,36
Выполнение плана	95	80,5	90,8	98,0	85,7

Из представленной таблицы 1 можно отметить, что основные показатели работы отделения за анализируемый период существенно не меняются и остаются на высоком уровне. Общее число пролеченных больных за период 2007-2011 годы составляет 2669. Средние сроки лечения по нозологическим формам не превышают существующие стандарты. Отмечается тенденция роста из года в год количества пролеченных больных, за исключением последнего 2011 года, что связано со снижением темпов госпитализации в отделение в сентябре-октябре месяцах из за отсутствия врача кардиолога. В тоже время показатели предыдущего года говорят о наличии дополнительных резервов, которые позволят увеличить оборот койки до 23,5. Повышение интенсивности использования коечного фонда возможно за счет госпитализации плановых больных, активной выявляемости заболеваний сердечно-сосудистой системы на догоспитальном этапе.

Особого внимания заслуживает динамика показателей средней длительности пребывания больных на кардиологических койках госпиталя. Средняя длительность лечения больных в сократилась с 14,4 дней в 2007 г. до 13,3

дня в 2011 г., т.е. на 8 %. Показатели летальности находятся на низком уровне (в сравнении с общероссийскими показателями), не смотря на сложность и сочетанность заболеваний. Это связано с постоянным повышением квалификации врачей отделения на курсах усовершенствования и при совместной работе с преподавателями кафедры, а так же высоким уровнем материально-технического и лекарственного обеспечения нашего госпиталя

Показатели заболеваемости по нозологическим формам представлены в таблице 2 и рис.1

Таблица 2

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ

Нозология	2007г.		2008г.		2009г.		2010г.		2011г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ИБС (СН, ПИКС) + ГБ	294	56	280	58,2	315	59,1	316	53,74	252	46,5
Инфаркт миокарда	3	0,57	5	1,04	19	3,56	16	2,72	6	1,1
ГБ	112	21,3	145	30,15	126	23,64	163	27,72	158	29,15
Нарушение ритма, проводимости	88	16,4	39	8,1	43	8,07	61	10,37	85	15,68
Ревматизм	3	0,57	7	1,45	6	1,13	9	1,53	9	1,66
прочие	25	4,8	5	1,04	24	4,5	23	3,9	32	5,9
Всего	525		481		533		588		542	

Таблица 2 показывает, что основное число больных – это больные с тяжелой патологией сердца в сочетании ИБС и гипертонической болезни и их число из года в год растет. За анализируемый период число больных с гипертонией имеет тенденцию к росту со 112 до 163 случаев в год. Наличие современных диагностических методов в виде СМАД и наличия самых современных лекарственных препаратов позволяет успешно диагностировать и лечить таких пациентов.

Имеется тенденция к росту числа больных с нарушениями ритма с 43 до 85 случаев в год. Эти пациенты проходят обследование с использованием оценки качества лечения.

Положительной тенденцией является увеличение госпитализации больных кардиоревматологического профиля, что связано с улучшением выявляемости этих заболеваний на догоспитальном этапе.

В структуре заболеваний отмечается увеличение числа случаев острого инфаркта миокарда. Наличие этой формы обусловлено госпитализацией в поздние сроки от начала заболевания, а также в результате неблагоприятного исхода нестабильной стенокардии, леченной в кардиологическом блоке.

Больные с ОИМ своевременно проходят полный спектр обследований, в случае необходимости

немедленно направляются в специализированный центр для проведения кардиоваскулярных операций.

Показатели заболеваемости по нозологическим формам за 2011 год представлены на рисунке 1.

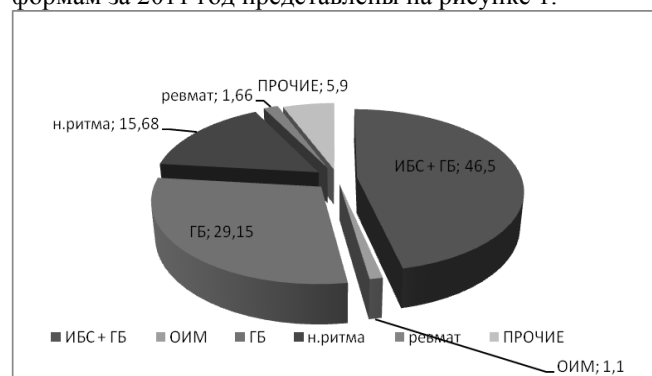


Рис.1 Показатели заболеваемости по нозологическим формам за 2011 год

Показатели социального статуса пролеченных пациентов представлены в таблице 3.

Таблица 3

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ

	2007г.		2008г.		2009г.		2010г.		2011г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Аттестованные	176	33,52	192	39,9	169	31,7	211	35,9	155	28,6
В т.ч. МЧС	12	2,28	11	2,3	15	2,8	16	2,7	19	3,5
УИН	37	7,05	27	5,0	29	5,4	48	8,16	37	6,8
Вольнонаемные	14	2,67	15	5,2	19	3,6	8	1,36	12	2,2
Члены семей	39	7,43	23	4,8	43	8,1	39	6,63	51	9,4
Пенсионеры МВД	221	42,1	171	35,5	219	41,1	233	39,6	235	43,4
Платные больные	10	1,9	29	6,03	27	5,06	22	3,74	20	3,7
Прочие	16	3,05	13	2,7	12	2,25	11	1,9	13	2,4
Всего	525		481		533		588		542	

Как видно из представленной таблицы 3, основное число пролеченных больных за анализируемый период составили аттестованные сотрудники МВД и пенсионеры из их числа – в среднем 33,9 %, т.е. 1\3 от общего числа пролеченных больных. Возрастающее число больных пенсионного возраста на протяжении 5 последних лет, госпитализируемых в госпиталь, говорит о размерах охвата профилактической и лечебной помощью этого контингента больных, что положительно отражается на состоянии их здоровья и позволяет лечить и поддерживать их здоровье с использованием современных методик.

Выводы :

- Кардиологическая заболеваемость среди сотрудников МВД и работников других правоохранительных органов РТ, а так же пенсионеров по своим показателям и структуре соответствует тенденциям, характерным для Российской Федерации в целом [9];

- Лечение больных проводится дифференцировано, в соответствии с современными рекомендациями, что способствовало снижению сроков лечения больных с 14,4 дня в 2007 г. до 13,3 дня в 2011 г. и отражает эффективность проводившегося лечения пациентов и высокий уровень профессиональной подготовки персонала.

- Показатель оборота койки увеличился с 21,8 в 2007 до 23,5 в 2010 г, что связано со своевременностью госпитализации пациентов, повышением интенсивности их диагностического обследования, эффективностью лечения и качеством ухода.

- Кардиологическая служба в достаточной мере оснащена необходимыми техническими средствами и укомплектована врачебными кадрами для оказания квалифицированной медицинской помощи;

- Средние сроки лечения по нозологическим формам не превышают существующие стандарты и соответствуют аналогичным показателям в других кардиологических отделениях города;

- Летальность по отделению с учетом всех нозологических форм составила за отчетный период в среднем 0,36%.

Среди актуальных задач сегодняшнего дня:

1. Поддержание статистических показателей работы кардиологического отделения на стабильном уровне.

2. Проведение дифференцированного лечения больных с использованием современных, высокоэффективных медикаментозных средств с минимальными побочными эффектами.

3. Повышение качества и эффективности диагностической и лечебной работы отделения на основе инновационных медицинских и научных технологий.

4. Разработка, освоение и внедрение в практику работы отделения новых методов диагностики и лечения.

5. Оказание своевременной консультативно-методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям и медицинским подразделениям МВД в условиях реорганизации.

6. Постоянное повышение профессионального уровня сотрудников отделения с их регулярным направлением на курсы повышения квалификации,

участием в научно-практических конференциях и съездах, проведением научных исследований.

7. Разработка и оптимизация лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья сотрудников МВД.

Укрепление здоровья, обеспечение условий для выполнения служебных обязанностей, увеличение продолжительности жизни и улучшение качества жизни наших пациентов - вот те задачи, на решение которых направлена деятельность кардиологического отделения. Сотрудники отделения уверены, что успешность работы в этих областях сделает жизнь личного состава органов внутренних дел, военнослужащих внутренних войск, пенсионеров МВД и работников других правоохранительных органов Республики Татарстан не только продолжительнее, но и счастливее!

Список используемой литературы:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.08.2009 № 599н "Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля"

2. Приказ Министерства здравоохранения РТ Н от 22 июня 2009г № 820 . « О нормативах длительности медико-экономических стандартов

3. Приказ Министерства здравоохранения РТ от 24 июля 2003 г. N 1199 "О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным артериальной гипертензией в Республике Татарстан

4. Потапова М.В., Сабиров Л.Ф., Амиров Н.Б., Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения при внедрении системы менеджмента качества // Успехи современного естествознания. – 2011.- №11 - С.99-102

5. Национальные рекомендации ВНОК по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности. "Сердечная недостаточность", Том 11 №1 (57), 2010)

6. Национальные рекомендации ВНОК по рациональной фармакотерапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями

7. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств(формулярная система).Издание тринадцатое, переработанное и дополненное. Выпуск XIII. — М.: «Эхо», 2012.— 980 с.

8. Тезисы. III Всероссийская конференция «Неотложная кардиология – 2010»Роль неотложной кардиологии в снижении смертности от сердечно-сосудистой патологии

9. Самородская И.В. Сердечно-сосудистые заболевания: принципы статистического учета в разных регионах России // Здравоохранение.- 2009. № 7. -С. 49-55.

10. Балыгин М.М. Смертность населения Российской Федерации от сердечно-сосудистых заболеваний // Проблемы Российского здравоохранения: Сб. научных трудов. вып. 12. - СПб., 2007. - С. 32 -35.

11. Булахова И.Ю. Влияние позднего обращения за медицинской помощью больных инфарктом миокарда на своевременность госпитализации и течение заболевания // Клиническая медицина. 2009. - № 4. - С. 63 — 67.

12. Калакутский Л.И., Манелис Э.С. Аппаратура и методы клинического мониторинга: Учебное пособие. — М.: Высшая школа, 2004. — 156 с.

13. Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г. Смертность от ишемической болезни сердца в Российской Федерации // Здравоохранение. 2008. - № 7. - С. 21 - 34.

14. Бойнич В.Д. Анализ медико-демографического состава пациентов специализированного кардиологического отделения больницы скорой медицинской помощи // Проблемы городского здравоохранения: Сб. научных трудов. — вып. 12. — Спб., 2007. — С. 132- 134.

028. ВЛИЯНИЕ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* НА МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ СТРУКТУРУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

И.М. Павлович¹, А.В. Гордиенко¹, В.А. Сидоренко², С.В. Лейчинский²,
Г.А. Альпер¹

¹Кафедра госпитальной терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова

²МСЧ МВД РФ по СПб и ЛО

Резюме. Было обследовано 84 больных хроническим гастритом с целью изучения влияния эрадикации *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) на морфологическую структуру слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом. Установлено, что чем более выражена обсемененность слизистой оболочки желудка *H. pylori*, тем выше степень активности хронического гастрита.

Помимо влияния эрадикации *H. pylori* на активность воспалительных процессов, в нашей работе мы проанализировали воздействие инфекции на атрофические явления в слизистой оболочке, а также обратимость этих изменений после удаления микроорганизма. С учётом того, что биологической основой атрофического гастрита являются нарушения пролиферации и апоптоза, индуцированные различными факторами, важнейшим из которых является *H. pylori*, важно оценить течение этих процессов после эрадикации *H. pylori*. Степень атрофии после проведённого лечения осталась неизменной у всех 25 больных хроническим атрофическим гастритом, что свидетельствует о необратимости данного процесса.

Ключевые слова: хронический гастрит, атрофия, *Helicobacter pylori*, активность воспаления, функции желудка.

I.M. Pavlovich, A.V. Gordienko, G.A. Alper, D.V. Lavrenchuk

THE IMPACT OF ERADICATION OF *HELICOBACTER PYLORI* ON THE MORPHOLOGICAL STRUCTURE OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE STOMACH IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS

Department of hospital therapy
Military-medical Academy, S.M. Kirov

Summary: 84 patients with chronic gastritis were examined with a goal to learn the effect of eradication of *Helicobacter pylori* on the morphological structure of the stomach mucous membrane. It is established, that if more expressed contamination of the stomach mucous membrane by *H. pylori* infection, higher the degree of activity of chronic gastritis.

In our study, we analyzed the impact of infection atrophic phenomena in the mucous membrane, apart the influence of eradication of *H. pylori* on the activity of the inflammatory process, as well as the reversibility of these changes after the removal of a microorganism. Taking into account the fact that the biological base of atrophic gastritis is a violation of proliferation and apoptosis induced by various factors, the most important of which is *H. pylori*. It was very important to assess the course of these processes after the eradication of *H. pylori*. The degree of atrophy remained unchanged after the treatment all 25 patients with chronic atrophic gastritis, what tells about the irreversibility of this process.

Key words: chronic gastritis, atrophy, *Helicobacter pylori*, the activity of inflammation, the function of the stomach.

Введение. Инфекция *H. pylori* широко распространена, в нашей стране по эпидемиологическим данным инфицированы более 80% взрослого населения. *H. pylori* практически у всех инфицированных индивидуумов вызывает воспалительные изменения в гастродуоденальной слизистой оболочке, которые и представляют собой собственно субстрат гастрита [1, 2]. Что касается канцерогенных свойств *H. pylori*, то связь инфекции и рака желудка в настоящее время не вызывает сомнений, и связующим звеном рассматривается хронический гастрит [4, 14]. Патогенетический каскад, запускаемый *H. pylori* через стадии атрофии, метаплазии и дисплазии может приводить к раку желудка [14].

Активность хронического гастрита характеризуется инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами эпителия и собственной пластинки на фоне свойственной хроническому гастриту инфильтрации плазматическими клетками и лимфоцитами. Нейтрофильную инфильтрацию индуцируют и сами *H. pylori* и цитокины, вырабатываемые эпителием желудка под влиянием *H. pylori*. Хронический неатрофический гастрит полностью излечивается после уничтожения *H. pylori* [2]. В отношении возможности обратного развития атрофии после эрадикации инфекции в литературе существуют противоречивые мнения. Представляется вполне обоснованным, что успешная эрадикация *H. pylori* даже на этапе атрофии, приводит к прерыванию патологического каскада в слизистой оболочке желудка и может рассматриваться, как профилактика рецидивов и развития рака желудка.

Цель исследования. Провести оценку корреляции между обсемененностью слизистой оболочки желудка *H. pylori* и степенью активности хронического гастрита, а также анализ динамики активности гастрита после эрадикации микроорганизма.

Материалы и методы. В ходе работы нами было обследовано 84 больных хроническим гастритом,

которые находились в клинике госпитальной терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова в период с сентября 2007 года по май 2011 года. В группы исследуемых включали пациентов с различной степенью активности процесса, различной степенью атрофии и различной степенью обсеменённости *H. pylori* слизистой оболочки желудка. Всего было обследовано: 41 пациент с хроническим атрофическим гастритом (средний возраст $57,5 \pm 2,4$ лет) и 43 – хроническим неатрофическим гастритом (средний возраст $44,3 \pm 1,5$ лет). Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Диагноз заболевания формулировали на основании характерных жалоб, клинической картины, анамнеза, результатов объективного обследования, данных лабораторных и инструментальных исследований. Решающими в постановке окончательного диагноза были данные эзофагогастродуоденоскопии и морфологического исследования.

Эндоскопическое исследование проводили с помощью фиброгастродуоденоскопа фирмы «Olympus» (Япония) по общепринятой методике [7, 11]. Выполняли прицельную биопсию слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка, брали по два кусочка из каждого отдела желудка. Для диагностики инфекции *H. pylori* использовали быстрый уреазный тест, а также гистологический метод с окраской препаратов по Гимзе.

Для исключения субъективной оценки степени выраженности воспаления (слабая, умеренная, выраженная) применяли визуально-аналоговую шкалу, значительно снижающую влияние субъективного фактора, что делает результаты оценки более воспроизводимыми [7].

С целью эрадикации *H. pylori* всем пациентам назначали "тройную" терапию: омепразол (20 мг 2 р/день), кларитромицин (500 мг 2 р/день), амоксициллин (1000 мг 2 р/день) в течение 10-14 дней [5].

Исследование состояния слизистой оболочки желудка проводили до начала лечения и через 6-12 месяцев после завершения курса антихеликобактерной терапии.

Результаты и их обсуждение. Нами проведен анализ активности хронического гастрита в сопоставлении с обсеменённостью слизистой оболочки *H. pylori* (таблица 1).

Таблица 1.

Инфильтрация слизистой оболочки желудка полиморфно-ядерными лейкоцитами (ПЯЛ) и наличие *H. pylori* у больных хроническим гастритом

	ПЯЛ есть	ПЯЛ не обнару жены	<i>H.</i> <i>pylori</i> есть	<i>H.</i> <i>pylori</i> нет	Все- го
Хронический атрофический гастрит	36 (87,3%)	5 (12,7%)	38 (92,7%)**	3 (7,3%)	41 (100 %)
Хронический неатрофическ ий гастрит	21 (48,5%)	24 (51,5%)**	31 (72,1%)	12 (27,9%)	43 (100 %)
Всего	57	29	69	15	84

Примечание: * – достоверность ($p < 0,05$) различий в группе больных хроническим атрофическим гастритом между наличием и отсутствием ПЯЛ.

** – достоверность ($p < 0,05$) различий в группе больных, у которых ПЯЛ не обнаружены

*** – достоверность ($p < 0,01$) различий в группе больных хроническим атрофическим гастритом между наличием и отсутствием *H. pylori*.

Исходя из данных таблицы видно, что из общего числа обследуемых, у большинства пациентов (69 человек, 82%) констатировали хронический гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, а у 57 пациентов (67,8%) имел место активный гастрит. При этом инфильтрация слизистой оболочки желудка полиморфно-ядерными лейкоцитами определялась у 36 больных хроническим атрофическим гастритом и у 21 больного хроническим неатрофическим гастритом (у 87,3% и 48,5% больных соответственно). Различия между группами были статистически недостоверными ($p > 0,05$). С другой стороны, у части больных полиморфно-ядерные лейкоциты отсутствовали (12,7% больных хроническим атрофическим гастритом и 51,5% больных хроническим неатрофическим гастритом, 5 и 24 пациента соответственно), различия между группами были достоверными ($p < 0,05$). В группе больных хроническим атрофическим гастритом активный процесс в слизистой оболочке констатировали достоверно чаще по сравнению с отсутствием активности ($p < 0,05$), при этом достоверно чаще ($p < 0,01$) выявляли и хеликобактерную инфекцию (у 92,7% больных). Таким образом, установлено, что чем более выражена обсеменённость слизистой оболочки желудка *H. pylori* у больных хроническим атрофическим гастритом, тем выше степень активности хронического гастрита. У больных хроническим неатрофическим гастритом подобной зависимости не выявлено.

У 25 пациентов с хроническим атрофическим гастритом нам удалось проследить взаимосвязь между обсеменённостью слизистой оболочки *H. pylori* и степенью активности хронического гастрита до начала антихеликобактерной терапии и после ее проведения. Результаты исследования приведены в таблице 2.

В процессе обследования этой группы пациентов инфекция *H. pylori* была обнаружена в 100% случаев. После проведения "тройной" терапии эрадикация инфекции была достигнута у всех больных.

Таблица 2.

Степень активности воспаления слизистой оболочки желудка у больных хроническим атрофическим гастритом на различных этапах исследования (до и после лечения)

Этап	1 степень п (%)	2 степень п (%)	3 степень п (%)	Всего п (%)
До лечения	5(20%)	12(48%)	8(32%)	25 (100%)
После лечения	16(64%)*	9(36%)	-	25(100%)

Примечание: * – достоверность ($p < 0,05$) различий в группе больных хроническим атрофическим гастритом между активностью воспаления 1 степени до и после лечения

С учетом представленных в таблице 2 данных, можно заключить, что до начала антихеликобактерной терапии у больных хроническим атрофическим гастритом чаще имела место 2 степень активности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка

(48% больных), но, хотя и встречалась чаще, чем 1 и 3 степени, не достигала достоверности различий ($p > 0,05$). Стоит отметить, что до начала лечения у этой группы больных была выявлена активность процесса всех степеней (1, 2 и 3 степени), в то время как после лечения 3 степень активности не наблюдалась ни у одного обследуемого.

Что касается степени активности воспаления слизистой оболочки после лечения, то здесь отчетливо прослеживается следующая динамика: чаще имела место 1 степень активности (у 64% больных), причем различия между активностью воспалительного процесса 1 степени до и после проведения антихеликобактерной терапии были достоверны ($p < 0,05$). Степень активности 3 степени и вовсе не встречается. Снижение степени активности произошло у 16 пациентов (64%): от 3 степени к 2 у 5 пациентов, от 3 к 1 степени у 3 пациентов, от 2 к 1 степени у 8 человек. Ещё у 4 степень активности осталась умеренной, а у 5 низкой степени активности. Эти данные наглядно демонстрируют влияние антихеликобактерной терапии на снижение активности воспаления слизистой оболочки желудка.

Помимо влияния эрадикации *H. pylori* на активность воспалительных процессов, важно также оценить ее воздействие на атрофические процессы в слизистой оболочке желудка. Известно, что биологической основой атрофического гастрита являются нарушения пролиферации и апоптоза, индуцированные различными факторами, важнейшим из которых является *H. pylori*. В связи с этим нами была оценена атрофия слизистой оболочки желудка до лечения и после антихеликобактерной терапии (таблица 3).

Таблица 3.

Выявление атрофии слизистой оболочки желудка в зависимости от степени атрофии до и после антихеликобактерной терапии

Атрофия слизистой оболочки желудка	Атрофия 1 степени	Атрофия 2 степени	Атрофия 3 степени	Всего
До лечения	3 (12%)	17(68%)*	5 (20%)	25 (100 %)
После лечения	3 (12%)	17(68%)*	5 (20%)	25 (100 %)

Примечание: * – достоверность ($p < 0,05$) различий между атрофией 1 степени и атрофией 2-3 степени

Данные таблицы свидетельствуют, что достоверно чаще ($p < 0,05$) у больных хроническим гастритом диагностирована атрофия слизистой оболочки желудка 2 степени по сравнению с атрофией 1 и 3 степеней (у 25, 3 и 5 больных соответственно).

Исследование морфологического состояния слизистой оболочки желудка у больных хроническим атрофическим гастритом, проведенное через 6-12 месяцев после антихеликобактерной терапии, изменений не выявило, что свидетельствует о необратимости данного процесса.

Таким образом, обсеменённость слизистой оболочки *H. pylori* существенно влияет на активность воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка. Анализ результатов исследований показал, что эрадикация *H. pylori* снижает нейтрофильную

инфильтрацию и, собственно, воспалительные процессы в слизистой оболочке желудка. Атрофия при этом остаётся неизменной, что свидетельствует о необратимости данного процесса.

Выводы:

1. В группе больных хроническим атрофическим гастритом активный процесс в слизистой оболочке имел место достоверно чаще ($p < 0,05$) по сравнению с отсутствием активности (у 87,3% и 12,7% больных соответственно), при этом достоверно чаще ($p < 0,01$) выявляли и хеликобактерную инфекцию (у 92,7% больных). В группе больных хроническим неатрофическим гастритом подобной закономерности не прослеживалось.

2. У большинства больных хроническим атрофическим гастритом эрадикация *H. pylori* позволяет добиться снижения инфильтрации слизистой оболочки желудка полиморфно-ядерными лейкоцитами и, собственно, активности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка (у 64% больных). Атрофические изменения слизистой оболочки при этом остаются неизменными, что свидетельствует о необратимости данного процесса.

Литература:

1. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит. – Амстердам, 1993. – 362 с.
2. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: «Триада-Х», 1998. – 496 с.
3. Аруин Л.И. Апоптоз в механизме поражений желудка, обусловленных *Helicobacter pylori* // В кн. *Helicobacter pylori* - революция в гастроэнтерологии. Под ред. акад. Ивашкина В.Т., проф. Мегро Ф., Лапиной Т.Л. – М.: «Триада-Х», 1999. – 255 с.
4. Аруин Л.И. *Helicobacter pylori* и предраковые изменения желудка // Сб. материалов II международного симпозиума «Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*» 1-2.04.99 г., Москва. – С. 33 – 36.
5. Ивашкин В.Т., Баранская Е.К., Лапина Т.Л. Успехи и проблемы лечения инфекции *H. pylori* в России // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – Т. 11, № 2. – С. 1 – 4.
6. Ивашкин В.Т., Дорофеев Г.И. Нарушения резистентности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при хроническом гастрите и язвенной болезни // Советская медицина. – 1983, № 2. – С. 10 – 15.
7. Лапина Т.Л. Основные принципы диагностики *Helicobacter pylori* // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – Т. 9, № 2. – С. 41 – 45.
8. Маев И.В., Мельникова Е.В. и др. Новые методы серологической и эндоскопической диагностики хронического атрофического гастрита и раннего рака желудка // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2009. – № 6. – С. 30 – 34.

9. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – Т. 20, № 3 (77). – Прил. 1.

10. Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. - Gut., 1997. - № 41(1). - P. 8-13.

11. Vaira D., Gatta L., Ricce C., Miglioli M. Review article: diagnosis of *Helicobacter pylori* infection // Blackwell Science Ltd., 2002. - P. 16-23.

12. Fass R. Epidemiology and pathophysiology of symptomatic GERD // Am. J. Gastroenterol. – 2003. – Vol. 98. – № 3 (Suppl.). – P. 2 – 7.

13. Rugge M. OLGA staging for gastritis: a tutorial / P. Correa, F. Di Mario et al. // Dig Liver Dis. – 2008. – Vol. 40. – P. 650 – 658.

14. Sipponen P. Update on the pathologic approach to the diagnosis of gastritis, gastric atrophy and *Helicobacter pylori* and its sequelae // J. Clin. Gastroenterol. – 2001. – Vol. 32. – P. 196 – 202.

15. Sipponen P. Importance of atrophic gastritis in diagnostics and prevention of gastric cancer: application of plasma biomarkers // Scand. J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 42. – P. 2 – 10.

029. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ВИДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А.О. Пятибрат¹, А.В. Гордиенко¹, Е.Д. Пятибрат¹, В.А. Сидоренко³, С.В. Лейчинский³, Г.Ю. Дорохов¹, С.Г. Цикунов²

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины, Санкт - Петербург

³МСЧ МВД РФ по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

Контактный телефон: 8-911-227-12-34; e-mail: a5brat@yandex.ru

Резюме. Проведен анализ эффективности лечения психосоматических расстройств, развившихся на фоне посттравматических стрессовых расстройств у сотрудников силовых структур, принимавших участие в боевых действиях. В отличие от ортодоксального подхода к лечению заболеваний, относящихся по своей этиологии и патогенезу к психосоматическим нарушениям, использовали медикаментозную терапию малыми дозами антидепрессантов, под наблюдением врача невропатолога. Патогенетически обоснована эффективность комбинированных методов коррекции с привлечением врачей неврологического и психотерапевтического профилей. Установлено что, на фоне проводимой терапии значительно снизилось напряжение физиологических систем, улучшился иммунный статус, неспецифическая резистентность, повысился субъективный статус и оценка качества жизни.

Ключевые слова: дезадаптация, психосоматика, боевой стресс, артериальная гипертензия, заболевания гастроэнтерологического профиля, экстремальные факторы, посттравматические стрессовые расстройства.

Введение. В настоящее время отмечается рост чрезвычайных ситуаций. Стихийные бедствия, техногенные катастрофы, локальные военные конфликты и террористические акты уносят тысячи человеческих жизней. Участие человека в мероприятиях, связанных с витальной угрозой, к которым относятся и боевые действия в локальных конфликтах, является мощным стрессогенным фактором, обуславливающим развитие функциональных нарушений организма, патологических реакций и соматических заболеваний [1, 3, 6, 7, 15]

По данным ряда авторов, у 40 – 45% контингента силовых структур после катастроф или прекращения боевых действий отмечаются посттравматические стрессовые нарушения, которые могут продолжаться многие годы и даже десятилетия [4, 14, 15].

Оценка состояния здоровья сотрудников силовых структур, участвовавших в локальных войнах последних десятилетий, свидетельствует о наличии у большинства комбатантов признаков психосоматических заболеваний и пограничных нервно-психических расстройств, требующих психофизиологической и медикаментозной коррекции [8, 10, 14]. Возникновение психосоматических расстройств различного профиля приводит к снижению работоспособности и боеспособности в среднем на 40 – 50% [2, 9, 16].

Лечение психосоматических расстройств является наиболее сложной задачей врача терапевта и включает в себя широкий круг лечебных и профилактических мероприятий [2, 10, 17-23]. Для успешного и более эффективного лечения требуется привлечение других специалистов, таких как: невролог, психиатр и психотерапевт. При этом необходимый объем помощи реализуется не только с помощью психотерапии, но и требует медикаментозного вмешательства.

Цель исследования. Провести патогенетическую оценку эффективности предложенных методов коррекции психосоматических расстройств, развившихся у сотрудников силовых структур на фоне экстремальных видов профессиональной деятельности.

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и терапевтическом отделении госпиталя главного управления внутренних дел по Санкт-Петербургу и Ленинградской области в период с 2009 по 2011 г. Обследовано 97 лиц проходящих службу в силовых структурах и участвовавших в боевых действиях, имеющих пограничные формы заболеваний сердечно-сосудистой системы. Возраст обследуемого контингента от 32 до 44 лет.

Критериями включения являлись: психосоматические расстройства профиля сердечно-сосудистой патологии – инициальные (начальные или доклинические) формы артериальной гипертензии (68 человек), нейроциркуляторная дистония (НЦД) различных типов (12 человек по гипертензивному типу, 10 – по гипотензивному и 7 – по смешанному).

Критериями исключения являлась грубая органическая патология, органическое поражение ЦНС и психиатрические заболевания.

Динамику физиологических систем до и после лечения оценивали по показателям функционального состояния сердечно-сосудистой системы: частоте сердечных сокращений (ЧСС), систолическому артериальному давлению (САД), диастолическому артериальному давлению (ДАД). Кроме того рассчитывали вегетативный индекс Кердо (ВИК), индекс Старра (ИС), индекс Робинсона (ИР), индекс функциональных изменений (ИФИ), индекс Богомазова, индекс Рида (ИРД), а также проводили пробы Штанге и Генча. Неспецифическую резистентность организма оценивали с помощью методики Н.Н. Клемпарской [13], иммунный статус определяли по показателям клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Оценку субъективного статуса проводили по методике САН – самочувствие, активность, настроение. Динамику оценки качества жизни до и после лечения оценивали с помощью методики оценки качества жизни «SF-36 health status survey».

Результаты и их обсуждение.

Особенностью течения заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц данного контингента, является плохая купируемость и частое возникновение рецидивов, что значительно осложняет лечение. Вполне очевидно, что в патологический процесс этих заболеваний у данного контингента вовлечены специфические механизмы. Для раскрытия этих механизмов, под руководством профессора С.Г. Цикунова нами был проведен нейрофармакологический анализ, с целью оценки вовлеченности норадренергических и серотонинергических систем мозга в развитие депрессивноподобных расстройств у крыс в отдаленные сроки после психической травмы, вызванной переживанием обстоятельств гибели одного из партнеров группы от действий хищника. Анализ результатов данного эксперимента позволил обосновать необходимость назначения антидепрессантов больным данного контингента [11-13].

Таким образом, наряду с симптоматическим ортодоксальным лечением заболевания назначали малые дозы антидепрессантов (пиразидол 75 – 100 мг в сут.; бефол 15-20 мг в сут.). При выраженных астенических проявлениях использовали растительные адаптогены.

Сравнительная характеристика эффективности лечения с применением антидепрессантов и без применения до и после коррекции представлена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика эффективности лечения с применением антидепрессантов и без применения

Эффективность лечения, %	Патогенетическая коррекция антидепрессантами, n=42	Симптоматическое лечение, n=45
Выздоровление	8,2	1,4
Улучшение	79,5	52,8
Незначительное улучшение	6,6	24,2
Без перемен	5,7	21,6

Достижение значительного терапевтического эффекта в течение 1–2 недель подчеркивает вовлечение в патологический процесс моноаминовых систем головного мозга в патогенезе психосоматических расстройств сердечно-сосудистой системы у сотрудников силовых структур принимавших участие в боевых действиях.

Динамика показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы, до и после коррекции представлена в таблице 2.

Таблица 2

Показатели функционального состояния организма сотрудников силовых структур с психосоматическими нарушениями в группах с симптоматической терапией и дополнительной патогенетической коррекцией до и после лечения, M±m

Показатель	До лечения, n=97		После лечения, n=97	
	Симптоматическая терапия, n=45	Патогенетическая терапия, n=42	Симптоматическая терапия, n=45	Патогенетическая терапия, n=42
ЧСС, уд./мин	82,6±2,4	82,4±2,3	75,5±2,3	71,5±1,8*
САД, мм рт. ст.	141,8±1,8	142,3±2,2	127,1±2,3	121,4±1,6*#
ДАД, мм рт. ст.	77,2±1,5	77,6±1,3	76,2±1,8	71,3±0,9*
ВИК, усл. ед.	4,49±1,16	4,51±1,13	2,68±0,34	-2,82±1,10*#
ИРД, усл. ед.	24,69±1,18	24,34±1,15	12,27±1,68	9,27±1,54*
ИС, усл. ед.	65,29±1,24	64,32±1,43	73,77±1,36	77,11±1,95
ИР, усл. ед.	117,02±3,65	116,98±3,46	87,97±2,12	87,81±2,78*
ИФИ, усл. ед.	3,28±0,26	3,32±0,18	2,42±0,21	2,11±0,16
Индекс Богомазова, усл. ед.	99,08±1,51	98,11±2,23	99,12±1,37	112,91±2,89*#
Проба Штанге, с	48,91±2,02	49,21±1,63	50,16±1,94	63,82±0,19*#
Проба Генча, с	40,66±1,23	41,05±1,18	39,21±2,56	36,24±1,56

Примечание: * – p<0,05 различия показаны относительно периода до проводимого лечения; # – p<0,05 различия показаны относительно группы с симптоматической терапией

Анализ результатов оценки состояния физиологических систем кровообращения и дыхания свидетельствует, что группе больных показатели индекса Рида (ИРД), отражающего степень отклонения от уровня основного обмена, существенно снизились после лечения в группе с патогенетической терапией как относительно группы с симптоматической терапией, так и относительно фоновых значений. Также в группе пациентов принимавших антидепрессанты существенно увеличилось время задержки дыхания на вдохе (проба Штанге) как относительно группы с симптоматической

терапией, так и относительно значений периода до проводимого лечения, что свидетельствует об улучшении анаэробных возможностей организма после проведенного лечения. Положительная динамика гемодинамических показателей по сравнению с группами получавших симптоматическую терапию, свидетельствует о снижении напряжения физиологических систем, в частности системы кровообращения в группах после терапии с применением антидепрессантов.

Для оценки иммунного статуса проводили анализ показателей иммунной системы до и после лечения (табл. 3).

Таблица 3

Показатели иммунитета у больных с психосоматическими нарушениями в группах с патогенетической и симптоматической терапией, M±m

Показатель	До лечения, n=97		После лечения, n=97	
	Симптоматическая терапия, n=45	Патогенетическая терапия, n=42	Симптоматическая терапия, n=45	Патогенетическая терапия, n=42
Лимфоциты (CD3), %	53,1±1,6	52,9±1,4	53,7±1,8	67,9±1,2*
Т-хелперы (CD4), %	44,8±1,7	44,4±1,8	44,1±2,8	35,2±1,4**
IgM, г/л	2,35±0,18	2,31±0,12	1,91±0,16	1,43±0,24**
IgA, г/л	3,36±0,18	3,40±0,18	3,39±0,18	3,09±0,12*
IgG, г/л	16,7±0,28	16,7±0,32	16,4±0,24	10,2±0,16**
Фагоцитарный индекс, %	53,4±3,8	51,3±4,2	53,1±2,1	70,8±2,5**
Индекс бактерицидности кожи, %	85,6±2,7	85,3±2,3	85,1±2,9	94,9±3,2**
Общее число колоний кожи	25,1±1,6	25,1±1,4	36,1±3,1*	21,1±3,4**
% патогенной микрофлоры	47,1±1,7	46,7±1,5	37,1±2,8*	27,7±3,8**

Примечание: * – $p<0,05$ относительно периода до проводимого лечения; # – $p<0,05$ относительно группы с симптоматической терапией.

Состояние гуморального звена иммунитета больных на фоне патогенетического лечения характеризовалось снижением показателей иммуноглобулинов (IgA на 12%, IgG на 42% и IgM на 57%), относительно периода предшествующего лечебным мероприятиям, и снижением IgA на 9%, IgG на 38%, а IgM на 25% относительно группы больных, получавших симптоматическую терапию. Фагоцитарный индекс вырос на 28% после патогенетической терапии, относительно начального периода и на 25 %, относительно группы с симптоматической терапией.

Показатели, характеризующие неспецифическую резистентность организма испытуемых, изменяются практически также: индекс бактерицидности в группе с патогенетической терапией вырос на 18%, чем фоновый период и на 11% относительно группы с симптоматической терапией, а процент патогенной микрофлоры снизился на 46% относительно периода,

предшествующего лечению, и на 25% относительно группы симптоматической терапии.

Таким образом, на фоне проведенной патогенетической терапии с применением антидепрессантов у больных данного контингента значительно улучшились показатели иммунного статуса, что свидетельствует об оптимизации и увеличении функциональных резервов организма.

Так же достоверно увеличились и показатели субъективного статуса в процессе проведенного лечения (табл. 4).

Таблица 4

Результаты обследования сотрудников силовых структур с психосоматическими нарушениями в группах с патогенетической и симптоматической терапией с использованием методики САН, M±m

Показатель	До лечения, n=97		После лечения, n=97	
	Симптоматическая терапия, n=45	Патогенетическая терапия, n=42	Симптоматическая терапия, n=45	Патогенетическая терапия, n=42
Самочувствие	4,42±0,17	4,51±0,21	4,83±0,31	6,48±0,22**
Активность	3,25±0,34	3,32±0,38	3,71±0,21	6,56±0,22**
Настроение	4,52±0,38	4,68±0,53	4,76±0,18	6,74±0,23**

Примечание: * – $p<0,05$ относительно периода до проводимого лечения; # – $p<0,05$ относительно группы с симптоматической терапией.

Анализ результатов оценки актуального психологического состояния с помощью методики САН (табл. 4) свидетельствует, что после проведенной патогенетической терапии показатели субъективного статуса достоверно выше в группе больных относительно периода, предшествовавшего лечению, так показатели самочувствия на 35%, настроения на 31%, а показатели активности на 60,5% выше. По сравнению с группой больных с симптоматической терапией показатели самочувствия на 25%, активности на 63,5%, а показатели настроения на 29% выше в группе с патогенетической терапией. В группах больных с симптоматической терапией достоверных различий к периоду начала лечения не выявлено. Анализ полученных данных свидетельствует об оптимизации субъективного статуса у лиц получавших патогенетическую терапию, что также доказывает эффективность выбора данного метода лечения.

Полученные данные по оценке качества жизни пациентов с психосоматическими нарушениями интерпретируются путем сравнения показателей оценки КЖ в группах с патогенетической и симптоматической терапией (табл. 5).

Таблица 5

Показатели КЖ у больных с психосоматическими нарушениями в группах с патогенетической и симптоматической терапией, M±m

Показатель	До лечения, n=97		После лечения, n=97	
	Симптоматическая терапия, n=45	Патогенетическая терапия, n=42	Симптоматическая терапия, n=45	Патогенетическая терапия, n=42

Физическая активность	87,23±2,12	86,72±2,09	92,42±1,32	98,25±1,54 ^{##}
Функционирование, связанное с физическим сост.	74,481,94	74,12±2,14	75,12±3,15	86,45±2,9 ^{##}
Интенсивность боли	76,24±2,06	74,32±2,23	83,22±1,22 [*]	87,31±3,12 [*]
Общее состояние здоровья	73,22±2,83	72,69±2,76	76,52±1,32	82,12±2,61 ^{##}
Жизненная активность	67,28±1,91	68,31±2,28	71,34±1,62	79,14±1,57 ^{##}
Социальное функционирование	68,23±2,18	67,74±2,26	73,43±2,76	85,94±2,44 ^{##}
Функционирование, связанное с эмоциональным сост.	69,522,92	70,11±2,24	78,63±1,14	83,12±3,33 ^{##}
Психическое здоровье	65,33±1,83	65,97±2,32	69,97±1,46	77,51±1,42 ^{##}

Примечание: * – $p < 0,05$ относительно периода до проводимого лечения; # – $p < 0,05$ относительно группы с симптоматической терапией.

Изучение показателей качества жизни обследуемых проводилось с помощью опросника SF-36 (Health status profile – Short form 36).

На фоне проводимой патогенетической терапии все показатели оценки качества жизни в группах наблюдения имеют положительную динамику (табл. 5). Так, в группе больных показатели функционирования, связанного с физическим состоянием, определяющим влияние физического состояния на работу и выполнение будничной деятельности, выше на 13%, чем в группе с симптоматической терапией и на 14% выше относительно периода, предшествующего терапии. Показатели общего состояния здоровья в группе больных с патогенетической терапией, показывающие оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспективе лечения, выше на 12%, чем в период до лечения и на 7% относительно группы с симптоматической терапией. Показатели шкалы социального функционирования определяющего общение, выше на 15%, чем в группе с симптоматической терапией на 25% выше фоновых значений. Значения по шкале психического здоровья, характеризующие настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций), на 10% выше, чем в группе больных с симптоматической терапией и на 16% выше значений, полученных перед началом лечения, а показатели интенсивности боли у испытуемых после патогенетической терапии выше на 13%, чем фоновые значения, что по интерпретации данной методики указывает на снижение болевых ощущений.

Анализ динамики показателей качества жизни свидетельствует об улучшении оценки качества жизни

данного контингента после проведенного патогенетического лечения. Это доказывает, что выбранная методика лечения является эффективной при данной патологии.

Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс моноаминовых систем головного мозга, что полностью совпадает с результатами проведенного нами эксперимента под руководством профессора С.Г. Цикунова. Анализ результатов полученных в эксперименте свидетельствует, что введение антидепрессантов проявляется достоверным возрастанием двигательной активности, исследовательской деятельности, снижением тревожности и реакции страха [11-13].

Таким образом, можно полагать, что после психической травмы развивается подавление активности серотонинергических и норадренергических систем мозга. Купирование основных проявлений депрессии поведения у крыс под влиянием амитриптилина, миансерина и флуоксетина свидетельствует о вовлеченности моноаминовых механизмов деятельности мозга в формирование и поддержание эмоциональных расстройств депрессивного характера, индуцированных психической травмой. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения антидепрессантов у больных, перенесших витальный стресс.

Вывод: На фоне проведенного комплексного лечения с коррекцией психического состояния антидепрессантами у больных сотрудников силовых структур, участвовавших в боевых действиях, отмечается снижение напряжения физиологических систем организма, а также значительное улучшение иммунного статуса и неспецифической резистентности. В то время как в группах, получавших симптоматическую терапию, различия данных показателей функционального состояния и иммунитета относительно фонового периода незначительны.

Литература:

1. Авдиенко, Г.Ю. Индивидуально-психологические особенности динамики психогенных расстройств участников боевых действий / Г.Ю. Авдиенко [и др.] // Военная медицина в локальных войнах и вооруженных конфликтах (20-летию вывода советских войск из Афганистана посвящается): мат. Всерос. научн. конф. 12 – 13 февраля 2009 г. – СПб: ВМедА, ООО «Айсинг». – С. 204–207.
2. Боев, О.И. Принципы терапевтического подхода к военнослужащим, участникам боевых действий / О.И. Боев, Л.А. Якушева // Всерос. научн. интернет-конф. Значение прикладной психологии в новейшей истории России. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2005. – С. 27–29.
3. Боченков, А.А. Психофизиологические особенности адаптации военнослужащих в экстремальных условиях деятельности / А.А. Боченков [и др.] // Акт. пробл. психофизиол. коррекции функцион. сост. военнослужащих. – СПб: «ФАРМиндекс», 2001. – С. 268–75.
4. Веденеев, Е.В. К проблеме оценки и учета индивидуальных факторов риска состояния здоровья в системе профессионально отбора и психопрофилактики /

Е.В. Веденеев // Вестн. Рос. Воен. -Мед. акад. – 2006. – №1(15). – С. 34–36

5. Иванов, А.А. Инструкция по применению теста аутомикрофлоры кожи у человека для выявления контингентов и отдельных лиц с повышенным риском заболевания / А.А. Иванов, [и др.] – М.: МЗ СССР, 1988. – 6 с.

6. Леонтьев, В.О. Психофизиология стресса в профессиональной деятельности / О.В. Леонтьев, [и др.] – СПб, 2002. – 99 с.

7. Литвинцев, С.В. Боевая психическая травма: руководство для врачей / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.

8. Маклаков, А.Г. Медико-психологические последствия воздействий на человека психогенных факторов военных конфликтов / А.Г. Маклаков, А.П. Мухин // Проблемы безопасности при чрезвычайных ситуациях. – 1996. – № 8. – М.: ВИНТИ. – С. 67–77.

9. Мовчан, К.Н. Организационные и клинико-патолофизиологические аспекты совершенствования медицинского обеспечения ветеранов войн, проживающих в провинции/ К.Н. Мовчан, [и др.] – СПб.: ИИЦ ВМА, 2008. – 132 с.

10. Парцерняк, С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика / С.А. Парцерняк. – СПб.: А.В.К., 2002. – 384 с.

11. Пятибрат Е.Д. Влияние антидепрессантов на динамику изменений поведенческих реакций, развившихся у крыс, переживших витальный стресс / Е.Д. Пятибрат, С.Г. Цикунов, А.В. Гордиенко, Н.Н.Клюева, А.Г. Пшеничная, Г.В. Безнин // Сборник научных работ врачей 442 ОВКГ МО РФ. – СПб.: 442 ОВКГ, 2011. – С. 151-153

12. Пятибрат Е.Д. Коррекция психологического статуса при лечении психогенно обусловленных расстройств у личного состава силовых структур / Е.Д. Пятибрат, А.В.Гордиенко, С.С. Бацков, И.В. Балабан // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях – 2011, № 3. – С. 38-41

13. Пятибрат Е.Д. Оценка нарушений метаболизма у военнослужащих с психосоматическими нарушениями в отдаленном периоде витального стресса / Е.Д. Пятибрат, С.Г. Цикунов, А.В. Гордиенко, И.В. Балабан, Н.Н.Клюева, А.Г. Пшеничная, Г.В. Безнин // Медицинский вестник МВД. – 2012, № 1 – С. 54-56

14. Тарабарина, Н.В. Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса / Н.В. Тарабарина // Психол. журн. 2003. Т. 24. №. 4. С. 5–19.

15. Чермянин, С.В. Динамика процессов адаптации у военнослужащих – участников боевых действий / С.В. Чермянин, М.М. Решетников, В.А. Корзунин // Актуальные вопросы повышения работоспособности и восстановления здоровья военнослужащих и гражданского населения в условиях чрезвычайных ситуаций: мат. Всерос. научн. практ. конф. – СПб: ВМА, 2006. – С. 153–156.

16. Шамрей, В.К. К проблеме психического здоровья участников боевых действий / В.К. Шамрей, В.М. Лыткин, Г.П. Костюк // Рос. психиатр. журн. – 2007. – № 6. – С. 38–44.

17. Шевченко, Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в кардиологии / Ю.Л. Шевченко, // Вестн. Рос. Воен. -Мед. акад. – 2000. – № 1. – С. 513.

18. Agerholm-Larsen B. ACE gene polymorphism in cardiovascular disease: meta-analyses of small and large studies in whites / B. Agerholm-Larsen, B.G. Nordestgaard, A. Tybjaerg-Hansen // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. – 2004. – Vol. 20. – P. 484–492.

19. Breitenstein A. Sirt1 inhibition promotes in vivo arterial thrombosis and tissue factor expression in stimulated cells / A. Breitenstein, S. Stein, E.W. Holy et al. // Cardiovasc. Res. – 2011. – Vol. 89, №2. – P. 464–472.

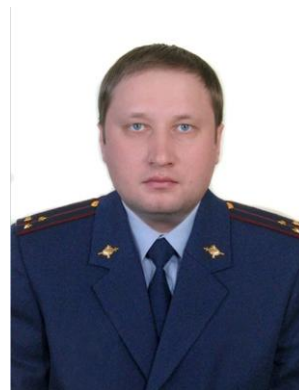
20. Calabro P. Tissue factor is induced by resistin in human coronary artery endothelial cells byREVIEW Том 18, № 3, 2012 the NF-KB-dependent pathway / P. Calabro, P. Cirillo, G. Limongelli et al.// J. Vasc. Res. – 2011. – Vol. 48, № 1. – P. 59–66.

21. Fuentes, R. Hypertension in developing economies: a review of population-based studies carried out from 1980 to 1998 / R. Fuentes [et al.] // J. Hypertens. – 2005. – Vol. 18. – P. 521–529.

22. Palatini, P. Sympathetic Overactivity in Hypertension: A Risk Factor for Cardiovascular Disease / P. Palatini // Current Hypertens Reports. – 2001. – № 14. – P. 227–248

23. Toms T.E. Statin use in rheumatoid arthritis in relation to actual cardiovascular risk: evidence for substantial under treatment of lipid associated cardiovascular risk? // T.E. Toms, V.F. Panoulas, K.M. Douglas et al. – Ann. Rheum. Dis. – 2010, № 69 (4). – P. 683–688.

030. СЛУЖЕБНАЯ КОМАНДИРОВКА В РЕСПУБЛИКУ ДАГЕСТАН



Ленар Фарахутдинович Сабиров, канд. мед. наук, начальник клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан»

Реферат: в статье представлена историческая справка и нынешнее состояние Республики Дагестан. Описывается

район дислокации внутренних войск МВД Республики Татарстан. Раскрываются аспекты работы медицинского обеспечения личного состава и основные ее показатели.

Ключевые слова: Дагестан, медицинская служба, дислокация

OFFICIAL JOURNEY TO THE REPUBLIC DAGESTAN

Lenar Farahutdinovich Sabirov, MD, PhD the chief of clinical hospital FKUZ «The Medicosanitary part of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation on Republic Tatarstan»

Paper: in article historical information and a present condition of the Republic Dagestan is presented. The region of a dislocation of internal troops of the Ministry of Internal

Affairs of the Republic of Tatarstan is described. Aspects of work of medical providing staff and its main indicators reveal.

Keywords: Dagestan, health service, dislocation

Население Дагестана насчитывает свыше 3 миллионов жителей, относящихся к более чем 100 этническим группам. Самые крупные из них две — аварцы и даргинцы. Действующий глава республики Магомедсалам Магомедов, назначенный в 2010 году, относится к группе даргинцев. Власть в Дагестане опирается на неустойчивый компромисс нескольких «групп влияния», выросших из этнических общественных движений, партноменклатуры, цеховых и криминальных кланов конца 1980-х — начала 1990-х годов. Неформальные договоренности кланов, их экономические интересы, горские обычаи и предписания ислама для повседневной жизни нынешнего Дагестана часто важнее российского законодательства. Существует конфликт сторонников традиционного ислама, одобряемого властями, с салафитами, которые считают, что традиционный ислам искажает нормы религии. В 1999-м в нескольких селах Дагестана было объявлено шариатское правление, на помощь им из независимой тогда Чечни вторглись отряды Шамиля Басаева, и российским военным вместе с местными ополченцами пришлось подавлять сразу несколько очагов мятежа.

С этих пор зон нестабильности в республике стало больше, а шариат де-факто вводится во многих селах, где нормой считается традиционный ислам. Перенаселение и малоземелье в горах приводит к массовой миграции горцев на равнину, и тысячи преимущественно молодых людей попадают в среду, в которой не работают нормальные правовые механизмы и социальные лифты, зато развита коррупция. Это способствует конфликтам, популяризации религии и обрушению авторитета власти.

Проникновение в Дагестан идей радикального исламского течения — ваххабизма — началось ещё в конце 1980-х годов. Одним из представителей дагестанских ваххабитов был Багаутдин Кебедов, установивший во время первой чеченской войны тесные контакты с арабским наёмником Хаттабом и чеченскими полевыми командирами.

Одна из главных причин кровавой бойни в республике — так называемая борьба с ваххабизмом, начатая 10 лет назад.

Ваххабизм — течение ислама. На Кавказе он начал распространяться как учение, противопоставляющее себя традиционной религии. Его сторонники говорили, что они исповедуют «чистый ислам», не погрязший в коррупции и в связях с властью. Дагестанские ваххабиты сделали краеугольным камнем своей пропаганды и агитации критику власти в республике. Власть в ответ объявила ваххабизм вне закона. 22 сентября 1999 года в Дагестане приняли Закон «О запрете ваххабитской и иной экстремистской деятельности на территории Республики Дагестан».

Для обеспечения стабильности в Дагестане руководством МВД России и Республики Татарстан было принято решение направить в служебную командировку на полгода в количестве 140 человек временный отряд ОВД по Республике Татарстан, дислоцированный в Чечне.

В марте по указанию МВД России оперативная группа МВД Татарстана из Гудермеса передислоцирована в Унцукульский район Республики Дагестан.

Унцукульский район расположен в центральной части Дагестана и граничит с Буйнакским, Левашинским, Гергебильским, Хунзахским и Гумбетовским районами республики. Площадь территории — 560 км. Численность населения составляет 28447 человек. В районе 12 административных единиц, куда входит 20 поселений. Районный центр — селение Унцукуль, население — 5802 человек.

По состоянию на 2012 год криминогенная обстановка в районе оценивается как крайне напряжённая по сравнению с другими районами Дагестана, уже несколько лет местных жителей терроризирует банда Ибрагима Гаджидаева. В феврале 2009 года был убит глава района Казимбег Ахмедов, а в августе 2011 года тяжело ранен новый глава — Магомедгаджи Тагиров.

Это состояние ощутилось по прибытию в Унцукульский район, который последние несколько лет считается зоной активности одного из самых боеспособных незаконных вооружённых формирований Дагестана. Здесь, среди гор, можно ощутить парадоксальную ситуацию, когда в трех часах езды от республиканской столицы, где присутствуют высочайшие современные технологии одновременно имеются селы, погруженные в средневековье. Недели не проходит, чтобы из Дагестана не приходили плохие новости. При этом любой, кто приезжает в Махачкалу, может убедиться: там идет обыкновенная повседневная жизнь. Войны, которую можно себе представить, если смотреть постоянные новости о терактах, нет. Но нет и мира.

Основу экономики района составляют: энергетика, садоводство и прикладное искусство. В селе Унцукуль находится единственная в мире фабрика по художественной обработке дерева.

В Дагестане, также как и 10 лет назад в Гудермесе, сотрудникам оперативной группы МВД Татарстана пришлось обустраиваться заново. Первые дни пребывания место дислокации находилось в чистом поле. Нами были возведены защитные ограждения из бетонных блоков, расставлены палатки, налажена постоянная телефонная связь, проведен водопровод, электричество, создан медицинский пункт, оборудована дежурная часть.



Фото №2 Расположение пункта временной дислокации

Для обеспечения медицинской помощью личного состава была выделена палатка (медицинский пункт) в состав которой входила комната для приема и осмотра больных, медицинский изолятор для изоляции инфекционных больных, помещение для хранения лекарственных средств, перевязочного материала и медицинского имущества.



Фото №3 Медицинский пункт

В разделы моей работы входила организация контроля за состоянием здоровья личного состава; организация лечебно - эвакуационных мероприятий; организация санитарно-противоэпидемического обеспечения, в том числе санитарный надзор за организацией питания; участие в организации медицинского снабжения; организация в подготовке личного состава; организация взаимодействия с медицинской службой ВОГО и П МВД России, территориальными учреждениями здравоохранения по вопросам консультации и лечения.

Проводились мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний, контроль хранения и расходования лекарственных средств. Я нес материальную ответственность за сохранность медицинского имущества, осуществлял контроль наличия и состояния необходимого медицинского обеспечения для предупреждения и локализации сезонных заболеваний и медицинского сопровождения автомобильных колонн, проводил ежедневный предрейсовый медицинский контроль водительского состава ОГ ВОГОиП МВД по Унцукульскому району. Регулярно докладывал начальнику ОГ ВОГОиП МВД России по Унцукульскому району РД результаты и качество контроля.

Количество обращений ежедневно составляло порядка 5 человек. Проведенный анализ показал, что в среднем на одного сотрудника за период службы приходилось по 4 обращения. Всего за период службы было 532 обращения за медицинской помощью, из них вторичных – 342.



Фото №4 Оказание медицинской помощи личному составу

Среди обращений большинство составили следующие:

- острые респираторные заболевания верхних дыхательных путей – 72
- панариций, потертости кожи- 49
- миозит мышц шеи и спины- 47
- вертеброгенная дорзалгия, люмбоишалгия – 39
- наружный отит – 39
- стоматологические больные – 24
- глазной конъюнктивит-23
- обострение хронического гастрита – 22
- тепловые удары и солнечные ожоги-16
- острый бронхит – 7
- гипертонический криз- 4
- растяжение связок голеностопного сустава- 12

Тяжелые условия высокогорной местности, где дневная температура достигала 56 градусов выше нуля, а ночная падала до низких цифр, приводили к обострению многих заболеваний или возникновению острых поражений. Не смотря на значительную психофизиологическую подготовку личного состава ситуация оказывала постоянное психологическое давление.

Приходилось оказывать экстренную помощь при боевых выездах в составе спецбригад. За весь период моей службы в Дагестане я принимал участие в более чем 40 спецоперациях.

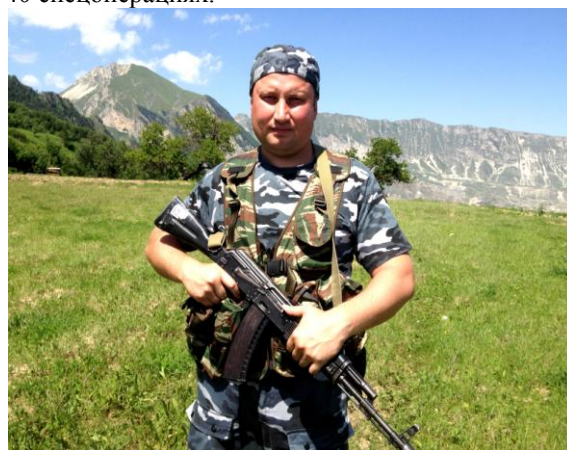


Фото №5 Участие в спецоперации по обезвреживанию бандформирования

С целью профилактики психоэмоционального стресса, улучшения санитарно-эпидемиологической обстановки мною был разработан график проведения санпросвет работы с личным составом. На постоянной, регулярной основе читались лекции по профилактике заболеваний, методах оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях, кровотечениях, травмах, ожогах, тепловых и солнечных ударах, особое внимание уделялось правилам использования индивидуальных средств защиты, санитарно-гигиеническим аспектам.

Значительный объем работы отводился контролю за состоянием санитарноэпидемиологической обстановке нашего пункта временной дислокации. В период обустройства, разбивки палаток в соответствии с действующими нормативами были определены места расположения пищеблока, контейнеров по выбросу бытовых отходов, санитарных комнат, санузлов.

Не смотря на полевые условия, периодами оказание экстренной медицинской помощи, в мои задачи входило ведение значительного объема медицинской документации: журнал амбулаторного приема больных; журнал направлений на консультации и госпитализацию; журнал освобождения от несения службы; журнал учета и расхода сильнодействующих лекарственных и наркотических средств; журнал учета инфекционных больных; журнал санитарного состояния ПВД; журнал предрейсового осмотра водителей; журнал санитарных потерь; журнал травматизма.

Значимым для нас событием стал приезд Министра внутренних дел по Республике Татарстан генерал-майор полиции Артема Хохорина. Выступая перед нами он поблагодарил за безупречную службу, за обеспечение общественного порядка и безопасности граждан вдали от дома, и вручил наиболее отличившимся сотрудникам оперативной группы награды; почетные грамоты, нагрудные знаки, денежные премии и ведомственные награды МВД Татарстана.



Фото №6 Награждение личного состава ведомственными наградами Министром МВД по РТ А.В. Хохориным

031. ОТДЕЛЕНИЕ ТЕРАПИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД ПО РТ. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С 2007 ПО 2011 гг.

Лилия Хатимовна Сафаргалиева – начальник терапевтического отделения клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия, тел +7 (927) 440-17-30, e-mail safargalieva.liliya@mail.ru.

Лилия Фаритовна Байбулатова – врач терапевтического отделения клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия.

Наиль Багаувич Амиров - докт. мед. наук, проф. кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ, тел. (843) 291-26-76, e-mail: namirov@mail.ru

Реферат. В представленном анализе деятельности отделения за пятилетний период, проанализированы статистические показатели. Выявлено что за пятилетний отчетный период показатели терапевтического отделения стабильные. Ежегодно отделение работает с выполнением плана. Средняя длительность пребывания больного на койке коррелирует с цифрами в городских больницах города Казани в пределах 12-13 дней.

Ключевые слова: анализ деятельности, терапевтическое отделение, госпиталь МВД по РТ.

THERAPEUTICS DEPARTMENT OF THE TATARSTAN HOSPITAL OF INTERNAL AFFAIRS – ACTIVITY ANALYSIS FROM 2007 TO 2011.

Abstract. In the present analysis of the activities of the five-year study of statistical indicators is performed. Founds: over a five year period of observation, statistical data of the therapeutic department remains stable; every year, department works with the plan; average duration of hospital stay correlates with statistical data in Kazan hospitals with ranges of 12-13 days.

Keywords: activity analysis, therapy department, hospital of internal affairs in Tatarstan.

В условиях сложных социально-экономических и политических преобразований, происходящих в стране, именно сотрудники органов внутренних дел в силу специфики профессиональной деятельности оказываются в эпицентре происходящих событий, испытывая на себе огромные эмоциональные и физические нагрузки. Поэтому проблема организации и обеспечения медицинских услуг остается объектом повышенного внимания.

На сегодняшний день основной задачей ведомственного здравоохранения МВД является забота об охране здоровья, поддержки трудоспособности и боеготовности работников органов внутренних дел, военнослужащих внутренних войск, работников МЧС, ФСИН, других силовых ведомств, сохранения здоровья пенсионеров МВД, а также членов их семей [1].

Особая роль в системе организации здравоохранения, в том числе и ведомственного, принадлежит стационарам. Самая "первая линия" медицины, основа целостного, интегрированного взгляда на проблемы общемедицинской практики это терапевтическая служба. Именно у терапевтов лечится и обследуется большинство населения: через них чаще

всего осуществляется первичное обращение; через них проходят больные сотен нозологических форм; у них в подавляющем числе случаев происходит выработка первоначальной диагностической гипотезы с последующим направлением пациентов, при необходимости, к узким специалистам, на специализированное лечение и т.д. [2].

Важной составляющей является взаимодействие сотрудников терапевтического отделения и клинических кафедр. На базе госпиталя эффективно работают шесть клинических кафедр - три кафедры Казанского государственного медицинского университета: кафедра общей врачебной практики; кафедра фтизиатрии и пульмонологии; кафедра травматологии, ортопедии и экстремальных состояний; и три кафедры Казанской государственной медицинской академии: кафедра терапии; кафедра физиотерапии и кафедра кардиологии и ангиологии. Больных госпиталя, при необходимости, консультируют и лечат шесть профессоров, доценты и ассистенты кафедр. Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ является третьим по мощности среди ведомственных медико-санитарных частей Российской Федерации и первым и единственным стационарным учреждением, сертифицированным на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2008 в Республике [3].

Благодаря тесному сотрудничеству сотрудников кафедр и врачей терапевтического отделения лечебный процесс осуществляется с учетом самых современных клинических рекомендаций. Ежедневно проводятся конференции с разбором клинических случаев, обсуждением пациентов, а также клинические лекции. На базе МСЧ МВД по РТ с 2008 года функционирует журнал «Вестник Современной Клинической Медицины», врачи терапевтического отделения принимают активное участие в анализе клинических случаев, публикации статей.

В 2009 году был опубликован клинический случай успешного тромболизиса у больного с острым инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка в условиях неспециализированного стационара, автор – начальник терапевтического отделения Сафаргалиева Л.Х. [4].

В 2010 г был опубликован клинический случай вторичного инфекционного эндокардита у больного с тяжелой хронической сердечной недостаточностью, авторы Л.Х.Сафаргалиева, Г.М.Файзрахманова, О.Ю.Михопарова [5]. Также в 2010 году была опубликована обзорная статья, посвященная гранулематозу Вегенера, в статье также рассмотрен клинический случай, авторы Л.Х. Сафаргалиева, Э.Б. Фролова, Г.В.Тухватуллина, О.Н. Сигитова, Э.А. Камалова [6].

В 2011 году совместно с профессором Амировым Н.Б. и врачами терапевтического отделения Л.Х. Сафаргалиевой и Р.Р. Ягфаровой была опубликована клиническая лекция «Бактериальный эндокардит» [7].

Анализ показателей работы отделения.

По данным Минздравсоцразвития РФ, в Российской Федерации абсолютное число коек терапевтического профиля (терапевтические, кардиологические, гастроэнтерологические, аллергологические,

восстановительного лечения, эндокринологические, гематологические, нефрологические, ревматологические, пульмонологические) в 2000 г. составляло 346514, а в 2006 г. – 298831, т.е. уменьшилось на 13,8%. Обеспеченность населения койками терапевтического профиля в эти годы составляла, соответственно, 25,3 и 21,0 на 10.000 населения. Основные показатели деятельности всех стационарных учреждений (без различия профиля) в Российской Федерации могут быть иллюстрированы следующими данными: уровень госпитализации в 2005 г. составил 22,4 и в 2006 г. – 22,2 на 100 чел. населения; средняя занятость койки в 2005 г. равна 318 и в 2006 г. – 317; среднее пребывание больного на койке, соответственно 13,8 и 13,6 [8].

Динамика показателей работы терапевтического отделения МСЧ МВД РТ представлена в таблице 1. Результаты анализа деятельности терапевтического отделения в целом соответствуют средним показателям по РФ [8,9].

Таблица 1. Основные показатели работы отделения

Показатель	2007	2008	2009	2010	2011
Количество пролеченных больных	1095	1046	1176	1175	1112
Средняя занятость койки в году	329	316,9	336,8	329,5	336,5
Процент выполнения плана койко-дня	100,3 %	93,2%	99,1%	96,9%	98,9%
Оборот койки	25,0	23,3	26,1	26,2	24,7
Средняя длительность пребывания	13,2	11,7	12,9	12,6	13,6
Летальность	0,18%	-	-	-	0,08%
Процент расхождения стационарных и поликлинических диагнозов	0,29%	-	-	0,3%	-

Количество пролеченных больных возросло с 1095 до 1112 в год (+ 1,5%); средняя занятость койки в году возросла с 329 до 336,5 (+ 2,3%); процент выполнения плана койко-дня в среднем составил 97,68 % (не было выявлено тенденции к росту или снижению). Показатель оборота койки составил в среднем 25,06 (не было выявлено тенденции к росту или снижению). Показатель средней длительности пребывания больного на койке составил в среднем 12,8 (не было выявлено тенденции к росту или снижению). Показатель летальности снизился с 0,18% в 2007 г. до 0,08% в 2011 г. С 2008 по 2010 гг. летальных исходов не было. Процент расхождения стационарных и поликлинических диагнозов в 2007 и 2010 гг. составил 0,29 и 0,3 % соответственно. Главная причина расхождения диагноза – недообследование экстренно поступавших пациентов.

Показатели заболеваемости по нозологическим формам представлены в таблице 2 и рис.1.

Таблица 2 Структура заболеваемости по нозологическим формам

Нозология	2007		2008		2009		2010		2011	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ИБС	206	18,8	102	9,8	128	10,9	68	5,75	68	6,1
Ревматизм	4	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Гипертоническая болезнь	436	39,8	487	46,6	466	39,6	338	28,7	384	34,5
Ревматоидный артрит (в т.ч. Б.Бехтерева)	40	3,65	23	2,2	36 19	3,0 1,6	-	-	-	-
Реактивные артриты	24	2,19	19	1,8	37	3,1	42	3,57	33	3
Остеоартроз	-	-	-	-	-	-	43	3,65	33	3
Подагра	16	1,46	18	1,7	25	2,1	30	2,55	26	2,3
Острый бронхит	32	2,9	37	3,5	30	2,5	34	2,89	41	3,7
Хронический бронхит	65	5,9	39	3,7	47	4,1	34	2,89	31	2,8
Хроническая обструк- тивная болезнь легких	36	3,28	47	4,5	37	3,2	54	4,6	37	3,3
Бронхиальная астма	79	7,2	58	5,5	75	6,1	85	7,23	66	6
Пневмонии	63	5,75	83	7,9	91	7,7	87	7,4	76	6,8
Гломерулонефрит	5	0,45	6	0,6	25	2,4	26	2,21	25	2,2
Пиелонефрит	24	2,19	29	2,8	58	4,9	65	5,53	54	4,9
Сахарный диабет	50	4,56	44	4,2	75	6,5	115	9,79	105	9,5
Заболевания щитовидной железы	-	-	-	-	-	-	20	1,7	17	1,5
Анемии	11	1,0	16	1,5	17	1,5	53	4,5	25	2,2
Онкозаболевания	3	0,27	2	0,2	3	0,4	1	0,08	2	0,2
Системные заболевания соединительной ткани	-	-	-	-	-	-	43	3,66	40	3,6
ТЭЛА	-	-	-	-	-	-	1	0,08	-	-
Синдром вегетативной дисфункции	-	-	-	-	-	-	25	2,13	30	2,7
Прочие	11	1,0	36	3,4	7	0,4	11	1	19	1,7

В структуре заболеваемости по нозологическим формам (таблица 2) традиционно преобладают болезни системы кровообращения – ишемическая болезнь сердца (ИБС) и гипертоническая болезнь. В среднем за отчетный период было пролечено 114 пациентов в год. В связи с тем, что пациенты с ИБС направляются в кардиологическое отделение, поток больных уменьшился с 206 в 2007 г. до 68 в 2011 г. Также отмечается тенденция к снижению потока пациентов с гипертонической болезнью с 436 в 2007 г. до 384 в 2011 г.

Это также связано с нахождением в терапевтическом отделении до 50% пожилых людей с сочетанной тяжелой соматической патологией: бронхиальной астмой, тяжелой пневмонией, хронической обструктивной болезнью легких, острым пиелонефритом, артериальной гипертензией, ИБС. Ежегодно через палату участников ВОВ проходит 98-105 человек. Это пожилые пациенты, за которыми требуется посторонний уход – с тяжелым сахарным диабетом и его осложнениями, недержанием мочи, тяжелыми постинсультными осложнениями.

С 2007 по 2009 в отделении лечились пациенты с хронической ревматической патологией: ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева. За отчетный период отмечено увеличение количества пациентов с подагрой (в среднем через отделение проходило 23 пациента в год, минимум был зафиксирован в 2007 г. – 16 пациентов, максимум в 2010 г. – 30 пациентов) и реактивными артритами (в среднем через отделение проходило 31 пациент в год, минимум был зафиксирован в 2008 г. – 19 пациентов, максимум в 2010 г. – 42 пациента). В 2010-2011 в отделение стали поступать пациенты с системными заболеваниями соединительной ткани.

В структуре острых заболеваний респираторной системы лидирует внебольничная пневмония: в среднем в год через отделение проходят 80 больных; выявлена тенденция к увеличению количества больных с 2007 по 2010 гг. (+ 38%), в 2011 году было зафиксировано меньшее количество больных. Эти данные соответствуют динамике заболеваемости пневмонией в Татарстане (волнообразное повышение заболеваемости с пиками в 2000 и 2009 г.) [10].

Среди показателей количества больных с острым бронхитом не было выявлено тенденции к росту или снижению. В структуре хронических заболеваний респираторной системы лидирует бронхиальная астма (БА) – в среднем в год через отделение проходит 72 пациента, наблюдается тенденция к увеличению количества пациентов с бронхиальной астмой. Интересна тенденция среди таких нозологий как хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ): за отчетный период количество пациентов с хроническим бронхитом склонно к снижению, а пациентов с ХОБЛ, наоборот, к увеличению. Возможно, это связано с прогрессированием заболевания с ухудшением функции дыхания, возможно с развитием службы функциональной диагностики.

Отмечается увеличение количества пациентов с острой (с 5 пациентов с острым гломерулонефритом в 2007 г. до 25 пациентов в 2011 г.) и хронической (с 24 пациентов с хроническим гломерулонефритом в 2007 г. до 54 пациентов в 2011 г.) почечной патологией. Данный факт связан с улучшением работы диагностических служб и поликлиники МСЧ.

Заметен рост количества пациентов с сахарным диабетом с 50 пациентов в 2007 году и 105 пациентами в

2011 году; это соответствует общероссийской тенденции; по данным Сунцова Ю.И. с соавт у взрослых выявлен значительный прирост заболеваемости сахарным диабетом – на 45,53% с 2000 по 2009 г. [11].

Также увеличилось число пациентов с анемией. Число пациентов с онкологическими заболеваниями не изменилось.

Показатели заболеваемости по нозологическим формам за 2011 г. представлены на рисунке 1.

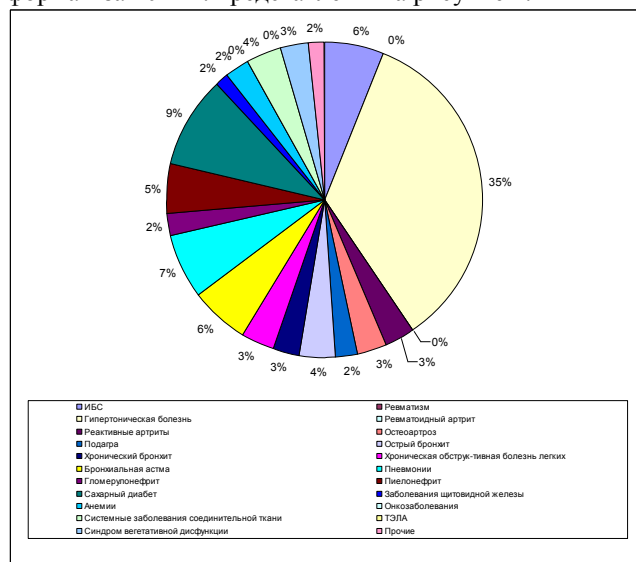


Рис. 1 Показатели заболеваемости по нозологическим формам за 2011 г.

Показатели социального статуса пролеченных пациентов представлены в таблице 3. Отмечается увеличение количества аттестованного персонала, сотрудников МЧС, сотрудников УИН, но снижение количества пенсионеров МВД и военнослужащих. В целом, количество обслуживаемых пациентов не изменилось.

Таблица 3.

Социальный статус пролеченных пациентов:

	2007		2008		2009		2010		2011	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Аттестованные	438	40	455	43,4	568	48,2	546	46,8	467	42
МЧС	24	2,19	42	4,0	33	2,8	37	3,4	49	4,4
УИН	83	7,57	85	8,1	77	6,5	104	8,8	114	10,3
Вольнонаемные	14	1,27	17	1,72	19	1,6	27	2,2	17	1,5
Члены семей	90	8,2	82	7,8	82	7,0	105	8,8	97	8,7
Пенсионеры МВД	366	33,42	315	30,1	329	29,1	303	25,6	331	29,8
Военнослужащие + прочие	80	7,29	49	4,7	68	5,8	53	4,4	37	3,3
Всего	1095	100	1046	100	1176	100	1175	100	1112	100

Выводы:

1. За анализируемый пятилетний период показатели терапевтического отделения стабильные.

2. Ежегодно отделение работает с выполнением плана.

3. Средняя длительность пребывания больного на койке коррелирует с цифрами в городских больницах города Казани в пределах 12-13 дней.

Литература

1. Ишкнеев Ф.И. История и перспективы развития клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ // Вестник современной клинической медицины. – 2008. – Том 1. – Выпуск 1. – С. 8-10.

2. И.Я.Султанов О возможном упорядочивании работы общетерапевтических отделений многопрофильных больниц в современных социально-демографических условиях // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия "Медицина". – 2001. – №2. – С. 67-71.

3. Потапова М.В., Сабиров Л.Ф., Амиров Н.Б. Оценка эффективности деятельности медицинского

учреждения при внедрении системы менеджмента качества // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 11 – С. 99-102.

4. Л.Х. Сафаргалиева Случай успешного тромболизиса у больного с острым инфарктом миокарда нижней стенки левого желудочка в условиях неспециализированного стационара // Вестник современной клинической медицины. – 2009. – Том 2. – Выпуск 1. – С. 66-68.

5. Л.Х.Сафаргалиева, Г.М.Файзрахманова, О.Ю.Михопарова Клинический случай вторичного инфекционного эндокардита у больного с тяжелой хронической сердечной недостаточностью // Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы в терапевтической практике» с международным участием. г. Казань, 27-28 мая 2010 года Сборник научных трудов конференции (Вестник современной клинической медицины Том 3, Приложение 2, 2010, С. 105-107) Под редакцией акад. РАМН В.Т. Ивашкина, проф. Р.Г. Сайфутдинова, проф. Н.Б. Амирова Казань.

6. Л.Х. Сафаргалиева, Э.Б. Фролова, Г.В.Тухватуллина, О.Н. Сигитова, Э.А. Камалова Гранулематоз Вегенера // Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы в терапевтической практике» с международным участием. г. Казань, 27-28 мая 2010 года Сборник научных трудов конференции (Вестник современной клинической медицины Том 3, Приложение 2, 2010, С. 107-112) Под редакцией акад. РАМН В.Т. Ивашкина, проф. Р.Г. Сайфутдинова, проф. Н.Б. Амирова Казань.

7. Н.Б. Амиров Н.Б., Л.Х. Сафаргалиева, Р.Р. Ягфарова Бактериальный эндокардит // Вестник современной клинической медицины. – 2011. – Том 4. – Выпуск 4. – С. 50-54.

8. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. – М.: Минздравсоцразвития РФ, 2007. – 105 с.

9. <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/sbornik%202001-2011.htm>. – Министерство здравоохранения Татарстана. Статистический сборник 2001-2010.

10. Р.Ф. Хамитов, А.А. Визель, Н.Б. Амиров, Г.В. Лысенко Внебольничные пневмонии: рекомендации по диагностике и лечению: учебно-методическое пособие для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования. – Казань: КГМУ, Изд-во «Бриг». – 2012. – 101 с.

11. Сунцов Ю.И., Болотская Л.Л., Маслова О.В., Казаков И.В. Эпидемиология сахарного диабета и прогноз его распространенности в Российской Федерации // Сахарный диабет – 2011. – №1. – С. 15-18.

032. ДИНАМИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ ЗА ПЕРИОД С 2007 ПО 2011 гг.

Сахибуллин Р.Ф., Потапова М.В., Сабиров Л.Ф., Фролова Э.Б., Амиров Н.Б.

Рамиль Фархатович Сахибуллин, заведующий эндоскопическим кабинетом клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 277-88-84, e-mail:sahibullin@mail.ru

Марина Вадимовна Потапова, к.м.н., начальник МСЧ МВД России по Республике Татарстан, полковник внутренней службы, тел. (843) 291-36-87,

Ленар Фарахутдинович Сабиров, к.м.н., начальник клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 277-88-84,

Эльвира Бакеевна Фролова, зам. начальника клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 291-26-82,

Наиль Багауевич Амиров, д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета, тел. (843) 291-26-76

Реферат. Отражена деятельность эндоскопического кабинета клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан за 5-ти летний период. Установлено, что при отсутствии противопоказаний эндоскопические методы исследования являются быстрым и достоверным методом установления диагноза.

Рассматриваются возможности эндоскопии как метода выбора для скрининга онкопатологии ЖКТ.

Ключевые слова. Эндоскопия, методы исследования, онкопатология.

Summary. Cover the activity of the endoscopic department in Clinical Hospital Medical Unit of the Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for the 5-year period. Found that in the absence of contraindications endoscopic methods are fast and reliable method of diagnosis. The possibilities of endoscopy as a screening method of choice for gastrointestinal cancer pathology are discussed.

Keywords: endoscopy, research methods, cancer pathology.

Болезни органов пищеварения являются одной из наиболее часто встречающихся патологий и прочно занимают 3-4-е место среди всех поражений организма. Для своевременной и адекватной диагностики изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта в арсенале гастроэнтерологов, терапевтов, врачей общей практики находится обширный спектр современных лабораторных и инструментальных методик, среди которых одно из ведущих мест занимает эндоскопия. Эндоскопические методы исследования желудочно-кишечного тракта с каждым годом получают все большее распространение, как в качестве одного из самых достоверных способов диагностики врожденных и приобретенных заболеваний органов пищеварения, так и в качестве метода, позволяющего производить различные лечебные манипуляции и тем самым избежать во многих случаях сложных полостных операций. Стремительное развитие эндоскопической аппаратуры и техники осмотра слизистой оболочки пищеварительного тракта в последнее время значительно расширило показания и возрастные рамки для проведения эндоскопических исследований [3].

В настоящее время медицинская служба МСЧ, наряду с остальными службами, работает в условиях реформирования системы МСЧ, которая уже улучшила социальные условия сотрудников. Однако для полной завершенности реформирования необходимо пересмотреть и систему медицинского обеспечения занятых в этой сфере граждан. Основным документом, на котором основывается, в том числе и деятельность медицинской службы МСЧ, является принятый в 2011 году Федеральный закон № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». В условиях современных реалий правильно выстроенная работа медицинского учреждения позволяет оптимизировать материальные затраты на сохранение и восстановление здоровья сотрудников.

Эндоскопический кабинет клинического госпиталя предназначен для выполнения различных эндоскопических исследований, таких как эзофагогастроудоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия.

Эндоскопический кабинет клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ состоит из отдельных помещений для гастроскопии, колоноскопии и

ректороманоскопии, комнаты для ожидания, моечной комнаты и ординаторской. В марте 2011 года была получена и активно применяется видеоэндоскопическая аппаратура японского производства фирмы «Fujinon» - видеопроцессор EPX2500, видеогастроскоп EG 530WR и видеоколоноскоп EC 530WI. Также применяются фиброгастроскоп «Olympus GIF E3» и фиброколоноскоп «Fujinon FC-1Z».

Обработка аппаратуры производится разрешенными производителями эндоскопов дезинфицирующими средствами механизированным способом в установке «КРОНТ-УДЭ» в соответствии со всеми методическими указаниями. Для соответствия современным требованиям планируется закупить автоматическую моечную машину и УФ-шкаф для хранения эндоскопов.

Обследование больных

В эндоскопическом кабинете производится обследование и лечение больных стационара, амбулаторных больных, а также сотрудников МСЧ МВД по РТ.

Согласно современным рекомендациям, показания к эндоскопическим исследованиям делятся на экстренные и плановые; также немаловажным фактором является наличие ряда противопоказаний для каждого вида. Абсолютным противопоказанием для всех видов исследований является отказ пациента.

Плановая эзофагогастродуоденоскопия показана для:

- установления диагноза;
- подтверждения диагноза (визуального и морфологического);
- установления локализации и распространенности процесса;
- изучения секреторной топографии желудка;
- определения хеликобактер пилори (НР);
- оценки эффективности консервативного или хирургического лечения;
- проведения лечебных манипуляций через эндоскоп и оценки эффективности этого лечения.

Противопоказания для плановой эзофагогастродуоденоскопии:

Абсолютные:

- инфаркт миокарда в острой стадии;
- инсульт в острой стадии;
- сердечно-сосудистая и сердечно-легочная недостаточность тяжелой степени;
- нарушения свертывающей системы крови;
- стриктура верхней трети пищевода;
- крайне тяжелое состояние больного, когда невозможно выполнить эндоскопическое исследование.

Относительные:

- острые воспалительные заболевания миндалин, глотки, гортани, бронхов, средостения;
- эпилепсия с частыми приступами (исследование возможно только под общим обезболиванием с миорелаксантами).

Показания к экстренным эндоскопическим исследованиям:

- установления источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ;

- инородные тела;
- диагностика патологического процесса на операционном столе;
- непроходимость анастомоза.

Противопоказания к экстренным эндоскопическим исследованиям:

- подозрение на перфоративную язву желудка или двенадцатиперстной кишки;
- инородные тела верхних отделов ЖКТ с явлениями перитонита;
- крайне тяжелое (агональное) состояние пациента, когда уточнение диагноза не может влиять на тактику лечения.

Диагностические показания для колоноскопии:

- уточнение диагноза в случае, если при рентгенографии с бариевой клизмой выявлена патология;
- определение источника скрытого или острого желудочно-кишечного кровотечения и микроцитарной анемии неясного происхождения;
- исследование до или после операции по поводу рака толстой кишки с целью выявления других поражений;
- определение степени воспалительного поражения кишечника.

Терапевтические показания:

- удаление полипов;
 - коагуляция кровоточащих участков;
 - ликвидация заворота или инвагинации кишечника.
- Абсолютные противопоказания:
- инфаркт миокарда в острой стадии;
 - инсульт в острой стадии;
 - сердечно-сосудистая и сердечно-легочная недостаточность тяжелой степени;

- перитонит;
 - перфорация кишечника;
 - молниеносная форма колита.
- Относительные противопоказания:
- плохая подготовка кишечника;
 - массивное кишечное кровотечение;
 - дивертикулит;
 - недавняя операция на брюшной полости;
 - в анамнезе многократные операции в тазовой области;
 - большая грыжа.

Документы

Эндоскопический кабинет в работе руководствуется следующими приказами и положениями:

1. Приказ N 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации от 31 мая 1996 г.

2. Приказ от 16 июня 1997 г. № 184 «Об утверждении методических указаний по очистке, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, используемых в лечебно-профилактических учреждениях».

3. Требования к помещениям эндоскопических отделений и кабинетов (из пособия по проектированию учреждений здравоохранения) (к СНиП 2.08.02-89).

4. Санитарно-эпидемиологические правила "Профилактика инфекционных заболеваний при

эндоскопических манипуляциях. СП 3.1.1275-03" (введены в действие с 1 мая 2003 года).

5. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 12 июля 2010 г. № 82 "Об утверждении СП 3.1.2659-10 «Изменения и дополнения № 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам СП 3.1.1275-03 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях»

6. Порядок применения приказа МЗМП РФ от 31.05.96 № 222 при определении штата медицинского персонала эндоскопического отделения.

Материалы и методы

Для учёта работы персонала эндоскопического кабинета, возможности сопоставления его

РАСЧЕТНЫЕ НОРМЫ ВРЕМЕНИ НА ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ, ОПЕРАЦИИ

№	Наименование исследования	Время на 1 исследование, процедуру, операцию (мин.)			
		Диагностические		Лечебно-диагностические	
		взрослым	детям	взрослым	детям
1.	Эзофагоскопия	30	40	60	70
2.	Эзофагогастроскопия	45	50	60	70
3.	Эзофагогастродуоденоскопия	55	60	70	80
4.	Эзофагогастродуоденоскопия при ретроградной холангиопанкреатографии	90	90	120	120
5.	Еюноскопия	80	90	120	120
6.	Холедохоскопия	60	-	90	-
7.	Ректоскопия	25	40	40	50
8.	Ректосигмоидоскопия	60	60	90	90
9.	Ректосигмоидоколоноскопия	100	120	150	150
10.	Трахеобронхоскопия	60	65	80	85

За исследуемый период с 2007 по 2011 гг. проведено 10876 исследований, что соответствует 62978,5 условным единицам.

Год	Всего исследований	Эзофагогастродуоденоскопия	Ректоскопия	Колоноскопия
2007	1777	1621	55	100
2008	1957	1753	47	157
2009	2572	2237	61	274
2010	2144	1963	33	148
2011	2426	2098	105	223
Всего	10876	9672	301	903

Данные, приведенные в таблице (исходя из того, что в стационаре ежегодно получают лечение около 5000 больных), свидетельствуют о том, что потребность клинического госпиталя в эндоскопических исследованиях из года в год остается на высоком уровне. Также на высоком уровне остается нагрузка на персонал эндоскопического кабинета, например, в 2011 году она составила около 57 у.е. за смену, когда как норма 33 у.е +/-10%. По сравнению с общегородскими учреждениями здравоохранения показатели работы несколько выше. Более высокие показатели в 2008-2011 гг. связаны с введением в состав клинического госпиталя гастроэнтерологического отделения по линии ОМС. Ввиду закрытия с декабря 2011 вышеуказанного отделения следует ожидать некоторого снижения показателей, и приведения нагрузки на персонал к общегородскому уровню.

загруженности, расчетные нормы времени и определяемые нормы нагрузки врачей и среднего медицинского персонала приводятся к общей единице измерения – условные единицы. В таблице показаны расчетные нормы времени на различные эндоскопические методы исследования и их перевод в условные единицы, где за 1 условную единицу принимается 10 минут рабочего времени. Таким образом, сменная норма нагрузки составляет 33 условные единицы. Также существуют расчетные нормы времени исследований, проводимых в эндоскопическом кабинете.

При анализе нозологических форм, выявляемых при эндоскопических исследованиях, установлено, что чаще всего (примерно в 50% случаев) выносится заключение «хронический гастродуоденит», на втором месте (22-23%) – «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки» и далее по убывающей – «эрозивный гастрит», «эрозивный дуоденит», «эрозивный эзофагит», «грыжи пищеводного отверстия диафрагмы» и др. Однако, необходимо учитывать, что патологические состояния в верхнем отделе ЖКТ, чаще всего носят сочетанный характер, т.е. обычно нет изолированного поражения какого-то отдела, а есть изменения и в желудке, и в 12-перстной кишке, и в пищеводе. Немаловажным фактом является то, что при обследовании пациентов, направленных на ЭГДС лишь для прохождения военно-врачебной комиссии, нередко выявляются различные патологические состояния (эрозии, язвы, полипы). Это свидетельствует о том, что эндоскопическая картина заболевания не всегда сочетается с клиническими проявлениями. Также стоит отметить, что «классическая доброкачественная» эндоскопическая картина эрозивно-язвенных поражений не всегда исключает онкопатологию и является показанием к гистологическому и цитологическому исследованию. Например, в 2011 году при цитологическом исследовании материала, взятого из язв и эрозий желудка, выявлены 3 случая дисплазии средней и высокой степени, что является показанием к обследованию в специализированной онкологической клинике.

Что касается заболеваний нижнего отдела ЖКТ, то тут частыми находками являются различные полипы,

дивертикулы, есть случаи выявления онкологических заболеваний. Например, в 2011 году в пяти случаях вынесено заключение «рак кишечника» с последующим гистологическим подтверждением.

Исходя из вышесказанного мы считаем, что эндоскопические методы исследования являются методом выбора для скрининга онкопатологии ЖКТ.

Эндоскопическая служба клинического госпиталя постоянно находится в развитии, например, если раньше биопсия на *Helicobacter pylori* выполнялась лишь при поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки, то сейчас забор материала выполняется и при воспалительных заболеваниях пищевода. Объясняется это тем, что пациенты с симптомами гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) вынуждены находиться на длительном приеме ингибиторов протонной помпы, что, при наличии инфекции *H. pylori*, может произойти распространение бактерий в тело и кардиальный отдел желудка.

Персонал эндоскопического кабинета ведет активную работу среди пациентов для их более положительного отношения к эндоскопическим процедурам. Проводятся образовательные лекции для пациентов в рамках цикла «Школа здоровья».

Список использованной литературы:

1. Маржатка З., Фёдоров Е.Д. Терминология, определения терминов и диагностические критерии в эндоскопии пищеварительного тракта // Третье издание переработанное и дополненное (первая публикация на русском языке). - Normed Verlag.- 1999.
2. Руководство по клинической эндоскопии под. ред. В.С. Савельева – М. Медицина, 1985.
3. Луцкевич Э. В., Астапенко В. Г., Белов И. Н. Руководство по гастроинтестинальной эндоскопии. – Мн.: Выш. Шк., 2003.
4. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника – М.: Триада-Х, 1998
5. Эндоскопический атлас // Романов В.А., 220 стр., 2-е издание, 2001.
6. Анищук А.А. Эндоскопия - взгляд изнутри: пособие для практикующих врачей. - М: МИА, 2008. 240 с.
7. Никифоров П.А. Место эндоскопии в современной гастроэнтерологии. М.- 2002.
8. Б. Блок, Г. Шахшаль, Г. Шмидт Гастроскопия./ "МЕДпресс-информ" 2007.
9. Современные технологии в эндоскопии, Чернеховская Н.Е., 2004 г.
10. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Учебное пособие. 3-е изд. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянецов Д.П., Поваляев А.В. -М., 2010, -208с

033. СЕКРЕТЫ ДРЕВНИХ ДИАГНОСТОВ И ЦЕЛИТЕЛЕЙ: АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

С.В. Смольянинов, Р.Г. Ненашев, Т.Т. Мальцев, 2012

Сергей Васильевич Смольянинов, доктор медицинских наук, начальник ФКУЗ «МСЧ МВД России

по Воронежской области», контактный телефон 8/473/251-12-29.

Роман Григорьевич Ненашев, заместитель начальника поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по Воронежской области» по медицинской части – врач, контактный телефон 8/473/251-12-22.

Тимофей Тимофеевич Мальцев, начальник терапевтического отделения поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по Воронежской области», врач-терапевт, контактный телефон 8/473/251-12-22.

Sergey V. Smolyaninov, MD, chief of FKUZ "MSU Russian Interior Ministry in the Voronezh region", phone 8/473/251-12-29.

Roman G. Nenashev, deputy chief of clinic FKUZ "MSU Russian Interior Ministry in the Voronezh region" on medicine - a doctor, phone 8/473/251-12-22.

Timothy T. Maltsev, head of the therapeutic department clinics FKUZ "MSU Russian Interior Ministry in the Voronezh region," physician, telephone 8/473/251-12-22.

Современный научный подход Запада к изучению мира и человека почему-то всегда с несломной твердостью требует от исследователей ненарушаемого единства в картине мира – все разнообразные процессы и явления мы вечно пытаемся свести к единой и единственно верной теории. Мы неутомимо ищем корень, причинное основание поражающего многообразия, реальности. Однако этим должна заниматься философия. Системы же медицины наших предков представляют собой прекрасные, живородящие ветви человеческого познания, несущие на себе плоды многовекового опыта. Они действительно не схожи друг с другом, но едины в главном – в признании за человеческим организмом наличия великих сил самоорганизации и самоисцеления.

Именно на синтезе медицинских концепций Востока и Запада будет основана гармоническая медицина будущего, которая соединит практические достижения современных исследователей с теоретическими моделями древности.

The modern scientific approach to the study of the Western world and the human reason always with surprising firmness requires researchers undisturbed unity in view of the world - all the various processes and phenomena we are always trying to reduce to one and only true theory. We relentlessly search for the root reason for establishing the striking diversity of reality. However, this should do philosophy. System same medicine of our ancestors are beautiful, Life-bearing branches of human knowledge, bearing the fruit of centuries of experience. They do not really resemble each other, but are united in the main - the recognition of the human body having great powers of self-organizing and self-healing.

Ключевые слова: медицина народная, медицина традиционная, восточная диагностика, психоэнергетика.

Keywords: folk medicine, traditional medicine, oriental diagnosis, psycho-energetics.

Нет науки, более близкой жизни каждого человека и в то же время более сложной, постоянно развивающейся

и потому не всегда доступной пониманию непрофессионала, чем медицина. Интерес к медицине, равно как и к ее истории, не был так велик, как в последние десятилетия. Изменения в жизни общества всегда сказываются и на состоянии медицинской науки.

В 20 веке произошли существенные изменения в развитии научной мысли, в том числе и в медицине. Успехи научно-технического прогресса облегчили возможность диагностики и лечения. Столь развившаяся во второй половине прошлого столетия химиотерапия, безусловно, явилась серьезным вкладом в современную лечебную практику. Однако применение синтетических лекарственных средств не смогло радикально разрешить некоторые актуальнейшие проблемы медицины, в частности, причинной терапии большинства внутренних болезней, нервно-психической, наследственно-генетической и эндокринной патологии, лечения злокачественных опухолей и большинства разнообразных аллергических и дерматозов. Кроме того, неприспособленность организма человека к создающимся ежегодно новейшим химическим препаратам обусловила значительный рост осложнений от лекарственного лечения.

Во второй половине 20 века мышление врача приобрело черты растущего технизма и машинизации. Многие врачи стали отдаляться от больного как от целостной личности. Возникновение новых узких специальностей акцентирует внимание врача на состоянии отдельных органов в ущерб интереса к единому, целостному организму, к индивидуальным физиологическим и психическим особенностям пациента. В этом плане вполне оправданными представляются попытки выдвижения наряду с врачом-специалистом преобладающей роли врача, интегрирующего различные специальности, а также учитывающего сложные факторы окружения пациента. Одной из таких попыток являются усилия по формированию диспансерного врача и врача семейного. Однако пока нельзя утверждать, что эти пробы успешны.

Вряд ли проблема формирования "интегрального специалиста" может быть разрешена путем простого суммирования врачом знаний из различных разделов необъятной медицинской науки. В тупик специализации медики попали в результате технизации собственного мышления, из-за принятия представлений о человеческом организме как о сумме взаимодействующих анатомио-физиологических систем, каждая из которых, на первый взгляд, кажется понятной и вполне изученной. Поэтому и выход из сложившейся ситуации необходимо искать в изменении самых общих – мировоззренческих – посылок в мышлении врача.

Где же выход? Существует ли альтернатива? Есть ли иная логика мышления, позволяющая обрести целостный взгляд на природу болезни и пути исцеления человека?

Современная научная медицина сложилась как система представлений о причинах болезней и методах излечения сравнительно недавно – каких-нибудь 150-200 лет назад. Однако, кроме научной медицины, в сокровищнице общечеловеческих знаний сохранились еще два вида медицинских систем – медицина народная, существующая в устной традиции и привязанная к определенному географическому региону и медицина

традиционная, сохранившаяся и развиваемая в письменных памятниках. Последняя отличается от народной медицины четко сформированными концепциями, отличными от теорий современной научной медицины.

В современной науке отношение к системам внеаучной медицины в последнее время радикально изменилось. В настоящее время в ряде университетов Америки и Европы открыты кафедры по изучению народной и традиционной медицины. Специалисты полагают, что в медицинских системах, дошедших до нас из глубокой древности, таится немало ценного и рационального. Многие ученые не без основания надеются именно в этой кладовой знаний отыскать средства и методы лечения тех недугов, которые не поддаются "натиску" химиотерапии в последние десятилетия. Именно поэтому начиная с 1972 года Всемирная Организация Здравоохранения энергично поощряет изучение народной и традиционной медицины.

Трудности в изучении медицинского наследия прошлых тысячелетий в основном связаны не столько с недостатком текстов и свидетельств о приемах и методах диагностики и лечения, сколько с отсутствием разработанной методологии изучения древних медицинских трактатов и опыта практикующих последователей традиционных медицинских систем. Не отработана методология перевода понятий, категорий и терминов древних на научный язык современной медицины, отсутствует модель, аналогичная древним концепциям Пяти Первоэлементов, Семи Энергоцентров организма и им подобных. Фактически отсутствует "мостик" между содержанием терминов и обозначений, использовавшихся древними целителями, и теми понятиями, к которым пытаются поскорее свести эти термины современные исследователи, стоящие на принципиально иных мировоззренческих позициях.

В прошлом изучение строения физических органов было просто недоступно ввиду отсутствия необходимой приборной базы и из-за запретов на вскрытие трупов людей. Поэтому основное внимание древних, в частности, китайских врачей-целителей целиком сосредотачивалось на изучении функций организма как единого целого, на рассмотрении живой функционирующей системы – без расчленения на условные органы и ткани по анатомическому – внешнему! – признаку, не отражающему всего богатства пространственных и функциональных взаимоотношений тканей организма. В этом логика древних врачей-целителей в познании человеческого организма была противоположна мысли европейских исследователей. Ученые Европы стремились разять целое на составные элементы, понять механику действия каждого из них и лишь после этого свести их все воедино. На Востоке же основным инструментом познания служила величайшая, веками культивируемая и воспитываемая с раннего детства наблюдательность, которая с успехом восполняла недостаток экспериментально-аналитических данных.

Древние в ходе практики приходили к выводам, верность которых лишь в наше время находит объективное экспериментальное подтверждение. А ведь восточные медики имели в своем распоряжении лишь два прибора – острый глаз и острый ум.

Наблюдательность делала поистине чудеса! Согласно мнению специалистов, древним египетским врачевателям уже 3550 лет назад было известно треть всех лечебных средств, используемых медициной нашего времени!

В современной научной медицине теория подчас идет впереди клинической практики. Современные медики реализуют концепции и пытаются навязать собственные представления о "правильной" картине заболевания самим себе, невзирая на все богатство и многообразие живой реальности болезни конкретного больного.

Психоэнергетика представляется наиболее приемлемым фундаментом методологии Медицины Будущего, которая явится творческим синтезом достижений в изучении человека. В настоящее время изучены десятки факторов риска, увеличивающих вероятность поражения организма человека злокачественным опухолевым процессом. Но лишь малое число людей прислушиваются к этим предупреждениям. Все прямо-таки жаждут поскорее умереть! Малое число людей сознательно и с ответственностью выполняют необходимые "меры безопасности". И главное место в профилактике опять же отводится состоянию психики человека, чистоте его психической энергии: "Конечно бактерии (как известно в настоящее время, вирусы, но сказано-то это было в 30-х гг.!) рака существуют, прежде всего, они могут быть усмотрены и убиты Огнём сердца (психоэнергетическая экстрасенсорная диагностика и лечение с помощью соединения сознательно управляемого врачебного воздействия с приведением в действие энергии самого пациента)" (Мир огненный – 1-18). Ослабление потенциала психической энергии и, как следствие, падение иммунитета организма приводит к заболеваниям.

Теперь становится понятным, почему врачи энергетически находятся в крайне "невыгодной" ситуации, постоянно контактируя с больными людьми. Ведь каждому пациенту они вынуждены, в большей или меньшей степени буквально отдавать частичку собственного сердца, раздавать собственную живительную энергию! И если медик не владеет методами набора энергии и приемами управления ею, то со временем он либо серьезно заболевает, теряя защитный потенциал, либо становится черствым, грубым и холодным сердцем. Последнее неудивительно – наша биологическая природа самозащищает организм от излишней потери сил, столь необходимых для соматического сохранения. Когда же человек добр, сердечен и чувствителен, его силы уходят ко всем, кому он оказывает внимание и сострадание. Психоэнергетика – наука, жизненно необходимая для выпускников каждого медицинского учебного заведения. Врачи и сестры милосердия просто обязаны иметь высокий потенциал душевной энергии. Тогда само по себе их присутствие у постели больного будет исцеляющим фактором! По данным Пекинского института Академии китайской народной медицины эффективность иглотерапии достигает 92,5%! Правда, это целиком зависит от опытности и ... сердечности врачевателя, как считают сами мастера акупунктуры.

Медицина Агни-Йоги, особенно профилактика заболеваний и их лечение, немыслимы без устремления и

врача, и пациента к высоким нравственно-психологическим состояниям. Даже нежелание людей принять простейшие советы профилактики злокачественных заболеваний к руководству и действию, нежелание их отказаться от таких явных излишеств, как курение и вино, – все это так же является психической причиной развития заболеваний! Поэтому каждый врач должен быть превосходным психологом и владеть методами внушения для того, чтобы при возможности уметь нормализовать психическую энергию своих подопечных. Иначе болезнь исцелить очень трудно. Тело заболевает вновь и вновь, если психическая деятельность дисгармонична. И корень заболеваний, и источник исцеления – в гармонизации душевной жизни, в одухотворении будней каждого человека, в понимании подлинных причин любых заболеваний – нарушений душевного равновесия.

Века практического опыта многих поколений доказали применимость стихийной и энергоканальной моделей регуляции функций организма, подтвердили истинность представлений об энергоцентрах или чакрах. Последнее же – подлинная тайна Восточной Медицины, Йоги и Древнего Тайноведения. Энергоцентры тела человека представляют наиболее глубокий уровень регуляции физических и психических отклонений человека, они – святая святых управления живым организмом, точки живой связи Микрокосмоса человека с Мирозданием, влияя на которые можно многое, очень многое изменить в поведении и в здоровье человека, (Чакры или Гратхи – это приемники и передатчики "жизненной энергии", и не учитывать работу этих аккумуляторов силы, этих управителей энергоканалов, этих пунктов переработки информации и пунктов связи со всем Космосом физиологу и медику просто нельзя.)

Позволяя воздействовать с помощью определенной психофизической техники (асаны, будхи, мудры, пранаямы) на интегральные Центры Действия Стихии (чакры), и Йога, и Аюр-Веда, и китайские профилактические и лечебные энергетические гимнастики системы Ци-гун не только предлагают нам ключ к овладению собственным духовным развитием, но и помогают всемерно укрепить здоровье и создать крепкий устойчивый к болезням организм, без принуждения исполняющий все наши требования и желания. Это и есть идеал Восточной Медицины – вечная молодость как синтез свободы от болезней, возрастных изменений при полной ясности ума в любое время года и дня.

В восточной диагностике основными считались следующие четыре метода:

1. Осмотр, включающий:

- психологическое обследование пациента;
- изучение цвета кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
- исследование внешнего вида, походки, осанки, мимики, глаз, губ, носа, зубов, языка, конечностей, ногтей и волос.

2. Исследование запаха тела пациента.

3. Опрос – изучение всех факторов и условий – от выяснения места рождения и места настоящего проживания пациента до ощущений в душе при употреблении определенных продуктов.

4. Пальпация и пульсовая диагностика:

- пальпация кожи конечностей, груди и живота;
- пульсовая диагностика – место исследования, характеристика пульса.

Восточной Медицине был известен ряд совершенно уникальных, прямо-таки феноменальных методов диагностики, в том числе и использование экстрасенсорного восприятия. Правда, и из перечисленных выше четырех основных методов извлекался максимум информации.

К наиболее любопытным, оригинальным и очень информативным методам диагностики, о которых до последнего времени на Западе мало было известно, относится метод определения конституциональных особенностей организма по учету места рождения, условиям питания, предпочтений, посредством опроса и осмотра телесных пропорций (ему во многом соответствует типологическая диагностика родоначальника гомеопатии Самюэля Ганемана). Близка к типологической и косморитмологическая, или астрологическая, диагностика. Были подробно разработаны методы диагностики по состоянию "окон тела", в том числе хирологическая (ладонная) и иридологическая диагностическая системы. Далее: пульсовая диагностика (к ней близка разработанная в последние десятилетия электропунктурная диагностика и методы Фолля, Накатани и Сарчука); интуитивная диагностика с использованием биолокационного метода (так называемый "прием лозоходцев"); экстрасенсорное восприятие энергоструктуры тела пациента и выявление особенностей и нарушений в ее деятельности.

Преимущество вышеперечисленных диагностических методов проявляется, прежде всего, в их предельной "приборной простоте" – они совершенно не требуют сложной диагностической электронной аппаратуры! Правда, они требуют таланта самого врача-врачевателя, остроты его наблюдательности, широких знаний и умения сосредоточенно и системно мыслить. По оценке многих специалистов надежность этих методов намного выше, чем достоверность данных анализа крови и других показателей внутренней среды организма.

Главной задачей восточного врачевателя, придававшей ему статус священнослужителя, являлось сохранение не только телесного, но и нравственно-психологического здоровья народа. Поэтому основным в практике врача была профилактика. Это и пропаганда подлинно здорового образа жизни, и рекомендации по оздоровлению ослабленных, это и социальные методы повышения защитного потенциала организма, это и индивидуально-подобранный режим, ибо не может быть единых рекомендаций для всех – сколько пациентов, столько конституционально-психологических индивидуальностей, и каждая из них требовала предельной изощренности глаза и ума врачевателя.

В настоящее время в практике медиков мало учитываются и конституциональные, и психологические, и астрологические особенности больного человека. Сотням пациентов одним махом ставятся однотипные диагнозы, прописываются одни и те же рецепты. Даже приписка ходит среди медиков: "За сколько дней

излечивается ОРВИ, если усиленно лечить? – За семь. А если вовсе не лечить? – За неделю."

Речь идет не о том, чтобы "перехаживать" заболевание на ногах", и не о том, чтобы отказываться от помощи врачей. Ведь они действительно делают в существующих условиях все, что могут. Речь идет о постепенном, глубоком и всестороннем пересмотре самой лечебной стратегии, об изменении установок и принципов подхода к лечению врачей во всем, что касается анализа причин и путей ликвидации заболеваний.

Виртуозность восточных диагностов достигала порой пределов немыслимого. Например, пол ребенка тибетские медики умели определять уже на третьем месяце беременности. А по одному только цвету мочи они распознавали 36 классов различных заболеваний, включающих практически все внутренние болезни человека.

А.Я. Виолин в своей диссертации на соискание ученой степени доктора медицины (1903 г.) приводит следующие свидетельства о наблюдаемом им оригинальном способе диагностики: "Считаю нужным упомянуть еще об одном способе исследования мочи, который встречается только у китайцев и монголов. Он состоит в том, что моча помещивается маленькой деревянной лопаточкой и затем быстро подносится к уху: звук той или другой высоты, получающийся при этом, дает указание на состояние здоровья пациента. На основании этого одного исследования врач, даже не видя больного, мог поставить диагнозы некоторых заболеваний". На Руси издревле были известны "мочезнатцы" – специалисты по диагностике заболеваний, проводимой на основании анализа вида, цвета, запаха и даже вкуса мочи пациента. На деле же они были высококласными профессионалами, извлекающими из вида, цвета, вкуса и запаха мочи большую диагностически-ценную информацию, которую, по-видимому, трудно получить приборными способами изучения.

Приведу несколько примеров оригинальных техник диагностики, применявшихся в древности. Существовали методы определения пола будущего ребенка. Это также входило в компетенцию восточного эскулапа, так как необходимо было как можно раньше выявить пол будущего младенца для того, чтобы дать матери соответствующие рекомендации по питанию, образу жизни и режиму сна. Приготавливалась особая булочка из рисовой муки и сахара, затем она варилась на пару. Если после изготовления булочка растрескивалась – ожидали рождение девочки, а если оставалась целой и удлинялась – ждали мальчика. Булочку должна была приготовить сама беременная. В данном случае мы имеем дело с особым психоэнергетическим влиянием будущей матери на предмет-локатор. Интуитивно организм матери "знал" пол будущего (точнее, уже существующего и живущего в утробе) ребенка. Это изменяло излучение организма беременной, а тесто достаточно "чувствительно", чтобы "отреагировать" на полученное воздействие определенными деформациями.

На Руси аналогичные методы использования предмета-биолокатора применялись колдунами-целителями. Они прямо из-под наседки забирали еще

теплое – живое! – яйцо и несколько раз обводили вокруг диагностируемого пациента. Затем яйцо разбивали и бросали в сосуд с ключевой водой. По конфигурации расплывающегося белка и поведению желтка (всплывает, утонет, останется в толще жидкости) узнавали о жизнеспособности организма и тяжести заболевания. Потенциал оставшихся защитных сил определялся точно – врач знал, на что он может рассчитывать, ожидая помощи от внутренних целебных сил самого организма пациента: он узнавал о величине резервов, оставшихся у организма больного человека.

Одной из важнейших задач современной медицинской науки является разработка и внедрение в практику экспресс-диагностических методов, которые могли бы обеспечить доклиническое распознавание заболеваний при проведении массовых профилактических осмотров населения. Решению этой задачи смогла бы способствовать иридодиагностика – новый метод индикации приобретенных и наследственных болезней человека, основанный на оценке адаптационно-трофических изменений радужки глаза и связанных с отражательной (сигнальной) функцией нервной системы. Распознавание болезней по радужке имеет довольно далекую историю. Более 3 тысяч лет назад в Индии и Китае большое значение при оценке болезней придавалось органам чувств. Особое место отводилось диагностике по изменениям глаза. Ведущие тибетские медики умели на "циферблате" зрачка подмечать изменения, по которым можно было судить о поражении определенных внутренних органов. Такие участки зрачка называли окнами в глубины тела. Иридологические разработки уже сейчас могут быть внедрены в различные сферы практического здравоохранения в качестве: 1) скрининг-иридодиагностики в систему массовых профилактических и диспансерных осмотров населения; 2) всеобъемлющей ориентации о состоянии здоровья в специализированные отборочные медицинские комиссии; 3) экспресс-индикатора наследственной патологии в медико-генетических консультациях и стационарах; 4) метода топической диагностики заболеваний в стационарах, поликлиниках и диагностических центрах.

Известно, что практика в конечном счете является подлинным критерием истинности, правильности, адекватности того или иного положения теории как приема воздействия. Многие тысячи лет огромные массы населения различных стран лечились именно у народных врачей с помощью средств традиционной медицины. Многие из этих приемов и средств не нашли до сих пор научно-экспериментального обоснования, не говоря уже о признании современными морфоцентристами самих теорий Древней Медицины.

Часть методов, разработанных на протяжении веков вероятно недостаточно эффективна, другая весьма ценна в опытных руках, а третья нуждается в переосмыслении и усовершенствовании. Но на эти вопросы могут ответить лишь исследователи будущего. Сейчас же, на наш взгляд, необходимо изучать и как можно шире применять все эти методы, накапливая клинический опыт и фактический материал для оценки его в будущем.

У натуральной терапии есть одна особенность – ее использование требует как от врача, так и от пациента времени и сил! А трудиться не желают в наше время ни тот, ни другой. Потому можно смело утверждать, что одна из коренных причин возникновения "таблеточного бума" может быть определена точно – лень!

Обычно, когда человек попадает в трудную ситуацию, он сам ищет пути выхода из нее, активно борется и побеждает. Почему же по отношению к своему здоровью мы занимаем такую пассивную позицию? Почему заболев, мы становимся совсем беспомощными и надеемся только на врачей?

Каждый человек должен знать эффективную систему самооздоровления, чтобы в трудную минуту суметь помочь себе и окружающим. Су Джок терапия – метод лечения воздействием на кисть и стопу, – можно отнести к наилучшим методам самопомощи, известным в настоящее время. Разработанная южнокорейским ученым профессором Пак Чже Ву – это не только метод лечения, но и способ постижения основных законов жизни, устанавливающий связь между классической западной наукой и знаниями, накопленными с древнейших времен медициной Востока. Тело человека – это форма жизни, являющаяся маленькой, хорошо сгармонизированной Вселенной. Поэтому у тела есть все необходимое для того, чтобы поддерживать свою жизнь и существовать в природе как целостное независимое явление. Системы соответствия кистей и стоп – это пульта дистанционного управления здоровьем человека. Эти лечебные системы функционируют как, своего рода, маленькие клиники, естественным образом излечивающие болезни тела. Если внимательно проанализировать насколько кисти и стопы повторяют строение нашего тела, то можно понять устройство этих лечебных систем и определить точки и зоны, которые необходимо стимулировать в случае возникновения болезни. Главные достоинства Су Джок терапии: высокая эффективность, абсолютная безопасность применения, универсальность метода, доступность для каждого человека, простота применения. До сих пор не существовало лечения, которым можно было бы настолько легко овладеть и получать при этом такой значительный и быстрый результат!

Наша статья – не введение в учебник Восточной Медицины, если вообще подобного рода учебник принципиально возможен. Мы лишь стремились показать в кратком обзоре идей, приемов и техник всё богатство находок наших предшественников. Диагностика и лечение были сведены не только с диагнозом заболевания, но и сам диагностический вывод, формулируемый в терминах энерго-структурной модели того или иного уровня почти автоматически приводила к необходимости использования определенных лечебных приемов и процедур. Современным медикам пока достаточно трудно признать, что при поражении системы печени часто текут слезы, а при поражении энергоканала толстой кишки появляется боль в резцах. По-видимому, в будущем медикам предстоит изучать и усваивать все эти премудрости гармонической медицины, хотя наши современники, к сожалению, недостаточно осведомлены и об энергоструктурах организма человека, и об энергоструктурных моделях глубинной регуляции его

функций. Ну, а наполнение пульса и потенциалы электрокардиограммы не могут предоставить исчерпывающей информации о наиболее глубоких – причинных! – механизмах возникновения и развития нарушений в системах жизнеобеспечения организма.

Человек не полностью раскрыл те задатки, которые покоятся на дне тайников его собственного организма. Одна из задач врачей – просвещение, пропаганда знаний о возможностях и способностях, дарованных человеку и сокрытых в его организме.

Многие годы все были уравнены отсутствием информации, "железный занавес" и "мичуринство" существовали и в гигиене, и в профилактике. Теперь же можно выбирать то, что ближе, что кажется более эффективным.

Широкое медицинское просвещение совершенно обязательно – чтобы было куда двигаться мышлению. Нелегко призывать людей "к изменению негодного направления движения", если не предложить конкретно иного пути. Мы ведем разговор о добром древнем пути врачевания. Это надежный тракт, по которому человечество шло тысячами лет. Он прекрасно себя зарекомендовал и остался в памяти поколений. Потому именно медицина древности поможет – в соединении с современной наукой о врачевании – обрести новые горизонты и выведет нас к гармонической медицине будущего, которая в основном будет заниматься совершенствованием человека и раскрытием его неисчислимых возможностей. Величайший мыслитель древнего мира Гиппократ говорил: "Мудрость заключается в том, чтобы познать все то, что создано природой". Эти слова знаменитого ученого остаются актуальными по сей день.

Список литературы:

1. Базарон Э.Г., Асеева Т.А. Вайдурья-онбо-Трактат индотибетской медицины. Новосибирск, 1984.
2. Ващенко А.М., Киргуев П.Д. Диагностика по пульсу. Ростов-на-Дону, 2006.
3. Вельховер Е.С. и др. Иридодиагностика. М., 1988.
4. Вогралик В.Н. Слово о китайской медицине. Горький, 1959.
5. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. "Наука", 1986.
6. Григорьев А.В. Лечебные токи четырнадцати каналов. М., "Тигрик", 2004.
7. Зильбер В.С. Роман о гомеопатии. М.: "Пранат"; 2003.
8. Казначеев В.П., Михайлова Л.П. Биоинформационная функция естественных электромагнитных полей. Новосибирск, 1985.
9. Нгуен Ван Нги. Патология и патогенез энергии в китайской медицине. Том 1 и 2. Ульцерн, 1975.
10. "Основные положения теории восточной медицины" Сост. Ю.А. Киргизов, Ю.В. Сюсин. Иркутск, 1980.
11. Пак Чже Ву. Су Джок для всех. М., Су Джок Академия, 2007.
12. Сельченков К.В. Тайны восточной медицины. Воронеж, 1994.
13. Табеева Д.М. Руководство по рефлексотерапии. 1980.

14. Терещенко С.Н., Чуни Н.Г., Джакани Н.А. Что мы знаем о частоте сердечных сокращений, и что дает ее урежение. Кардиология. 2007. № 6. том. 47.

15. Чжуд-ши: Памятник средневековой тибетской культуры. Новосибирск, 1988.

16. Хундов Л.Л. и др. Слово о тибетской медицине. Новосибирск, 1988.

17. Шведовский П.В. Школа ясновидения. Минск, "Элайда", 1988.

034. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

FEATURES OF THE APPLICATION IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS OF THE CHONDROPROTECTIVE IN OUTPATIENT SETTINGS.

Сергей Васильевич Смольянинов, доктор медицинских наук, начальник ФКУЗ «МСЧ МВД России по Воронежской области», контактный телефон 8/473/251-12-29.

Сергей Юрьевич Ларин, начальник поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по Воронежской области» – врач, контактный телефон 8/473/251-14-66.

Максим Сергеевич Рудяков, врач хирургического отделения поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по Воронежской области», врач-травматолог-ортопед, контактный телефон 8/473/251-14-84.

Sergey V. Smolyaninov, MD, chief of FKUZ "MSU Russian Interior Ministry in the Voronezh region", phone 8/473/251-12-29.

Sergey Y. Larin, chief of clinic FKUZ "MSU Russian Interior Ministry in the Voronezh region" - a doctor, phone 8/473/251-14-66.

Maksim S. Rudiakov, surgical department doctor clinics FKUZ "MSU Russian Interior Ministry in the Voronezh region," orthopedic trauma doctor, telephone 8/473/251-14-84.

Остеоартроз - дегенеративно-дистрофическое заболевание, характеризующееся первичной дегенерацией суставного хряща с последующими изменениями суставных поверхностей, развитием краевых остеофитов, приводящими к деформации суставов.

Это наиболее часто встречающаяся группа поражений опорно-двигательного аппарата, которая, кроме лечебных, создает ряд социально-экономических проблем, таких как преждевременная потеря трудоспособности, высокая инвалидизация, потребность в эндопротезировании.

Osteoarthritis - degenerative-dystrophic disease characterized by primary degeneration of the articular cartilage with subsequent changes of the articular surfaces, the development of marginal osteophytes, leading to joint deformity.

This is the most common group of lesions of the musculoskeletal system, which, besides the treatment, a number of socio-economic problems, such as premature loss of capacity, high disability, the need for arthroplasty.

Ключевые слова: остеоартроз, хондропротекторы, болевой синдром, индекс Лекена.

Keywords: Osteoarthritis, chondroprotectors, pain, Lequesne index.

В основе заболевания лежит нарушение адаптации суставного хряща к механической нагрузке, прежде всего, смещение баланса обмена хрящевой ткани в сторону катаболических процессов. У здорового человека синтез и деградация элементов хряща находятся в сбалансированном состоянии.

Существенную роль в нарушении баланса ремоделирования хряща при ОА играют «провоспалительные» цитокины, прежде всего интерлейкин-1 (ИЛ-1), под действием которых хондроциты начинают синтезировать протеолитические ферменты, вызывающие разрушение коллагена и протеогликана хряща. Кроме этого, важное значение в патогенезе ОА имеет гиперэкспрессия ЦОГ-2 (циклооксигеназы) и индуцируемой формы синтетазы оксида азота. Высвобождение этих компонентов, с одной стороны, усиливает синтез простагландинов (активных участников воспаления), с другой – синтез фермента, регулирующего образование оксида азота, который в свою очередь оказывает токсическое действие на хрящ и запускает апоптоз хондроцитов). В пользу воспалительного компонента в патогенезе остеоартроза говорит наличие гиперплазии и мононуклеарно-клеточной инфильтрации синовиальной оболочки сустава, экспрессия онкопротеинов и фактора транскрипции NF- κ B, регулирующего синтез «провоспалительных» медиаторов, связь между увеличением концентрации СРП (С-реактивного белка) и прогрессированием ОА.

Ведение больных остеоартрозом (ОА) представляют собой сложную задачу. Главными причинами, приводящими больного ОА к врачу, являются боль и нарушение функции суставов. Однако корреляции между интенсивностью боли, нарушением функции суставов и распространенностью структурных изменений наблюдаются не всегда. В большой степени это зависит от различных факторов, таких как индивидуальные особенности больного, влияние профессиональных факторов, наличие сопутствующих заболеваний и другие. По этим причинам оценка больного с симптоматическим ОА представляет собой сложную комплексную задачу.

Согласно современной классификации препаратов, используемых в лечении остеоартроза, их подразделяют на следующие группы.

1. Симптоматические средства быстрого действия (НПВП, ацетоминофен, опиоидные анальгетики, кортикостероиды и др.), которые оказывают влияние на клинические симптомы заболевания (боль, воспаление и др.).

2. Модифицирующие средства замедленного действия (глюкозамин, хондроитин, гиалуроновая кислота), эффект которых проявляется более медленно по сравнению с симптоматическими средствами и длится

после окончания их применения. Данные фармакологические агенты обладают хондромодифицирующим действием, предупреждая деградацию суставного хряща.

Хондропротекторам свойственна противовоспалительная активность, они стимулируют синтез гиалуроновой кислоты и протеогликанов (что защищает хрящ от повреждения) и ингибируют действие протеолитических ферментов, принимающих участие в разрушении межклеточного матрикса.

В проводимом исследовании использовались следующие препараты: Инъекционные («Алфлутоп», содержащий гиалуроновую кислоту, хондроитина сульфат, дерматан сульфат, кератан сульфат; аминокислоты и полипептиды с молекулярной массой 50000 дальтон; натрий, калий, кальций, магний, железо, медь, цинк; «Хондрогард», содержащий хондроитин сульфат натрия, бензиловый спирт, натрия дисульфит, натрия гидроксид, вода для инъекций.) и таблетированные («Арта», содержащая хондроитин сульфат натрия и глюкозамин гидрохлорид.)

Материалы и методы.

В исследование включены больные старше 45 лет с симптомами остеоартроза коленных суставов II степени. Диагноз остеоартроза коленных суставов устанавливали на основании жалоб пациента, данных клинического обследования и рентгенографии коленных суставов. Типичной жалобой больных была боль в коленных суставах, которая усиливалась при физических нагрузках. Большинство пациентов отмечали выраженные стартовые боли, значительные затруднения при передвижении по ступенькам. Другими наиболее частыми жалобами были быстрая утомляемость, снижение физической трудоспособности, жизненного тонуса, эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность. При объективном исследовании – движения в коленных суставах сопровождались хрустом, болью.

Для оценки действия препаратов больные были разделены на три репрезентативные по полу, возрасту и стадии болезни группы. Первой группе пациентов (22 человека) проводилось внутрисуставное (2 раза в неделю, 6 инъекций), а затем ежедневное внутримышечное введение препарата Алфлутоп в течение трех недель, второй (22 человек) – применением препарата «артра» по 1 таблетке 2 раза в день в течении 3х недель, затем по 1 таблетке в день, на протяжении 2х месяцев, третьей (22 человек) – проводилось внутримышечное введение препарата хондрогард через день в течении 3х недель.

Оценивалась эффективность лечения по показателям:

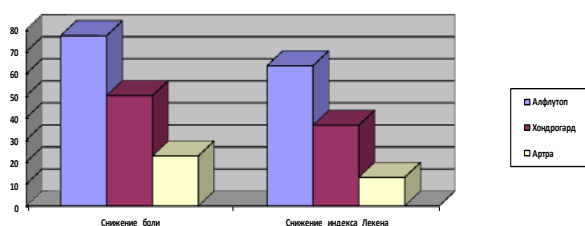
- снижение болевого синдрома
- индекс степени тяжести гонартоза (индекс Лекена)

Индекс Лекена показатель на основе тестов-вопросников, для самостоятельного заполнения больными, вопросы разделены на три группы — боль или дискомфорт, максимальная дистанция ходьбы и повседневная активность. Индексы Лекена были рекомендованы EULAR в качестве критерия эффективности при проведении клинических исследований у больных с ОА (WHO, 1985), а наряду с индексом WOMAC — для оценки эффективности так

называемых медленно действующих препаратов (SADOA) (Lequesne M.G. et al., 1994). Статистически информативность и надежность индексов WOMAC и Лекена одинакова (Bellamy N., 1995).

Результаты исследования представлены в таблице и диаграмме.

Показатель эффективности Препарат	Снижение боли	Снижение индекса Лекена
Алфлутоп	17 пациентов	14 пациентов
Хондрогард	11 пациентов	8 пациентов
Артра	5 пациента	3 пациента



Выводы:

1. Монотерапия пероральным хондропротектором (комбинированный препарат хондроитина сульфата и глюкозамина гидрохлорида «Артра») у больных остеоартрозом коленного сустава II степени не оказывает достоверного положительного влияния на показатели артрологического статуса в течение полугода - отмечена слабая тенденция к уменьшению боли у 22,7 % больных и индекса Лекена у 13 %.

2. Применения препарата «Хондрогард» в течение 4х месяцев обладает умеренным обезболивающим эффектом: уменьшает болевой синдром в среднем на 50 % больных остеоартрозом коленного сустава и индекса Лекена у 36,3 % больных.

3. При применении препарата «Алфлутоп» в течение полугода отмечено достоверное снижение выраженности болевого синдрома у 77,2% больных, индекса Лекена у 63,6%.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что при лечении больных с гонартрозом II рентгенологической стадии, наибольший положительный эффект оказывает схематичное применение препарата Алфлутоп.

Список литературы

1. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г. Ортопедия: краткое руководство для практических врачей.
2. Lequesne M, Brandt K, Bellamy N et al. Guidelines for testing slow acting drugs in osteoarthritis J Rheumatol 1994; 21: 65-73.
3. Коршунов Н.И. Баранова Э.Я., Парусова Н.И. и др. Российская ревматология, 2. 1998:31
4. Алексеева Л.И. Хондроитин сульфат в лечении остеоартроза. // Русский Медицинский Журнал. 2007.- Т.15.-№8 –С. 642-646.
5. Алексеева Л.И., Шарапова Е.П. Комбинированные симптоматические препараты замедленного действия в терапии остеоартроза. //

Русский Медицинский Журнал. 2009. - Т. 17. - № 3. -С. 160-164.

6. Бадюкин В.В., Годзенко А.А., Корсакова Ю.Л. Локальная терапия остеоартроза. // Лечащий врач. 2007. - № 10. - С. 29-31.

035. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ ЗА 2007-2011 гг.

Тухватуллина Г.В., Потапова М.В., Сабилов Л.Ф., Фролова Э.Б., Амиров Н.Б.

Галина Владимировна Тухватуллина, заведующая клинико-диагностической лабораторией клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан, тел. (843)277-88-84, e-mail:tuchvatullinagala@mail.ru

Марина Вадимовна Потапова, к.м.н., начальник МСЧ МВД России по Республике Татарстан, полковник внутренней службы, тел. (843) 291-36-87,

Ленар Фарахутдинович Сабилов, к.м.н., начальник клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 277-88-84,

Эльвира Бакеевна Фролова, зам. начальника клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел. (843) 291-26-82,

Наиль Багауевич Амиров, д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета, тел. (843) 291-26-76

Реферат. Отражена деятельность клинико-диагностической лаборатории клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан за 5-ти летний период. Установлено, что лаборатория обеспечивает получение быстрых, надёжных и достоверных результатов, которые помогают поставить пациенту правильный диагноз, выбрать нужный метод лечения, определить прогноз заболевания, осуществлять контроль за эффективностью терапии, а также разработать адекватные меры профилактики.

Ключевые слова. Клинико-диагностическая лаборатория,

количество анализов, виды исследований.

Summary.

Covers activities diagnostic laboratory Clinical Hospital MSU Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for the 5-year period. Found that the laboratory provides a get fast, reliable and accurate results that help put patients correct diagnosis, select a method of treatment, to determine the prognosis of the disease, to monitor the effectiveness of therapy, and to develop adequate prevention measures.

Keywords. Clinical and diagnostic laboratory, the number of tests, the types of research.

Современная медицина шагнула далеко вперед, причем наиболее яркий прогресс достигнут именно в самой наукоемкой отрасли — диагностической, в лабораторной медицине. Пожалуй, именно лабораторная медицина как практическая отрасль в своей точности и объективности ближе всего к классическому понятию науки. Однако неуклонное развитие новых технологий,

новых требований к лабораторной службе поставило задачу по ее оптимизации, что позволило бы унифицировать выполнение лабораторных исследований, поднять их на качественно новый уровень, не распылять, а сконцентрировать людские и материальные ресурсы.

В 2011 году вступил в силу закон о реорганизации системы МВД. Задача реформирования и медицинского обеспечения сотрудников внутренних дел становится очень актуальной.

Большое значение в правоохранительной сфере имеет принятый в 2011 году Федеральный закон № 247 – ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Этот Федеральный закон регулирует, в том числе и вопросы медицинского обслуживания действующих и уволенных со службы сотрудников, членов их семей. Необходимо правильно выстроить работу медицинского учреждения, что позволит снизить материальные затраты на восстановление здоровья сотрудников.

Клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ) – одна из структур клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД по РТ, в настоящее время представляет современное структурное подразделение, выполняющее лабораторные исследования с использованием передовых технологий в области диагностики, профилактики и мониторинга заболеваний. Современная лаборатория невозможна без компьютерных технологий.

Назрела необходимость во внедрении современных компьютерных программ, позволяющих оптимизировать работу лаборатории. Традиционно считается, что высокая квалификация врача гарантирует качество диагностики. Однако, создание современных технологий, развитие приборных методов анализа, автоматизация процедур по его выполнению приводят к тому, что качественная диагностика в настоящее время зависит от усилий многих людей и влияния множества факторов, как на этапе анализа, так и на этапах отбора, регистрации и подготовки проб, обработки результатов.

Обеспечение качества результатов анализов должно базироваться на едином технологическом процессе их производства, включающем не только выполнение исследований в лаборатории, но и их назначение, подготовку и идентификацию пациента, взятие и транспортировку биоматериала в лабораторию, оформление и выдачу результатов исследования. Процесс управления качеством лабораторных исследований должен основываться на принципах всеобщего управления качеством и включать в себя оценку эффективности всего процесса производства лабораторной услуги (критерии качества и эффективности), а также разработку соответствующих мер коррекции и принятие управленческих решений по совершенствованию.

Перед клинико-диагностической лабораторией постоянно стоит задача снизить себестоимость выполняемых анализов при сохранении или повышении их качества. Одним из вариантов решения данной задачи может являться перераспределение имеющихся потоков тестов на оборудовании лаборатории клинического госпиталя. При этом можно получить снижение

себестоимости за счет уменьшения потребности в реагентах и расходных материалах. Использовать современный биохимический анализатор Advia 1200 на нашей базе, при этом выполняя и биохимические исследования пациентов поликлиники МСЧ МВД РФ по РТ.

Документы:

Клинико-диагностическая лаборатория в работе руководствуется следующими приказами и положениями:

1. Приказ № 380 от 25.12.97 г. Москва «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения РФ»

2. Приказ № 45 от 07.02.2000 г. Москва «О системе мер по повышению качества клинических лабораторных исследований в учреждениях здравоохранения РФ»

3. «Правила устройства, техники безопасности, производствен. санитарии противозидимического режима и личной гигиены при работе в лабораториях (отделениях, отделах) санитарноэпидемиологических учреждений систем МЗ СССР» от 20. 10. 81 г. 1422455-81

4. Приказ № 770 от 1 0.06.985г. «О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-2-85» «Стерилизация и дезинфекция изделий медназначения, методы, средства и режимы»

5. Приказ МЗ РФ № 8 от 12.0 1 99 г. «О введении в действие положения о порядке инспекционного контроля за деятельностью клинико-диагностических и экспертных лабораторий в здравоохранении»

6. Постановление правительства РФ «Положение о лицензировании медицинской деятельности» № 350 от 25.03.96 г.

7. Приказ № 295 от 21.12.93 г. «Об утверждении положения об аккредитации клинико-диагностических лабораторий»

8. Постановление от 30.04.03 г. № 87 «О введении в действие Сан Пин 3.2.1317-03г.»

9. Приказ № 305 от 19.03.96 г. «О соблюдении требований электробезопасности»

10. Приказ № 87 МЭ РФ от 28.03.01 г. «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса»

11. Приказ № 1235 МЗ РТ от 31.07.03г. «Контингент подлежащий обследованию на ВИЧ инфекцию при обращении за медицинской помощью»

Материалы и методы

Для учёта работы персонала клинико-диагностической лаборатории, возможности сопоставления его загруженности, расчетные нормы времени и определяемые нормы нагрузки врачей и среднего медицинского персонала приводится к общей единице измерения – минут.

Удельный вес работы медперсонала по непосредственному проведению всех видов лабораторных исследований (основная и вспомогательная деятельность, работа с документацией) составляет у специалистов с высшим образованием 75%, у специалистов со средним образованием 80% рабочего времени. Это время и включено в расчетные нормы. Время на другую необходимую работу и личное

необходимое время в нормах не учтено. У специалистов с высшим образованием - это время на освоение новых методов, аппаратуры, предварительное приготовление реактивов, обучение и контроль за работой персонала, участие в конференциях, совещаниях, административно-хозяйственная работа, личное необходимое время, кратковременный отдых при работе с микроскопом и пользовании другими оптическими приборами. У специалистов со средним образованием - это время на подготовительную работу, предварительное приготовление реактивов, выдачу результатов анализов, получение необходимых реактивов и других материалов, уход за аппаратурой, стерилизацию капилляров, скарификаторов и т.д., личное необходимое время и кратковременный отдых при работе с микроскопом.

Таблица № 1 Количество проведённых исследований по годам:

Показатели	2007 г.	2008 г.	2009г.	2010 г.	2011г.
Обследованных больных	14185	15446	20519	23420	24934
Гематологические анализы	78035	49171	57771	70027	69761
Биохимические анализы	44437	44378	51646	64461	57756
Цитологические анализы	318	347	712	97	785
Общеклинические анализы	50882	50990	60197	72244	72259
Всего:	143707	144886	170326	206846	200578
Свёртывающая система	9605	9682	11090	16007	13137
Ферменты	5867	5017	8764	12835	9114
МРП (ЭМ)	175	-	-	117	351
Количество анализов на 1 стац. койку	898,2	906	741	899	819
Количество анализов на 1 стац. больного	40,2	41,4	42,1	36,2	37,0

Данные, приведенные в таблице (исходя из того, что в стационаре ежегодно получают лечение около 5000 больных), свидетельствуют о том, что потребность клинического госпиталя в лабораторных исследованиях из года в год остается на высоком уровне. Также на высоком уровне остается нагрузка на персонал КДЛ, например, в 2011 году она составила около 732000 минут за год, когда норма нагрузки в год 478000 минут. Переработка составила 53 % в год.

Более высокие показатели в 2008-2011 гг. связаны с введением в состав клинического госпиталя гастроэнтерологического отделения по линии ОМС. Ввиду закрытия с декабря 2011 вышеуказанного отделения следует ожидать некоторого снижения показателей, и приведения нагрузки на персонал к общегородскому уровню.

Клинико-диагностическая лаборатория клинического госпиталя постоянно находится в развитии, например, в январе 2012 года было получено и активно применяется новое оборудование: полуавтоматический биохимический анализатор Клима МС 15 (Испания), анализатор глюкозы капиллярной крови Эко Твенти (Германия), 4-х каналный современный программируемый анализатор показателей гемостаза для определения параметров свертывающей системы крови АПГ4-02-П (Россия). Полученное

современное оборудование позволяет расширить и ввести новые виды исследований.

Персонал КДЛ ведет активную работу среди пациентов для повышения кругозора и знаний о правилах подготовки к сдаче анализов и правильного проведения исследования. Проводятся образовательные лекции в рамках цикла «Школа здоровья».

Выводы:

1. Установлено, что клинико-диагностическая лаборатория клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ работает в течение изучаемого периода с нарастающими показателями по всем видам исследований. В 2008 году количество исследований увеличилось на 0,8%, в 2009 году на 7,6%, в 2010 году на 21,4%. В 2011 году отмечается незначительное уменьшение количества проводимых исследований, что связано в том числе с периодической недопоставкой реактивов для биохимических исследований.

2. Организационно-функциональная модель анализа проводимых исследований дает основание изменить схему обследования пациентов, идущих на госпитализацию:

а). Внести в регламент обязательное догоспитальное обследование пациентов в поликлинике, действовать согласно алгоритму для каждой нозологической формы.

б). Оптимизировать обоснованность назначений лечащими врачами диагностических методов исследования.

в). Рационально использовать стандарты в диагностике, профилактики и мониторинга заболеваний.

Список использованной литературы:

1. Перова С. Соцпакет увеличен вдвое//Полиция России – 2012 №2, с 54-56.

1. Perova S. Sotspaket uvelichen vdvoye//Politsiya Rossii – 2012 №2, s 54-56.

2. Руководство по клинической лабораторной диагностике/ под ред. В.В.Меньшикова – М:Медицина – 1982 – 576 с.

3. Современные методы в биохимии/ под ред. В.Н.Ореховича – М: Медицина – 1968 – 372 с.

4. Н.А.Сергеева//Клин. лаб. диагн.- 1999 - №2.- с25-32.

5. Базин А.И. Клиническая лаборатория в коммерческом лечебном учреждении / А.И. Базин, Т.Е. Занорина // Клиническая лабораторная диагностика. 2003. - № 9. - С. 12.

6. Балаховский И.С. Повседневный контроль качества в клинико-биохимических лабораториях с помощью критерия X / И.С. Балаховский, А.П.

Лотц//Клиническая лабораторная диагностика. 2001. - № 5. - С. 50-53.

7. Гильмиярова Ф.Н. Интегративные естественно-научные подходы в обеспечении современных запросов лабораторной медицины / Ф.Н. Гильмиярова, В.М. Радомская, Н.И. Гергель // Клиническая лабораторная диагностика. 2003. - № 9. - С. 21.

8. Меньшиков В. В. Правовые и экономические аспекты деятельности клиничко-диагностических лабораторий в условиях страховой медицины / В.В. Меньшиков // Клиническая лабораторная диагностика. - 1994.-№ 2.-С. 3-

9. Меньшиков В.В. «Технологическая революция» и Российские клинические лаборатории / В.В. Меньшиков // Клиническая лабораторная диагностика. 1999. - № 9. - С. 3-4.

036. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН С 2007 ПО 2011 гг.

Файзуллина Гульнара Галиевна, заведующая кабинетом ультразвуковой диагностики клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, (843)-277-88-84, e-mail: aisha2402@yandex.ru

Булатов Динар Галиевич, врач-интерн по специальности «Хирургия» на кафедре Хирургические болезни №2, 8 917-24-26-854, e-mail: bigditatarin@yandex.ru

Реферат. Отражена динамика деятельности кабинета УЗ диагностики клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан за 5-ти летний период. Установлено, что для оптимизации работы службы УЗ диагностики необходимо догоспитальное обследование пациентов в соответствии с принятыми стандартами, улучшение обеспечения кабинета современным диагностическим оборудованием и соблюдение нормативов нагрузки.

Ключевые слова. Ультразвуковая диагностика, методы исследования, оптимизация.

Summary. Reflects the dynamics of the Ultrasonic diagnostics Clinical Hospital Medical Unit Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for the 5-year period. Found that to optimize the ultrasonic diagnostic services necessary to optimize the pre-admission screening of patients in accordance with accepted standards, improving the security cabinet with modern diagnostic equipment and compliance burden.

Keywords. Ultrasonic diagnostics, research methods, optimization.

Ультразвуковая диагностика в настоящее время занимает ведущее место среди параклинических методов обследования, что связано с её доступностью, высокой информативностью и узким кругом противопоказаний. Ультразвуковая диагностика является одним из основных направлений в системе здравоохранения, которое позволяет своевременно, правильно устанавливать диагноз, оценить эффективность лечения. На современном этапе модернизации медицинской помощи

населению РФ важно грамотно и квалифицированно использовать многофункциональную ультразвуковую аппаратуру и средства коммуникации (компьютеры, средства программного обеспечения и архивации)[1].

В условиях реорганизации системы МВД актуальной является задача реформирования и медицинского обеспечения сотрудников внутренних дел. Эти задачи перекликаются с задачами, стоящими перед системой здравоохранения в стране в целом. Набирающая силу реформа в системе МВД уже улучшила социальные условия сотрудников, но для полной завершенности реформирования необходимо пересмотреть и систему медицинского обеспечения граждан занятых в этой сфере. Фундаментальное значение в правоохранительной сфере имеет принятый в 2011 году Федеральный закон № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Этот Федеральный закон регламентирует, в том числе и вопросы медицинского обслуживания действующих и уволенных со службы сотрудников, членов их семей. В тоже время правильно выстроенная работа медицинского учреждения позволяет снизить материальные затраты на восстановление здоровья сотрудников[6].

В клиническом госпитале МСЧ МВД по РТ г. Казани функционируют два кабинета УЗИ и работают высококвалифицированные врачи и средний медицинский персонал. Кабинеты оснащены современными аппаратами УЗИ:

1. Портативным аппаратом УЗИ Micrommax фирмы «Sonosite» с набором датчиков для исследования органов брюшной полости, органов малого таза, сердца.

2. УЗИ аппарат экспертного класса Accuvix V20 фирмы «Medison» с рядом датчиков для исследований органов брюшной полости, органов малого таза, сосудов шеи, нижних конечностей, щитовидной железы, молочных желез, поверхностно расположенных органов и сердца.

В клиническом госпитале современные аппараты УЗИ и высокий профессионализм персонала позволяет проводить широкий диапазон исследований и качественную диагностику. У нас проводятся УЗ исследования сердца, сосудов шеи и нижних конечностей, органов брюшной полости, органов малого таза, молочных желез, щитовидной железы и других поверхностно расположенных органов. Ультразвуковые методы исследования согласно современным рекомендациям, являются основой для установления правильного диагноза.

Служба ультразвуковой диагностики клинического госпиталя руководствуется приказом Минздрава РСФСР от 2 августа 1991г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»[7]. Деятельность кабинета функциональной диагностики регламентируется соответствующими нормативными документами. Для учёта работы персонала кабинета ультразвуковой диагностики, возможности сопоставления его загруженности, расчетные нормы времени и определяемые нормы нагрузки врачей и среднего медицинского персонала приводится к общей единице

измерения – условные единицы. В таблице 1, показаны расчетные нормы времени на различные ультразвуковые методы исследования и их перевод в условные единицы, где за 1 условную единицу принимается 10 минут рабочего времени. Таким образом, сменная норма нагрузки составляет 33 условные единицы.

Таблица 1

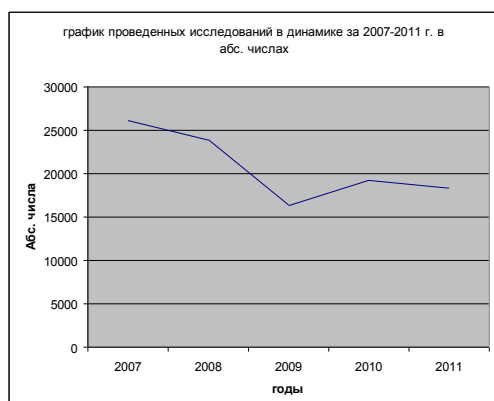
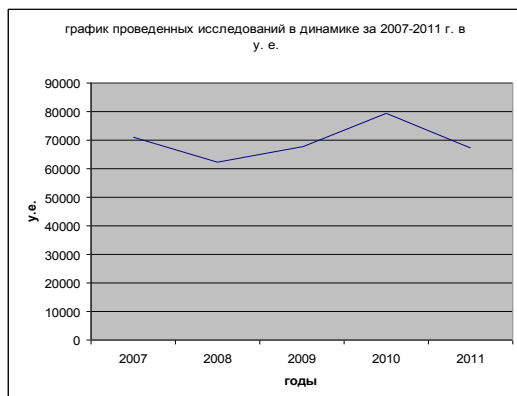
Расчётные нормы времени на ультразвуковые методы исследования

Наименование исследования	Время на одно исследование
Печень и желчный пузырь	20 мин (2,0 у. е.)
Желчный пузырь с определением функции	60 мин (6,0 у. е.)
Поджелудочная железа	20 мин (2,0 у. е.)
Селезенка	20 мин (2,0 у. е.)
Почки и надпочечники	20 мин (2,0 у. е.)
Мочевой пузырь с определением остаточной мочи	15 мин (1,5 у. е.)
УЗ исследование женских половых органов	25 мин (2,5 у. е.)
Щитовидная железа	15 мин (1,5 у. е.)
Предстательная железа и яички	20 мин (2,0 у. е.)

Таблица 2

Количество проведённых исследований по годам

2007год		2008 год		2009 год		2010год		2011год		Итого	
Абс. числ	Усл. ед.	Абс. числ	Усл. ед.	Абс. числ	Усл.ед.	Абс. числ	Усл. ед.	Абс. числ	Усл.ед.	Абс. числ	Усл.ед.
26147	71144	23905	62176	16284	67790	19206	79280	18354	67296	103896	347686



Молочная железа	20 мин (2,0 у. е.)
Слюнные железы	20 мин (2,0 у. е.)
Лимфатические узлы	20 мин (2,0 у. е.)
Периферические сосуды	20 мин (2,0 у. е.)
Допплерометрия сосудов со спектральным анализом в постоянно-волновом режиме	50 мин (5,0 у. е.)
Исследование сосудов с цветным доплеровским картированием	60 мин (6,0 у. е.)
Эхокардиография	60 мин (6,0 у. е.)
Мягкие ткани	20 мин (2,0 у. е.)

Примечания: 1. Расчетная норма нагрузки на врача ультразвуковой диагностики при 6,5-7 часовом рабочем дне – 33 у. е. 2. За условную единицу (у. е.) принимается работа продолжительностью 10 мин. 3. При сочетанных исследованиях нескольких органов расчетные нормы на каждый последующий орган сокращается на 5 мин. 4. При исследовании детей норма времени увеличивается на 10%.

В целях оптимизации деятельности кабинета ультразвуковой диагностики нами проведён анализ работы по количеству проведенных исследований в абсолютных числах и в переводе в условные единицы за период 2007 – 2011 г. Результаты представлены в таблице 2.

Из таблицы 2 видно, что за исследуемый период, в кабинете ультразвуковой диагностики проведено всего – 103896 исследований, что составило – 347686 у. е. За этот период с 2007 по 2011год, отмечается снижение общего количества исследований на 29,8%. Уменьшение количества исследований связано с увеличением догоспитального обследования пациентов, госпитализируемых в клинический госпиталь МВД, назначением лечащими врачами, согласно стандартизованным подходам к лечению и диагностики пациентов.

Таблица 3

Количество осмотренных больных с 2007 по 2011 гг.

Годы	2007	2008	2009	2010	2011
Количество осмотренных больных	6161	3454	4938	5389	5618

Из таблицы 3 видно, что количество осмотренных больных резко снизилось в 2008 г., что связано с поломкой УЗ-аппаратурой (вышел из строя аппарат «Toshiba»).

С 2008 года по декабрь 2011 года клинический госпиталь принимал участие в программе государственной гарантии в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) больных по

гастроэнтерологическому профилю. Ежегодно получали лечение около 1000 человек (за 2008 г. по 2011 г. получили лечение около 4000 тысяч человек). Дополнительным методом исследования по данному профилю являлась ультразвуковая диагностика (УЗ-диагностика печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, селезенки).

Динамика показателей нагрузки кабинета УЗ диагностики представлена в таблице 4.

Таблица 4

Динамика показателей нагрузки

	2007 год	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год
Должная годовая нагрузка у. е.	24552	24552	24552	24552	24552
Фактическая годовая нагрузка у. е.	71144	62176	67790	79280	67296
%	289	253,2	276	322,9	274

Из таблицы 4 видно, что кабинет УЗ диагностики работает с перегрузкой все исследуемые годы, при этом по сравнению с нормативом отмечается увеличение нагрузки в 2007 году на 189%, в 2008 году на 153,2 %, в 2009 году на 176%, в 2010 году на 222,9%, в 2011 году на 174%.

Для определения доли каждого ультразвукового метода исследования в структуре деятельности кабинета УЗ-диагностики нами проведен сравнительный анализ, результаты которого представлены в таблице 5.

Таблица 5

Сравнительный анализ УЗ-исследований

	2007год	2008год	2009год	2010год	2011год
ОБП	3672	7703	9565	11983	11253
Почки, надпочечники	2551	1872	3984	2637	2345
ОМТ	2934	2088	1274	3200	2386
Гинекология	200	110	65	29	103
Щитовидная железа	608	126	55	15	565
Желчный пузырь с определением функции	25	44	14	16	26
Плевральная полость и прочее	609	-	36	98	146
ЭхоКС	11148	1501	1327	1228	1098
Сосуды шеи и нижних конечностей	-	-	-	-	432

Из представленной таблицы 5 видно, что исследования органов брюшной полости и почек занимают ведущее место среди всех исследований в целом. Наблюдается рост количества исследований

органов брюшной полости, что связано с увеличением количества поступивших больных в стационар в течение года. Наряду с увеличением произошло и уменьшение числа исследований отдельно взятых органов (гинекологии, щитовидной железы, ЭхоКС, плевральной полости и прочих исследований). Это объясняется наличием лишь одного аппарата УЗ-диагностики и отсутствием линейного датчика в 2009-2010 годах.

В декабре 2011 года был приобретен современный УЗ-аппарат экспертного класса Accuvix V20 фирмы «Medison» с рядом датчиков для исследований органов брюшной полости, органов малого таза, сосудов шеи, нижних конечностей, щитовидной железы, молочных желез, поверхностно расположенных органов. УЗ-аппарат экспертного класса позволяет проводить широкий диапазон исследований и качественную диагностику. С приобретением нового аппарата в этом году была проведена научно-исследовательская работа на тему «Эхография гепатобилиарной зоны» и опубликована статья в газету «Особый МЕНТалитет» на тему «УЗ-диагностика в госпитале». Ведется санитарно-просветительная работа, консультативная помощь медицинскому персоналу.

Выводы:

1. Для обследования пациентов в клиническом госпитале МСЧ МВД России по РТ используются современные методы исследования, которые позволяют проводить диагностику своевременно, качественно, профессионально и в полном объеме.

2. На основании проведенного анализа за 2007г. – 2011г. установлено, что кабинет УЗ-диагностики клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ работает в течение исследуемого периода с перегрузкой по всем показателям, превышающем нормы по всем видам исследований.

3. Для улучшения работы УЗ-диагностики необходимо: а) внести в регламент обязательное догоспитальное обследование пациентов в поликлинике, действовать согласно алгоритму для каждой нозологической формы; б) оптимизировать обоснованность назначений лечащими врачами функциональных методов исследования; в) рационально использовать стандарты в диагностике сердечнососудистой, ЖКТ и мочеполовой систем.

Список литературы:

1. Применение ультразвука в медицине – физические основы Миллер Э., Хилл К., Бэмбер Дж, 1989 г., стр. 324.

Primenenie ul'trazvuka v medicine – fizicheskie osnovy Miller Je., Hill K., Bjember Dzh, 1989 g., str. 324.

2. Руководство по ультразвуковой диагностике под ред. Пальмера П.Е.С., 2006 г., стр. 89.

Rukovodstvo po ul'trazvukovoj diagnostike pod red. Pal'mera P.E.S., 2006 g., str. 89.

3. Эхокардиограмма. Анализ и интерпретация Струтынский А. В., 2001 г., стр. 169.

Jehokardiogramma. Analiz i interpretacija Strutynskij A. V., 2001 g., str. 169.

4. Ивашкин В. Т. Болезни печени и желчевыводящих путей, 2009 г., издательство М-Вести – с. 123-150.

Ivashkin V. T. Bolezni pecheni i zhelchevyvodjajiwih putej, 2009 g., izdatel'stvo M-Vesti – s. 123-150.

5. Ильясова Е.Б., Чехонацкая М.Л., Приезжева В.Н. Лучевая диагностика, 2009 г. – с. 189-203.

Ijasova E.B., Chehonackaja M.L., Priezzheva V.N. Luchevaja diagnostika, 2009 g. – s. 189-203.

6. Федеральный закон №247 «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел РФ» от 2011г.

Federal'nyj zakon №247 «O social'nyh garantijah sotrudnikam organov vnutrennih del RF» ot 2011g.

7. Приказ Минздрава РСФСР от 2 августа 1991 г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики».

Prikaz Minzdrava RSFSR ot 2 avgusta 1991 g. «O sovershenstvovanii sluzhby luchevoj diagnostiki».

037. ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У МУЖЧИН – СЛУЖАЩИХ ПОЛИЦИИ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цыпленкова Наталия Сергеевна – аспирант кафедры эндокринологии и внутренних болезней, ГБОУ ВПО НижГМА МЗ и СР РФ, ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», Нижний Новгород, 8-920-015-24-04, nataliya.tsypchenkova@gmail.com;

Реферат: Статья посвящена изучению особенностей ритма сердца служащих полиции, страдающих артериальной гипертензией и ожирением. Настоящее исследование выявило высокую распространенность наджелудочковых и желудочковых аритмий при артериальной гипертензии. Ожирение ассоциировано с риском развития суправентрикулярных нарушений ритма. Факторами риска с развитием нарушения ритма при ожирении являются: гипертрофия левого желудочка, наличие ИБС, стенокардии, курение, а также антропометрические данные (индекс массы тела, окружность талии).

Ключевые слова: ожирение, аритмия, артериальная гипертензия.

FEATURES OF CARDIAC RHYTHM IN MEN - POLICE OFFICERS WITH OBESITY AND HYPERTENSION

N. Tsypchenkova

Abstract. This article is devoted to the assessment of cardiac arrhythmias in men - police officers, suffer from arterial hypertension and obesity. Recent study demonstrates a high frequency of arrhythmias in arterial hypertension. Obesity is strongly associated with the risk of supraventricular arrhythmias. Arrhythmogenic factors in arterial hypertension and obesity are left ventricular hypertrophy, ischemic heart disease, angina, cigarette smoking, and anthropometric characteristics (body mass index, waist circumference)

Keywords: obesity, arrhythmia, hypertension.

Введение. Известно, что риск смертности от любых причин, включая сердечно-сосудистые заболевания, повышается у мужчин и у женщин всех возрастных групп по мере нарастания веса. Четкая связь между ожирением (ОЖ) и развитием сердечно-сосудистых осложнений была установлена во Фрамингемском исследовании [10]. ОЖ относится к факторам риска

развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, а наличие ОЖ у больных ИБС способствует ее прогрессированию и повышению смертности [1, 8, 13]. Подтверждена взаимосвязь между риском смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и ОЖ [6, 11].

ОЖ повышает риск развития и различного вида аритмий. М. Л. Глуховский (2012) выявил повышенную частоту наджелудочковых (НЖЭ) и желудочковых экстрасистол (ЖЭ), фибрилляции предсердий (ФП), блокад синусового узла и АВ – соединения у лиц с метаболическим синдромом, состоянием близким к ОЖ [2]. Существует большое количество публикаций, свидетельствующих о том, что ожирение является фактором, предрасполагающим к ФП [15, 16]. Доказано, что ФП встречается чаще у пациентов с ОЖ, чем у больных с его отсутствием, при этом ОЖ является значимым фактором риска пароксизмальной формы ФП, не связанным с размерами левого предсердия или возрастом [14].

Характерным сердечно-сосудистым проявлением ожирения является гипертрофия левого желудочка сердца (ГЛЖ). Вероятность развития ГЛЖ у лиц с нормальной массой тела составляет 5,5%, а у лиц с ОЖ – 29,9% [9]. Даже небольшое повышение артериального давления у больных с ОЖ вызывает выраженное нарастание массы левого желудочка сердца. При ОЖ увеличенный ударный объем приводит к повышению сердечного выброса и развитию эксцентрической ГЛЖ [7, 12]. В случае сочетания артериальной гипертензии (АГ) и ОЖ происходит взаимное усугубление гемодинамических процессов, создается смешанная нагрузка на сердце – увеличивается пред- и постнагрузка. В результате влияния обоих факторов формируется смешанная форма гипертрофии миокарда [3]. Гипертрофия миокарда является одним из факторов риска различных нарушений ритма. Так, риск развития фибрилляции предсердий при увеличении размеров левого предсердия возрастает в 1,8 раза. Увеличение значений индекса массы миокарда ЛЖ приводит к трехкратному возрастанию риска развития желудочковой экстрасистолии [5].

Однако, проблема нарушений ритма сердца у пациентов при сочетании ОЖ и АГ, изучена недостаточно, а данные об особой категории пациентов – о работниках полиции – в доступной литературе отсутствуют.

Цель исследования: изучить особенности и частоту нарушений ритма у мужчин – служащих полиции, страдающих АГ в зависимости от наличия или отсутствия ОЖ и выявить ассоциированные с аритмиями факторы.

Материалы и методы: обследовано 65 мужчин – служащих полиции с АГ в сочетании с ожирением (I, основная группа - 36 чел.) и без ожирения (II, контроль - 29 чел.) в возрасте от 25 до 64 лет, средний возраст – 44,4±1,0 лет. Обследование, помимо стандартного клинического, включило комплекс лабораторно-инструментальных методов-исследование гликемии натощак, липидограммы, креатинина, электролитов плазмы; инструментальные методы включали ЭХОКГ, ЭКГ покоя и холтеровское мониторирование ЭКГ. Эхокардиография проводилась на аппарате LOGIQ 3,

General Electric, США. Суточное ЭКГ – мониторингирование (ЭКГ-КГ) осуществлялось с помощью системы Миокард - Холтер (НИМП «ЕСН», Россия). При проведении суточного мониторингирования ЭКГ статистической «нормой» экстрасистол считали до 200 наджелудочковых экстрасистол и до 200 желудочковых экстрасистол в сутки [4]. При оценке желудочковых аритмий использовалась классификация Lown. Желудочковые нарушения ритма градаций III-V классов по Lown являются потенциально опасными в отношении развития фибрилляции желудочков, при описании указанных желудочковых нарушений ритма используется собирательный термин – «желудочковые аритмии высоких градаций» (ЖАВГ).

Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows 6.0. Рассчитывались средние значения показателей и стандартная ошибка ($M \pm m$). Для расчета коэффициентов корреляции использовался метод ранговой корреляции Спирмена. Для оценки значимости различия долей применяли критерий χ^2 - квадрат, количественных данных – критерий Манна-Уитни. За достоверные принимались различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение: Обследованы пациенты в возрасте от 25 до 64 лет. Выявлены некоторые особенности в основной группе. Нарушения ритма в виде ФП наблюдали у 10% обследуемых I группы и не наблюдали в отсутствие ОЖ (II группа). Парные наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ) регистрировали в контрольной группе в 27,8%, в основной – в 47,2% случаев. Доля обследуемых с частотой НЖЭ более 200 за сутки составила 8,3% в группе I, в группе II таких случаев не было.

Частые (более 10 парных НЖЭ в сутки) выявлены у 8,3% пациентов основной группы, в то время как в контрольной группе таковых не наблюдалось. Пробежки НЖТ в контрольной группе наблюдали в 3,4% случаев, в основной группе – в 11,1% случаев. Пароксизмы НЖТ в отсутствие ОЖ не наблюдали, при ОЖ регистрировали у 13,9% обследуемых (табл.1).

Таблица 1 Особенности предсердных нарушений ритма у обследуемых

Параметры, единицы измерения	II, контрольная группа (n=29)	I, основная группа (n=36)	p
НЖЭ, количество	18,6±4,0	78,8±48,6	>0,05
Парные НЖЭ, количество	0,6±0,2	1,9±0,6	=0,05
Пробежки НЖТ, количество	0,03±0,03	0,6±0,5	>0,05

Частота предсердных нарушений ритма за период наблюдения была выше у пациентов с ОЖ. При сравнении средних величин различий по желудочковым нарушениям ритма получено не было.

Связь наджелудочковых нарушений ритма с ОЖ подтверждается выявленными корреляционными связями с ИМТ и окружностью талии. ИМТ коррелировал с частотой НЖЭ ($r=+0,53$, $p<0,05$), парных НЖЭ ($r=+0,38$, $p<0,05$), пароксизмов НЖТ ($r=+0,33$, $p<0,05$).

Аналогичные корреляции были получены с окружностью талии и составили $r=+0,40$ ($p<0,05$), $r=+0,30$ ($p<0,05$) и $r=+0,24$ ($p>0,05$) соответственно.

Желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) у лиц без ОЖ отмечались в 75,8%, при ОЖ – 77,8%. ЖАВГ в контрольной группе встречались в 41,2%, в основной – в 42,3% случаев. Однако, доля пациентов с частотой ЖЭ более 200 за сутки среди больных с ОЖ составила 16,7%, а среди пациентов без ОЖ она была существенно ниже – 6,9%.

При артериальной гипертензии фактором риска развития аритмий является развитие ГЛЖ. Парные НЖЭ регистрировали у 34,4% обследованных без ГЛЖ и у 58,3% обследованных с ГЛЖ. ЖАВГ регистрировали в 35,5% в подгруппе без ГЛЖ и в 58,3% в подгруппе с ГЛЖ. Частые ЖЭ выявили у 10% пациентов без ГЛЖ и 23,1% пациентов с ГЛЖ.

Сочетание ОЖ и ГЛЖ усиливало вероятность развития аритмий. При наличии ОЖ парные НЖЭ регистрировали у 43,8% обследованных без ГЛЖ и 62,5% обследованных с ГЛЖ, частые ЖЭ выявили у 12,5% пациентов без ГЛЖ и у 37,5% пациентов с ГЛЖ. Развитие нарушений ритма зависело не только от ОЖ, но и наличия ИБС (стенокардии). Частота нарушений ритма была выше при наличии у обследуемых одновременно ОЖ и ИБС (табл.2).

Таблица 2

Частота нарушений ритма у обследуемых с АГ в зависимости от наличия ИБС и ОЖ

Вид нарушения ритма	II группа (с ОЖ)		I группа (без ОЖ)	
	ИБС есть	ИБС нет	ИБС есть	ИБС нет
Частые НЖЭ	0%	0%	25%	5,6%
Парные НЖЭ	40%	23,1%	75%	44,4%
Пробежки НЖТ	0%	6,7%	25%	16,7%
Пароксизмы НЖТ	0%	0%	25%	11,1%
Частые ЖЭ	0%	6,7%	25%	16,7%

Выявлено влияние курения на возникновение наджелудочковых нарушений ритма сердца. У лиц с ОЖ частота парных НЖТ была сопоставимой для курящих и некурящих: 52,6% и 52% соответственно. У лиц без ОЖ частота парных НЖТ у курящих составила 62,5%, а у некурящих – не наблюдались. Пароксизмы НЖТ нами наблюдались только у курящих, но их частота была выше в подгруппе с ОЖ: 15,8% против 6,7% в подгруппе без ОЖ ($p<0,05$).

Таким образом, у мужчин с артериальной гипертензией нами выявлена связь ОЖ с наджелудочковыми нарушениями ритма: ФП, одиночной и парной НЖЭ, НЖТ. Из желудочковых нарушений ритма выявлена связь ОЖ с повышенной частотой желудочковых экстрасистол.

Выводы.

1. Наличие ожирения у мужчин с артериальной гипертензией повышает вероятность возникновения одиночных и парных наджелудочковых экстрасистол, пробежек наджелудочковой тахикардии, желудочковых экстрасистол.

2. Вероятность нарушений ритма у мужчин с артериальной гипертензией и ожирением усиливается при их сочетании с гипертрофией левого желудочка, ИБС, стенокардией, курением, антропометрическими данными (индекс массы тела, окружность талии).

Список литературы:

1. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Целиковская А.Л. Ожирение и сердечно-сосудистые заболевания // Тер. Архив. – 2001. – № 8. – С. 69–72.

2. Глуховский М.Л. Метаболический синдром и аритмии сердца: автореферат диссертации доктора мед. наук. Воронеж. – 2012. – 48с.

3. Дедов И.И., Александров А.А., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. – № 13. – С. 930–935

4. Джанашия П.Х., Шлык С. В., Шевченко Н. М. Экстрасистолия: клиническое значение, диагностика и лечение // Лечащий врач. – 2007. – №3. – С. 8–11.

5. Потешкина Н.Г. Структурно-функциональное ремоделирование миокарда и прогнозирование аритмий у больных артериальной гипертензией / Н.Г. Потешкина, П.Х. Джанашия // Артериальная гипертензия. – 2005. – Т. 11. – № 4.

6. Calle E.E., Thun M.J., Petrelli J.M. et al. Body-mass index and mortality in prospective cohort of US adults // N. Engl. J. Med. – 1999. – V. 341. – P. 1097–1110.

7. De Divitiis O., Fazio S., Petitto M. et al. Obesity and cardiac function // Circulation. – 1981. – V. 64. – P. 477–489.

8. Garrison R.J., Higgins M.W., Kannel W.B. Obesity and coronary heart disease // Curr. Opin. Lipidol. – 1996. – V. 7. – P. 199–202.

9. Gottdiener J.S., Reda D.J., Materson B.J. et al. Importance of obesity, race and age to the cardiac structural and functional effects of hypertension // J. Am. Coll. Card. – 1994. – V. 24. – P. 1492–1498.

10. Hubert H.B., Feinleib M., McNamara P.T., Castell W.P. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants of the Framingham Heart Study // Circulation. – 1983. – V. 67. – P. 968–977.

11. Manson J.E., Willet W.C., Stampfer M.J. et al. Body weight and mortality among women // N. Engl. J. Med. – 1995. – V. 333. – P. 677–685.

12. Poirier P., Eckel R.H. The heart and obesity. In: Fuster V. Alexander R.W., King S., et al // The Heart. New York, NY: McGraw-Hill. – 2000. – P. 2289–2303.

13. Ribero A.B., Zanella M.T. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений // Международные направления в исследовании артериальной гипертензии. – 1999. – №. 9. – С. 7–9.

14. Umetani K., Kodama Y., Nakamura T. et al. High prevalence of paroxysmal atrial fibrillation and/or atrial flutter in metabolic syndrome // Circ J. – 2007. – V. 71. – P. 252–255.

15. Watanabe H., Tanabe N., Watanabe T. et al. Metabolic syndrome and risk of development of atrial fibrillation. The Niigata Preventive Medicine Study. // Circulation. – 2008. – V. 117. – P. 1255–1260.

16. Kokubo Y., Shimizu W., Kamakura S. et al. Obesity index and the risk of atrial fibrillation in an urban Japanese cohort: The Suita Study Epidemiology and Prevention of CV Disease: Physiology, Pharmacology and Lifestyle. Session Title: Epidemiology of Atrial Fibrillation // Circulation. – 2011. – 124

038. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Каленов В.А., Шильникова Н.Ф., Шабалина Л.Н., Макаров В.Ю.

Для предупреждения развития состояний дезадаптации и профилактики неблагоприятных отклонений в состоянии здоровья сотрудников внутренних дел, направленных для выполнения оперативно-служебных и служебно-боевых задач на территории Северокавказского региона Российской Федерации, в ведомственном здравоохранении применяется комплексный подход к охране здоровья. Этот подход включает организацию и проведение внеплановых медицинских осмотров (обследований) личного состава до и после направления в Северокавказский регион Российской Федерации, осуществление медико-психологической реабилитации нуждающихся сотрудников и военнослужащих по индивидуальным программам, что позволяет выявлять имеющиеся расстройства здоровья, а также оценить состояние адаптационных механизмов. В связи с этим актуальными являются исследования по оценке эффективности мероприятий медико-психологической профилактики и реабилитации в регионах. На территории Забайкальского края за период 2007–2011 гг. из 726 обследованных по результатам внеплановых осмотров рекомендованы к участию в служебных командировках в Северо-кавказский регион 577 сотрудников, что составило 79,4% от общего числа обследованных. Распределение исследуемого контингента по годам наблюдений представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Нами в качестве объекта исследования определен контингент сотрудников органов внутренних дел Забайкальского края (437 человек) принимавших участие в выполнении служебно-боевых задач по обеспечению правопорядка и общественной безопасности на территории СКР. Исследование проводилось путем выкопировки данных из индивидуальных программ медико-психологической реабилитации за период с 2007 по 2011 год. По возрастному составу обследуемых преобладала возрастная группа от 25–30 лет, что составило 40,6% (182 человека); 20–25 лет – 19,3% (87 человек), 35–40 лет – 18,6% (84 человека); 30–35 лет – 14% (64 человека) 40 лет и старше – 4% (20 человек).

Результаты многочисленных исследований, включающие анализ показателей заболеваемости и функциональных нарушений среди личного состава органов внутренних дел, выполнявших служебно-боевые задачи в Северо-кавказском регионе выявили закономерности, обусловленные частотой (кратностью) продолжительностью пребывания в СКР. Динамика нарастания негативных тенденций среди личного состава от командирования к командированию указывает на неспособность многих участников самостоятельно справиться с последствиями боевого стресса и недостаточность принимаемых мер по медико-психологической реабилитации между выездами. В нашем исследовании распределение сотрудников по кратности командировок представлено следующим образом: 170 человек или 39% от общего контингента выезжали в командировки от 2 до 5 раз; следующая по частоте группа менее 2 командировок – 38% (166 человек); группа из 53 человек, составляющая 12,3% имели от 5 до 7 командировок; затем группа из 42 человек или 10,3% с частотой командировок от 7 до 10 и более 10 раз выезжали 6 человек – 1,3%. Таким образом, среди исследуемого контингента, преобладали лица в возрасте 20-30 лет с частотой командирования от 0 до 5.

Эффективность мероприятий по медико-психологической профилактике и реабилитации во многом зависит от качества и своевременности диагностики различных состояний сотрудников.

С целью раннего выявления предболезненных изменений в состоянии здоровья и нарушений адаптации перед направлением в командировку проведены внеплановые осмотры в центрах психофизиологической диагностики МСЧ. Программа внеплановых осмотров включала комплексные психодиагностические обследования, основная цель которых заключалась в выявлении лиц со сниженными функциональными резервами, нарушениями психической деятельности, имеющих факторы повышенного риска развития заболеваний, находящихся в состоянии психической дезадаптации. Кроме этого программа предусматривала формирование групп риска; выявление соматических заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями к осуществлению служебной деятельности, связанной с повышенным психическим и психоэмоциональным напряжением.

Внеплановый осмотр сотрудника считался законченным только после того, как завершены психодиагностическое обследование в ЦПД и медицинский осмотр в поликлинике, по результатам которых специалистами МСЧ установлены и внесены в амбулаторную карту диагноз, уровень здоровья, группа диспансерного наблюдения, оценена потребность в лечении, медико-психологической реабилитации, сделаны соответствующие назначения и даны рекомендации.

По данным комплексного психодиагностического обследования сотрудников, рекомендованных к участию в служебных командировках в Северо-кавказский регион определены уровни здоровья: I уровень – 70%, II уровень – 26,2%, III уровень – 3%. С учетом уровней здоровья сотрудники распределены по группам диспансерного наблюдения.

I группа – практически здоровые лица, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, что составило 32,7% от общего количества рекомендованных к участию в служебной командировке. С сотрудниками I группы проведены профилактические беседы о здоровом образе жизни, рекомендованы общеоздоровительные восстановительные мероприятия.

II группа – 35,5%, лица с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. По данным комплексного психодиагностического обследования в эту группу включены лица, имеющие второй («неспецифические пограничные отклонения в состоянии здоровья») и третий («предболезненные изменения в состоянии здоровья») уровни здоровья.

III группа – 25% лица, нуждающиеся в дополнительном обследовании, лечении в амбулаторных условиях.

IV группа – 6,8% лица, нуждающиеся в дополнительном обследовании, лечении в стационарных условиях, состоящие на диспансерном учете по хроническому заболеванию.

V группа – лица с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи не определены по данным внеплановых осмотров.

Результаты осмотров сотрудников, возвратившихся из служебных командировок в СКР за анализируемый период представлены на Рис.1: не выявлены отклонения в состоянии здоровья у 257 обследуемых, что составило 59% от общего числа, расстройство адаптации, астеновегетативный синдром, нервно-психическое напряжение выявлены у 16% (69 исследуемых), нервно-психическое напряжение 10% (43 исследуемых), признаки алкогольной интоксикации 7% (32 исследуемых), снижение резервных функций организма 5% (22 исследуемых), астеновегетативный синдром и иное 3% (13 человек).

Рисунок 1.

Комиссией по организации медико-психологической реабилитации сотрудников ОВД МСЧ составлена индивидуальная программа медико-психологической реабилитации сотрудников, включающая необходимый объем диагностических обследований, направление на лечение (амбулаторное, стационарное, восстановительное), мероприятия по медицинской и медико-психологической реабилитации.

Медико-психологическая реабилитация проводилась не позднее 10 суток, ориентирована на своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности сотрудников. Результаты реализации реабилитационных программ представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Медико-психологическая реабилитация включала следующие этапы:

Первый этап предусматривал медико-психологическую помощь, направленную на восстановление работоспособности непосредственно

после выхода из экстремальной ситуации в условиях ЦПД;

На втором этап предоставлена медико-психологическая помощь после купирования эмоциональных проявлений при выходе из экстремальной ситуации, а также медико-психологический контроль за динамикой нарушений в условиях поликлиники ГКУЗ МСЧ МВД России по Забайкальскому краю или стационара в госпитале ГКУЗ МСЧ МВД России по Забайкальскому краю. На этом этапе за анализируемый период оказана помощь 152 сотрудникам – 34,8% от общего количества исследуемого контингента.

3-й этап – медико-психологическая помощь и восстановление трудоспособности у сотрудников в отдаленном периоде после работы в особых условиях – реабилитация в санаторно-курортных условиях. На третий этап реабилитации направлены 74 сотрудника или 17%.

В результате проведенного анализа выявлено, что 48,2% сотрудников (211 человек) не воспользовались возможностью получения реабилитационной помощи по индивидуальным программам, что несомненно затрудняет проведение мониторинга за состоянием здоровья данного контингента сотрудников и снижает эффективность реабилитационной помощи в сфере ведомственного здравоохранения.

По результатам медико-психологической реабилитации проведена оценка уровней здоровья и распределение по группам диспансерного наблюдения. Нами проведен анализ достоверности разницы в двух сравниваемых группах сотрудников до направления в служебные командировки и после прохождения медико-социальной реабилитации, позволяющий определить наличие связи, в нашем случае влияния программ медико-психологической реабилитации на уровни здоровья сотрудников и распределения их по группам диспансерного наблюдения. В таблице 3 представлены результаты сравнения распределения по уровням здоровья обследуемых до направления в служебные командировки и после проведения медико-психологической реабилитации по возвращению из командировок.

Таблица 3.

В таблице 4 представлены результаты сравнения распределения по группам диспансерного наблюдения обследуемых до направления в служебные командировки и после проведения медико-психологической реабилитации по возвращению из командировок.

Таблица 4.

Таким образом, результаты статистического анализа по оценке достоверности разницы позволяют сделать выводы, что проведение программ медико-психологической реабилитации не повлияло существенным образом на состояние здоровья сотрудников ($p < 0,05$). Кроме этого результаты исследования определили недостаточный уровень охвата сотрудников, вернувшихся из командировок в СКР индивидуальными программами медико-психологической реабилитации. Следовательно, совершенствование медико-психологической реабилитации сотрудников внутренних дел

Забайкальского края, выполнявших оперативно-служебные и служебно-боевые задачи на территории Северокавказского региона Российской Федерации требует разработки новых подходов в её организации, что является основанием для проведения дальнейших исследований.

Таблица 1.

Количество сотрудников из числа обследованных, рекомендованных к участию в служебных командировках за период 2007-2011 гг.

Года наблюдений	2007	2008	2009	2010	2011
Обследовано до направления в зону с особыми условиями службы (ЗОУС)	155	156	162	118	135
Рекомендовано направление в зону с особыми условиями службы (ЗОУС)	126	152	118	79	102
В % от общего числа обследуемых	81,3%	97,4%	72,8%	67%	75%

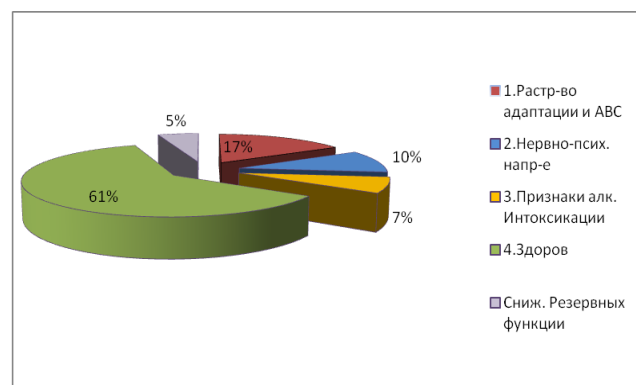


Рис. 1. Результаты осмотров сотрудников, вернувшихся из командировки в СКР за период 2007-2011 гг.

Таблица 2.

Охват сотрудников, вернувшихся из командировок в СКР реабилитационными программами за период 2007-2011 гг.

Года наблюдений	2007	2008	2009	2010	2011
Обследовано после возвращения из командировок с особыми условиями службы (ЗОУС)	155	156	162	118	135
Проведена медицинская реабилитация	61 (39%)	64 (41%)	33 (26%)	47 (32%)	51 (38%)
Проведена медико-психологическая реабилитация	21 (13%)	25 (16%)	18 (14%)	25 (17%)	21 (15%)

Таблица 3.

Достоверность разницы распределения по группам здоровья сотрудников до служебных командировок и после прохождения медико-психологической реабилитации

Уровни здоровья	До командировки	После проведения медико-психологической реабилитации	Коэффициент достоверности
I уровень	70%	89%	3,6
II уровень	26%	10%	2,6
III уровень	3%	1%	2,2
IV уровень	-	-	

Таблица 4.

Достоверность разницы распределения по группам диспансерного наблюдения сотрудников до служебных командировок и после прохождения медико-психологической реабилитации

Группа диспансерного учёта	До командировки	После проведения медико-психологической реабилитации	Коэффициент достоверности
I группа	32,7%	39,3%	0,97
II группа	35,5%	36%	0,068
III группа	25%	24,3%	0,13
IV группа	6,8%	0,4%	4,2
V группа	-	-	

039. НАРУШЕНИЯ РАВНОВЕСИЯ И ХОДЬБЫ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Г.Р. Хузина, Д.Р. Закирова

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России» (г.Казань)

ФКУЗ "Клинический госпиталь медико-санитарной части МВД по РТ" (г.Казань)

Патология ходьбы – это одно из наиболее частых и тяжелых проявлений неврологических заболеваний, которое становится причиной инвалидизации и утраты бытовой независимости. Исследования последних лет значительно усложнили представления о феноменологии, структуре и механизмах нарушений ходьбы. Известно, что распространенность нарушений ходьбы в популяции экспоненциально нарастает с возрастом. В частности различными расстройствами ходьбы страдает более 15% лиц в возрастной группе старше 60 лет, около 35% лиц – в возрасте старше 70 лет и более 80% лиц в возрасте свыше 85 лет. Кроме того в 60% случаев от числа всех лиц, получающих стационарное лечение в отделениях неврологического профиля при тщательном неврологическом обследовании выявляются нарушения ходьбы.

Нарушения ходьбы у «нормального» пожилого человека – это наиболее заметный физиологический признак старения, который необходимо дифференцировать с быстро нарастающими и выраженными изменениями ходьбы, являющимися проявлением большого числа заболеваний нейрогенетического круга, при которых нарушения походки являются клинически значимым проявлением патологического процесса различной этиологии.

Нарушения ходьбы и атаксический синдром являются частой причиной падений, что обусловлено и целым рядом физиологических факторов, таких как возрастное снижение зрения и вестибулярной функции; свойственная старению постуральная неустойчивость, которая способствует падениям при обычной двигательной активности (ходьба, изменение позы, спуск с лестницы и др.), ортостатическая гипотония, часто развивающаяся вследствие приема гипотензивных и седативных препаратов. Падения в пожилом возрасте часто сопровождаются осложнениями, отягощая течение основного неврологического или соматического заболевания. В частности, примерно в 1 из 10 случаев падения сопровождаются тяжелыми повреждениями, включая переломы (наиболее часто – проксимальных отделов бедренной и плечевой и кости, дистальных отделов рук, костей таза, позвонков), субдуральные гематомы, тяжелые повреждения мягких тканей и головы. Частое возникновение переломов у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено остеопорозом, общим похуданием, патологией суставов, особенно нижних конечностей. Риск переломов вследствие падений особенно значителен у пациентов, у которых имеются нарушения двигательных функций (парезы, атаксия) после перенесенного инсульта. Падения, вне зависимости от причины, их вызвавшей, сами по себе могут приводить к тяжелой дезадаптации больных в повседневной жизни. В частности, у более 50% пожилых лиц, перенесших повторные падения, отмечается ограничение физической активности вследствие причин психологического характера: развивается ощущение страха, опасение повторных падений, чувство тревоги, вследствие чего они перестают выходить из дома, что сопровождается возрастанием зависимости от окружающих и, в значительной мере, увеличивает нагрузку на родственников и близких. Кроме того, падения относятся к характерным симптомам некоторых неврологических заболеваний пожилого возраста: инсульта, мозжечковых дегенераций, болезни Паркинсона, нормотензивной гидроцефалии, прогрессирующего надъядерного паралича и др.

Классификация нарушений ходьбы базируется на различных подходах в выделении тех или иных типов нарушений ходьбы: анатомическом (например, мозжечковая походка); клиническом, основанном на клинической характеристике ходьбы (например, семенящая походка); нозологическом (например, походка при нормотензивной гидроцефалии). Некоторые описательные термины, применяемые для характеристики нарушений ходьбы (например, апрактическая походка), недостаточно четко определены и трудно применимы для практического использования.

В соответствии с Классификацией нарушений ходьбы (J.G.Nutt, C.D.Marsden, P.D.Thompson, 1993, с дополнениями, О.С.Левин, 2008) выделяют следующие группы нарушений ходьбы в зависимости от этиопатогенетических механизмов и уровня нарушения генерации локомоторных и постуральных синергий:

1. Нарушения ходьбы при поражениях костно-суставного аппарата и периферических нервов, а также нарушениях сенсорной афферентации (нарушения спинального уровня регуляции ходьбы):

1.1. Нарушения ходьбы при поражениях костно-суставной системы (артрозы, артриты, рефлекторных синдромы остеохондроза позвоночника, сколиоз, ревматической полимиалгия и др.), которые часто имеют анталгический характер.

1.2. Нарушения ходьбы при дисфункции внутренних органов и систем (тяжелая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, облитерирующее поражение артерий нижних конечностей, ортостатическая артериальная гипотензия).

1.3. Нарушения ходьбы при дисфункциях афферентных систем (сенситивная, вестибулярная, зрительная атаксии, мультисенсорная недостаточность).

2. Нарушения ходьбы, вызванные поражением двигательных структур: пирамидной, парапирамидной, мозжечковой и экстрапирамидной систем (нарушения стволово-мозжечкового уровня регуляции ходьбы):

2.1. Нарушения ходьбы при заболеваниях с ведущим пирамидным синдромом (спастичность, парезы, параличи, контрактуры).

2.2. Нарушения ходьбы при заболеваниях с ведущим мозжечковым синдромом (статическая, локомоторная, динамическая атаксия, астазия-абазия).

2.3. Нарушения ходьбы при заболеваниях с ведущими экстрапирамидными синдромами (паркинсонизм, дистонии, гиперкинезии и др.).

3. Интегративные (первичные) нарушения ходьбы или сложные интегративные нарушения двигательного контроля: нарушения ходьбы, вызванные нарушением выбора и инициации локомоторных и постуральных синергий, а не их реализации, не зависящие от какой-либо иной неврологической патологии и не связанные с какими-либо другими неврологическими нарушениями (нарушения высшего, корково-подкоркового уровня регуляции ходьбы).

4. Психогенные нарушения ходьбы (психогенная атаксия, психогенная дисбазия при истерии, депрессии и других психических расстройствах).

Важное значение в объективизации нарушений ходьбы и характеристики феноменологии нарушений походки имеет анализ ряда особенностей походки у пациентов. К таким характеристикам относятся: изменения позы при вставании; равновесие в покое; реактивные постуральные реакции (толчковый тест); база опоры при стоянии и ходьбе (расстояние между ступнями); сохранность инициации ходьбы (произвольное начало); исполнительные характеристики ходьбы (длина шага, ритм, скорость, траектория движений конечностями). Тщательный анализ особенностей нарушений локомоции и постурального контроля позволяет получить уже на этапе клинического обследования больного клинико-феноменологический

анализ походки, правильная интерпретация которой лежит в основе алгоритма последующего диагностического поиска, а также позволяет очертить наиболее значимый круг реабилитационных мероприятий, направленных на компенсацию имеющихся двигательных нарушений.

040. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТРОГО ВЕСТИБУЛЯРНОГО СИНДРОМА: КЛАССИФИКАЦИЯ И КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ

Г.Р. Хузина, Э.И. Богданов, Д.Р. Закирова

ГБОУ ВПО «Казанский государственный
медицинский университет Минздрава
России» (г.Казань)

ФКУЗ "Клинический госпиталь медико-санитарной
части МВД по РТ" (г.Казань)

Головокружение остается одним из наиболее частых клинически значимых симптомов в неврологической и общетерапевтической практике и регистрируется у более, чем 40% пациентов амбулаторно-поликлинического звена в качестве основного проявления заболевания. Острое начало вестибулярного синдрома, или «острый вестибулярный синдром» (ОВС) может быть как изолированным, так и сопровождаться фокальными признаками неврологического дефицита: нарушением зрения, гемипарезом, нарушениями чувствительности и слуха. Патофизиологической основой ОВС является дисбаланс тонической нейрональной активности вестибулярной коры в ответ на остро возникшую ассиметричную дисфункцию вестибулярного аппарата, что закономерно приводит к рассогласованию функций вестибулярной, зрительной и сомато-сенсорной систем.

Головокружение является ведущим, иногда единственным симптомом ОВС и Около 80 различных заболеваний неврологического и терапевтического профиля сопровождаются симптомами ОВС и феноменами, но одним из ведущих этиологических факторов являются цереброваскулярные расстройства. Клинически поражения центральных и/или периферических отделов вестибулярного аппарата при цереброваскулярных заболеваниях характеризуются развитием вестибулярного синдрома (ВС) различной степени выраженности, часто усиливающегося при движениях головы симптомами головокружения, постуральной неустойчивости, зрительно-пространственных и сопутствующих вегетативных нарушений (тошнота, рвота).

С учетом разнообразия характеризующихся пациентами проявлений головокружения уже на первом диагностическом этапе важна дифференциация истинного вестибулярного головокружения (типа vertigo), сопровождающегося чувством вращения, и невестибулярного головокружения (типа dizziness), которое проявляется в нескольких вариантах. В этой связи основные формы ОВС центрального генеза

классифицируются следующим образом (Bisdorff A., von Brevern M., Lempert T. et al., 2009):

1. **Internal vertigo** или головокружение как возникающее в покое ощущение мнимого перемещения **собственного тела**, либо искаженное ощущение перемещения собственного тела при движениях головы. Этот вид головокружения включает иллюзию вращательного, линейного или другого не вращательного (качание, подпрыгивание) перемещения собственного тела или статического наклона собственного тела по направлению к действию гравитации.

2. **Вестибуло-визуальные симптомы** – зрительные симптомы, возникающие при патологии вестибулярного аппарата или его связей – ощущение мнимого движения или наклона окружающего или его визуальное искаженное восприятие в результате вестибулярных, но не оптических нарушений. Они исчезают при закрытии глаз. Варианты этой группы симптомов включают: (а) головокружение как ощущение мнимого кругового движения (вращения) или текущего перемещения **окружающих предметов** (external vertigo), которое может быть плавным или толчкообразным и проходить однонаправлено в какой-либо (например, горизонтальной) плоскости; (б) осцилопию – ощущение мнимых колебательных (прыгающих, толчкообразных «вперед-назад») движений видимого окружающего; (в) зрительную задержку (visual lag) – ощущение мнимого движения окружающих предметов, возникающее вслед за движением головы или медленного их перемещения возникающее после остановки движения головой; (г) зрительный наклон (visual tilt) – мнимое статическое восприятие наклонного положения окружающих предметов по отношению к вертикали.

3. **Non-vertiginous dizziness** - головокружение как ощущение нарушенной или ослабленной пространственной ориентации без ощущения мнимого или искаженного движения. Этот вид головокружения не применим к описанию симптомов психических расстройств - деперсонализации, дереализации или спутанности сознания, - хотя формально может соответствовать им.

4. **Dizziness** - постуральные симптомы, или нарушения равновесия, появляющиеся в вертикальном положении (при сидении, стоянии и ходьбе) и уменьшающиеся, если пациент имеет опору (поддержку). К постуральным симптомам относятся неустойчивость, направленная пульсия, завершённые и незавершённые падения.

Дифференциация основного клинического феномена ОВС позволяет обеспечить правильную трактовку топического уровня поражения структур головного мозга, варианта рассогласования вестибулярно-зрительной-сомато-сенсорной системы и лежит в основе нозологической интерпретации ОВС.

**Авторы сборника научных трудов
V-й Юбилейной Всероссийской ежегодная научно-
практической конференции «Актуальные вопросы
диагностики, лечения и профилактики
в общемедицинской практике».
г. Казань, 19-20 октября 2012 года**

ФИО	Номер	Страницы
Абсаямова Л.Р.	014,	32
Агеев А.Г.	015,	41
Аглиуллина Ф. Ф.	016	46
Алимова Ф.К.	025	75
Альпер Г.А.	028	85
Амиров Н.Б.	014, 016, 022, 027, 031, 032, 035	32,46,61,80,95, 99,109
Ахметов З.Я.	023	65
Ахтямов И.Ф.	015,	41
Байбулатова Л.Ф.	031	95
Балашин В.И.	008	26
Богданов Э.И.	040	121
Булатов Д.Г.	036	113
Булашова О.В.	001,	20
Бунакова Л.К.	002,	21
Буренина И. А.	017, 018, 019	49,50,51
Валеева А.Г.	020	54
Галеева З.М.	014,	32
Галиев Р.А.	003,	22
Гимадеев Ю.Ф.	015	41
Гималетдинова И.А.	014,	32
Гордиенко А.В.	024, 028, 029	68,85,88
Данилов В.А.	004,	22
Дорохов Г.Ю.	029	88
Ермакова О.В.	021	57
Забелина И.В.	005	23
Закирова Д. Р.	018, 022,039,040	50,61,120,121
Зулкарнеев Р.А.	023	65
Зулкарнеев Р.Р.	023	65
Исхакова А. Н.	019	51
Каленов В.А.	038	117
Камашева Г.Р.	006, 013,	24,31
Кравцова О.А.	025,	75
Кузнецов И.С.	023	65
Ларин С. Ю.	034	107
Лейчинский С.В.	024,028,029	68,85,88
Леонтьев О. В.	024	68
Лымаренко В. М.	024, 028	68
Лышова О.В.	007	24
Майкова Е.В.	025	75
Макаров В.Ю.	038	117
Мальцев Т.Т.	033	102
Мерикова Е.Ф.	020	54
Миролюбов Б.М.	015	41
Михопарова О.Ю.	003	22
Муртазов А.М.	026	78
Ненашев Р.Г.	033	102
Нигаматзянова Г.З.	002,	21
Ощепкова О. Б.	027	80
Павлов А.Д.	008	26
Павлович И.М.	028	85
Петроченко А.С.	008	26
Подольская А.А.	025	75
Потапова М.В.	014, 022, 032, 035	32,61,99,109
Пятибрат А.О.	029	88
Пятибрат Е.Д.	029	88
Рудяков М. С.	034	107

Сабиров Л.Ф.	014, 022, 030, 032, 035	32,61,92,99,109
Салмина А.Ю.	009	27
Сафаргалиева Л.Х.	031	95
Сахибуллин Р.Ф.	032	99
Сидельникова Н.С.	008	26
Сидоренко В.А.	024, 028, 029	68,85,88
Смольянинов С.В.	007, 033, 034	24,102,107
Сорокин Н.В.	024	68
Строителей И.А.	009	27
Тамойкин А.В.	011,	29
Тухватуллина Г.В.	035	109
Ушакова И.С.	010	28
Файзуллина Г.Г.	009, 036	27,112
Файзуллина Е.В.	002,	21
Фаттахов С.Р.	015	41
Федоров М.Е.	004, 011, 012,	22,29,30
Фролова Э.Б.	003, 022, 032, 035	22,32,61,99,109
Хакимова Р.Ф.	013	31
Харина Н.В.,	007	24
Хлебодаров Ф.Е.	005,	23
Хузина Г.Р.	039,040	120,121
Хусаинова Л.К.	020	54
Цибулькин Н. А.	027	80
Цикунов С.Г.	029	88
Цыпленкова Н. С.	037	115
Шабалина Л.Н.,	038	117
Шильникова Н.Ф.	038	117
Шогенов А.Г.	026	78
Якимец С.А.	020	54
Якусевич В.В.	008	26
Яшкина Л.В.	012	30

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ
И ТЕЗИСОВ ДЛЯ АВТОРОВ
в журнал и приложения
«ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»
ISSN 2071-0240 (Print), ISSN 2079-553X (On line)**

1. Статья, набранная в текстовом редакторе Word, шрифт Times New Roman, 12, междустрочный интервал 1,5, форматирование по ширине, без переносов, в таблицах междустрочный интервал 1,0 должна быть напечатана на одной стороне листа формата А4. Поля: сверху 25 мм, снизу 20 мм, слева 30 мм, справа 15 мм. Стиль статей должен быть ясным и лаконичным.

2. В начале первой страницы статьи указывают (через пробел между ними):

1) ©, инициалы и фамилии всех авторов через запятую, год (например: © Н.Б. Амиров, А.А. Визель, З.М. Галеева, 2013)

2) код по УДК;

3) **НАЗВАНИЕ СТАТЬИ (ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ)** на русском и английском языках;

4) **имя, отчество и фамилию(и) автора(ов)** полностью, после каждой фамилии указать ученую степень, ученое звание, занимаемую должность, полное название кафедры (подразделения), учреждения города, где работает(ют) автор(ы), контактный телефон или e-mail на русском языке и их перевод на английский язык;

5) **реферат на русском языке (не более 850 знаков) и перевод реферата на английский язык;**

6) **ключевые слова, отражающие смысловую часть статьи (не более 6), на русском языке и их перевод на английский язык.**

7) **Принимаются к опубликованию статьи на английском языке, при этом должны быть выполнены все требования для русскоязычных статей, но с обратным переводом соответственно.**

3. Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, иметь визу научного руководителя, направление должно быть скреплено печатью учреждения, направляющего работу в редакцию журнала. Если работа представляется от нескольких учреждений, необходимо сопроводительное письмо, подтверждающее направление статьи для публикации в журнале, от каждого из них (необязательно, если нет конфликта интересов между учреждениями). В направлении можно указать, является ли статья диссертационной.

4. В конце статьи должны быть подписи всех авторов с указанием ученой степени и звания, полностью указаны фамилия, имя, отчество, место работы и должности всех авторов, контактный адрес, номер телефона и адрес электронной почты одного из авторов.

5. Высылать статью в печатном виде в 2-х экземплярах (статьи направляются на рецензирование) и одновременно представлять статью в электронном виде на магнитном носителе (CD-R, CD-RW, флэш). **Файл называется по фамилии первого автора.** Если у первого автора несколько статей, то им присваиваются номера после фамилии, например: Амиров Н.Б.-1,

Амиров Н.Б.-2 и т.д. Приветствуется направление фото первого автора в формате jpg.

6. Рубрификация журнала: Передовая статья. Оригинальные статьи (клинико-теоретические публикации). Обзоры. Лекции. Краткие сообщения. Рецензии. Дискуссии. Съезды, конференции, симпозиумы, общества. Из практического опыта. Юбилейные и исторические даты, история медицины. Экспериментальные исследования – клинической медицине. Клинические наблюдения и др.

Объем статей в рубрику «Оригинальные исследования» не должен превышать 15 страниц, число рисунков – не более 5-6. **Таблицы** должны быть построены наглядно, иметь название над таблицей, их заголовки должны точно соответствовать содержанию графа (междустрочный интервал в таблицах – 1). **Рисунки** должны иметь номер и название под рисунком. Текст: все части статьи (таблицы, рисунки и т.п.) должны быть приведены полностью в соответствующем месте статьи. Все цифры, итоги, проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и должны соответствовать цифрам в тексте. В тексте необходимо указать ссылки на таблицы и рисунки и их порядковые номера. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Статьи объемом до 6-ти страниц редакцией могут быть размещены в рубрике «короткие сообщения».

Содержание статьи:

- **введение**, обосновывающее постановку задач исследования;

- **материалы и методы** исследования;

- **результаты** исследования;

- **обсуждение**;

- **закключение** (выводы);

- перечень цитируемой литературы.

Рисунки и таблицы входят в общий объем статьи.

7. **Название** статьи должно отражать основное содержание работы и **обязательно** должно быть представлено на **русском и английском языках**. **Реферат** (должен содержать не более 850 знаков) и **ключевые слова** (не более 6 слов) **должны быть** представлены на **русском и английском языках** (ключевые слова должны стоять после реферата).

8. В рубрику «Из практического опыта» принимаются статьи, освещающие оригинальный опыт авторов в медицинской практике. Объем статьи – не более 6 страниц машинописного текста.

9. Объем **обзорно-теоретических статей** и статей в рубрику «**Клинические лекции**» заранее согласовываются с редакцией журнала.

10. Библиографические ссылки в тексте статьи надо давать в квадратных скобках с указанием номера согласно списку литературы: *Пример: ...согласно данным [11]...*

В конце статьи приводится список литературы в соответствии с ГОСТом 7.0.5.- 2008 «Библиографическое описание документа» (для обзоров – не более 50, для оригинальных статей – не более 20 источников), в котором цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). После фамилии автора (ов) указываются названия работ, место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуск,

страницы (от – до). Для вхождения в базу данных Scopus необходимо подавать список цитируемой русскоязычной литературы также и в романской транскрипции. Для этого можно воспользоваться сайтом: <http://translit.ru>

Примечание. Допускается порядок списка литературы по мере цитирования.

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ И СПИСКА ЛИТЕРАТУРЫ:

© А.Д. Протасов, А.А. Рыжов, А.В. Жестков, М.П. Костинов, 2013

УДК 616.24-036.12:576.8.097.3

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ, ГЕМОФИЛЬНОЙ ТИПА В ИНФЕКЦИЙ И ГРИППА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Андрей Дмитриевич Протасов – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Самара, 8-927-744-41-26, crosss82@mail.ru;

Алексей Анатольевич Рыжов – кандидат медицинских наук, лаборатория вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний, ФГБУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва, vaccine@bk.ru;

Александр Викторович Жестков – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Самара, (846) 260-33-61, zhestkovav@yandex.ru;

Михаил Петрович Костинов – заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний, ФГБУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва, vaccine@bk.ru.

Реферат. Статья посвящена анализу клинического эффекта сочетанного применения вакцин против пневмококковой, гемофильной типа b инфекций и гриппа у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сравнении с невакцинированными пациентами. I гр. – 48 пациентов с ХОБЛ, одномоментно вакцинированных против пневмококковой, гемофильной типа b инфекций и гриппа (средний возраст - 61,46±1,17 лет). II гр. – 80 невакцинированных пациентов с ХОБЛ (средний возраст 54,65±0,6 лет). После вакцинации у больных с ХОБЛ частота обострений заболевания снизилась в 3,7 раза, а проведенных курсов антимикробной химиотерапии – в 4,3 раза.

Ключевые слова: вакцинопрофилактика, хроническая обструктивная болезнь легких

THE INFLUENCE OF COMPLEX VACCINATION AGAINST PNEUMOCOCCUS, HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B INFECTIONS AND INFLUENZA IN THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

A. Protasov, A. Ryzhov, A. Zhestkov, M. Kostinov

Abstract. This article analyzes the clinical effect of combined use of vaccines against Pneumococcal, Haemophilus influenzae type b infections and influenza in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) compared with unvaccinated patients. I group – 48 patients with COPD, simultaneously vaccinated against Pneumococcal, Haemophilus influenzae type b infections and influenza (mean age - 61,46 ± 1,17 years). II group – 80 non-vaccinated patients with COPD (mean age 54,65 ± 0,6 years). In patients with COPD the frequency of exacerbations of the disease decreased by 3,7 times after vaccination, and conducted courses of antimicrobial chemotherapy - 4.3 times.

Key words: vaccination, chronic obstructive pulmonary disease

Текст статьи...

Список литературы:

Синопальников А.И. Инфекционное обострение хронической обструктивной болезни легких / А.И. Синопальников, А.Г. Романовских // Пульмонология. – 2006. – № 1.

References

Sinopal'nikov A.I. Infekcionnoe obostrenie hronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkih / A.I. Sinopal'nikov, A.G. Romanovskih // Pul'monologiya. - 2006. - № 1.

14. Соодаева С.К. Окислительный стресс и антиоксидантная терапия при заболеваниях органов дыхания // Пульмонология. – 2006. – № 5. – С. – 122-126.

15. Loukides S., Bouros D., Papatheodorou G., et al. The relationships among hydrogen peroxide in expired breath condensate, airway inflammation, and asthma Severity // Chest. – 2002. – Vol. 121. – N 2. – P.338-346.

11. **Краткие сообщения** предоставляются объемом не более 1-4 страниц машинописного текста через 1 интервал без иллюстраций, таблиц и списка литературы, структурированные как тезисы: **Название** – **ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ**. С новой строки – **Фамилии И.О. автора(ов)**. С новой строки – **Учреждение, Город, Страна**. С новой строки через интервал – **Цель исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение, выводы (заключение)**. При оформлении кратких сообщений в сокращенном виде редакция оставляет за собой право опубликовать их в приложении к журналу.

12. Сокращения слов, имен, названий (кроме общепринятых сокращений физических мер, химических и математических величин и терминов) не допускаются. Единицы измерений должны быть приведены в системе СИ.

13. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать присланные статьи (по согласованию с авторами). Не допускается направление в редакцию работ, напечатанных в других изданиях или направленных для печати в другие издания.

14. При формировании материалов конференций и съездов в Приложение к Журналу принимаются тезисы. Правила оформления тезисов такие же, как для коротких сообщений.

15. **Уважаемые коллеги!** В связи с тем, что статьи и сведения в статьях, публикуемых в научно-практическом журнале «Вестник современной клинической медицины», будут помещаться в ведущих российских и мировых библиографических и реферативных изданиях, в электронных информационных системах, включая распространение произведений посредством размещения их электронных копий в базе данных Научная Электронная Библиотека (НЭБ), представленной в виде научного информационного ресурса сети Интернет www.elibrary.ru; а также включаться в одну из трех систем цитирования Web of Science: Science Citation Index Expanded (база по естественным наукам), Social Sciences Citation Index (база по социальным наукам), Arts and Humanities Citation Index (база по искусству и гуманитарным наукам), Scopus, Web of Knowledge, Astrophysics, PubMed, Mathematics, Chemical Abstracts, Springer, AgriS, GeoRef авторы оригинальных статей предоставляют на безвозмездной основе редакции журнала права на использование электронных версий произведений и должны соблюдать международные правила построения публикаций и резюме к ним. В структуру статей входят разделы: Введение (с указанием в конце его целей исследования). Материалы и методы. Результаты. Обсуждение. Выводы.

16. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются редколлегией и не возвращаются.

17. С аспирантов (единственный автор) за публикацию рукописей плата не взимается.

18. Правила оформления статей могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК – следите за изменениями на сайтах: www.kgm.kcn.ru и www.es.rae.ru/vskm, www.hospitalmvdrt.ru, www.mschnmvdrt.ru, а также в последнем вышедшем номере журнала.

Статьи в печатном виде в 2-х экземплярах и на электронных носителях направлять по адресу: 420059, Казань ул. Оренбургский тракт, 132, в редколлегию журнала и по e-mail: vskmjourn@yandex.ru, или zarina26@bk.ru, namirov@mail.ru, lordara@mail.ru.

По возникающим вопросам обращаться в редколлегию журнала: Амиров Наиль Багауевич (главный редактор), e-mail: namirov@mail.ru, Визель Александр Андреевич (заместитель главного редактора), e-mail: lordara@mail.ru, Галеева Зарина Мунировна (ответственный секретарь редколлегии), e-mail: zarina26@bk.ru, Шаймуратов Рустем Ильдарович (компьютерное сопровождение журнала), e-mail: russtem@yandex.ru

Телефон редакции: +7 (843) 291 26 76,
факс +7 (843) 277 88 84

По вопросу размещения рекламы в журнале обращаться в Отдел рекламы ММЦ «Отель-Клиника». Контактное лицо: Амирова Рената Наилевна, г. Казань, ул. Горького, д.3-А, тел.: (843) 236 19 59, (843) 238 82 84; e-mail: renata1980@mail.ru

THE BULLETIN OF CONTEMPORARY
CLINICAL MEDICINE
ISSN 2071-0240 (Print), ISSN 2079-553X (On line)
THE RULES FOR ARTICLE REGISTRATION
FOR AUTHORS

1. The article should be edited in Word, Times New Roman, font size of 12, interval of 1,5, in width formatting, non carrying, interval in tables of 1 only on one side of the sheet. Printing fields should be 25 mm from top, 20 mm from the bottom, 30 mm from left, 15 mm from right. Pages should not be numbered. Article style should be laconic and clear.

2. Please, register on the first page of article according to the followings: (through the blank):

1) © initials and surname of all authors, year (for example, ©N.B.Amirov, A.A.Vizel, Z.M.Galeeva, 2013)

2) Code of the UDC;

3) TITLE OF ARTICLE (IN CAPITAL LETTERS) in Russian and English;

4) Names of authors (full); scientific degrees, position, full name of the department, institution, contact phone number and e-mail address (in Russian and English);

6) Abstracts of the article in Russian (not more than 850 symbols) and English;

7) Key words in Russian and English (not more than 6);

8) Article written in English are accepted for publishing (according to the same rules with the abstract and key words translated into Russian).

3. The article should be referred by official letter from Institution where the basic material for article was performed with stamp and signed by research director. If article referred from the few foundations letters of recommendation should be applied from each foundation. Please, mention if article reflects materials from thesis.

4. Each author of the article should sign in the end of the article and mention his full name, position and scientific degree in foundation, corresponding address with telephone number and e-mail address of one of the authors.

5. 2 copies of the article should be mailed to the Editorial Committee with electronic copy (floppy 3,5" 1,44 MB, CD-R, CD-RW). This copy should be named by first author. If the first author sends a few articles they will be consecutively numbered, for example: Amirov N.B.-1, Amirov N.B.-2, and so on. The direction of a photo of the first author in jpg format is welcomed.

6. Rubrication of articles collection: 1. Leading article. 2. Original articles (clinical and theoretical papers). 3. Surveys. 4. Lectures. 5. Brief information. 6. Reviews. 7. Discussions. 8. Conventions, symposiums, conferences, Meetings, Societies. 9. Jubilee dates, History of Medicine. 10. Clinical trials.

Volume of paper referring to "Original investigations" should not exceed 15 pages and numbers of pictures 5-6, tables must be set presentable, clearly titled, according to the

text (with interval of 1). All parts of the text should be placed on its own order. All figures and results, in tables must be thoroughly checked by authors and meet figures in text. All tables should be placed in the right order.

Article content:

- Introduction with aim and tasks of the investigation;
- Materials and methods;
- Results;
- Discussion;
- Conclusion (s);
- Refereeing Literature.

Pictures and tables are included in article volume.

7. The title of the article must reflect the content of the article and written in Russian and English. Abstract should not exceed ½ page (not more than 200 words) including Title and Key words, reflecting the main contents of investigation in Russian and English. Key words follows the Abstract.

8. In rubric "From Practical experience" papers reflecting authors original experience in medical practice are accepted in volume of not more than 6 pages.

9. Short reviews should not exceed 1-2 pages without pictures, interval of 1, tables and literature made and abstracts. **TITLE.**

(new line) **Names of the athor(s).**

(new line) **Institution, city, country.**

(new line) **Aim of the study, materials and methods, results and discussion, conclusion.**

10. Volume of the articles of "theoretical review" and "Clinical lections" suppose to be discussed with Editorial Committee beforehand.

11. Bibliographic references in text should be given in numbers in square brackets according to the list of the literature. *Example: according to the data [11]*

References list should be given in the end of the article (for Reviews not more than 50 sources, for Original papers not more than 20). Cited authors should be followed by alphabetical order (first in Russian, then in foreign languages (English). After author's names the title of the article, place of edition, editorial year, source volumes, numbers and paggers should be given. (following the ГОСТ 7.1- 84 «Bibliographic description of documents»).

Note: List of the literature according to citation could be allowed.

12. Words, names and titles abbreviation (except terms, rates and values widely used in physics, chemistry, mathematic) not allowed. Measuring units ought to be in the Système International (SI) units.

13. Editorial Committee keeps rights to reduce and edit articles (in coordination with authors). Articles already published or directed in (to) other Editions are not accepted.

14. Abstracts of the conferences and congresses are accepted to the Supplement of the Journal. Rules for the abstracts are the same as for the Brief Information.

15. Dear colleagues! Contents of published articles in ICDC collection will be located in worldwide known bibliographic editions and electronic information systems, that's why authors should keep international rules for registration of articles and abstracts. Papers should always consist of Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusion.

Abstracts in Russian and English should not exceed 200 words and consist of Title, authors names, Name of

Foundation and Key words (in Russian and English, not more than 6).

16. Articles made out of required rules wouldn't be considered and returned back to authors.

17. Publication for post-graduate students is free.

Articles in electronic carrier should be directed to the following address: 420059, Kazan, Orenburgskiy tract, 132, e-mail: vskmjournal@gmail.com, namirov@mail.ru, lordara@mail.ru, zarina26@bk.ru, russtem@gmail.ru .

Phone +7 (843) 291 26 76, fax +7 (843) 277 88 84.

www.kgmu.kcn.ru , www.hospitalmvdrt.ru

Department of advertising: «Hotel-Clinic», 3-A, Gorkogo str., Kazan-city, Republic of Tatarstan, Russia 420015.

Renata N. Amirova, tel.: (843) 236 19 59, (843) 238 82 84;

e-mail: renata1980@mail.ru

**ИНФОРМАЦИЯ
О VI-Й ВСЕРОССИЙСКОЙ ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С УЧАСТИЕМ ВРАЧЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН,
ВРАЧЕЙ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ЧАСТЕЙ МВД РФ
И С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ:
“АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ
И ПРОФИЛАКТИКИ
В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ”**

Конференция состоится **17-18 мая 2013 г.** с 8-00 до 18-00 в культурном центре МВД по РТ им. Менжинского, по адресу г. Казань, ул. Карла Маркса, 26.

Организаторы конференции:

Министерство здравоохранения РТ,
МВД России, МВД по РТ,
Медико-санитарная часть МВД России по РТ,
Казанский государственный медицинский университет,
Кафедра общей врачебной практики КГМУ,
ООО «Отель-клиника».

Оргкомитет конференции:

**Министр здравоохранения республики Татарстан
Фаррахов Айрат Закиевич.**

**Заместитель министра здравоохранения
республики Татарстан Осипов Сергей Альбертович.**

**Начальник МСЧ МВД по РТ, полковник
внутренней службы, к.м.н., профессор РАЕ,
Заслуженный врач РТ Потапова Марина Вадимовна.**

**Председатель конференции – профессор кафедры
общей врачебной практики КГМУ, заслуженный деятель
науки и образования, академик РАЕ, Заслуженный врач
РТ Амиров Наиль Багаувич.**

**Сопредседатель конференции – Зав.кафедрой
фтизиопульмонологии КГМУ, профессор, академик АН
РН, Заслуженный врач РТ Визель Александр
Андреевич.**

**Секретарь конференции – доцент кафедры терапии
КГМА, к.м.н., профессор РАЕ Галеева Зарина
Мунировна .**

**Зав.кафедрой общей врачебной практики КГМУ,
профессор, Заслуженный врач РТ Сигитова Ольга
Николаевна.**

**Начальник клинического госпиталя МВД по РТ,
к.м.н. Сабиров Ленар Фарахович.**

**Начальник поликлиники МСЧ МВД по РТ, старший
лейтенант внутренней службы Хисамеев Рустем
Шагитович.**

**Начальник информационного центра МВД по РТ,
подполковник внутренней службы Нижельская Ирина
Алексеевна.**

**Заместитель начальника МСЧ МВД России по РТ,
майор внутренней службы Хабирова Лилия
Мирсаитовна.**

**Начальник организационно-методического и
лечебно-профилактического отдела МСЧ МВД России по
РТ, подполковник внутренней службы Павлова
Гульнара Шамильевна.**

**Старший инспектор-врач МСЧ МВД России по РТ
майор внутренней службы Гинятуллина Ляйсан
Рафкатовна**

**Заявки на участие в конференции, тезисы и
статьи принимаются до 01.04.2013 г. :**

в приемной начальника МСЧ МВД по РТ по адресу
г. Казань, ул. Лобачевского, 13, тел. +7 (843) 291-36-87
или в приемной начальника клинического госпиталя
МВД по РТ по адресу г. Казань, ул. Оренбургский тракт,
132, тел/факс +7 (843) 277-88-84.

Адрес проведения конференции: г. Казань, ул.
Карла Маркса, 26. Культурный центр МВД по РТ им.
Менжинского.

Контактные телефоны: (843) 277-88-84, **291-26-76**,
291-26-76, факс: 277-88-84,

e-mail: namirov@mail.ru, zarina26@bk.ru,
lordara@mail.ru,

Будет выпущен очередной номер рецензируемого
научно-практического журнала «**Вестник современной
клинической медицины**» vskmjournal@gmail.com и
приложение к журналу «**Материалы конференции**» (см.
правила оформления статей и кратких сообщений для
авторов на сайтах www.kgmu.kcn.ru ,
www.es.rae.ru/vskm , www.mschmvdrt.ru и
www.hospitalmvdrt.ru).

Программа конференции формируется и будет
выслана дополнительно.

По всем вопросам согласования программы
конференции обращаться к председателю конференции
Амирову Наиль Багаувичу

контактные телефоны: +7 843 291 26 76 (служ.);
+7 9053 130 111 (сот.);

e-mail: namirov@mail.ru

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ФИРМ-СПОНСОРОВ
КОНФЕРЕНЦИИ:**

Спонсорский взнос составляет от 20 000 до 70 000
рублей. В рамках взноса возможны следующие
мероприятия: размещение баннеров на сцене, 1-2
выставочных стола, размещение рекламы в журнале,
организация викторин и лотереи. Проведение
сателлитных симпозиумов.

Ниже приведены расценки с учетом налога.

20 000 – один выставочный стол

40 000 – 2 выставочных стола

60 000 – 2 выставочных стола + организация
викторин и лотереи

70 000 – Генеральный спонсор – размещение
баннеров на сцене, 2 выставочных стола, размещение
рекламы в журнале, организация викторин и лотереи.

50 000 – Сателлитный симпозиум.

Победители викторин и лотереи будут награждаться
в конце 1-го дня работы конференции.

Компании могут приготовить для участников
конференции конкурсы вопросов и ответов, сюрпризы,
сертификаты участника, награды за статьи в журнале и
тезисы в сборнике конференции и т.д.

Расчетный счет для финансирования конференции

Полное наименование: Федеральное казенное
учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть

Министерства внутренних дел России по Республике Татарстан»

Краткое наименование: «ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан»

Источник финансирования: ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ВНЕБЮДЖЕТ

ИНН 1655104997, КПП 165501001

УФК по РТ р.счет 40503810200001000001 в ГРКЦ

НБ Респ. Татарстан банка России г. Казань

л/счет 03111822490

БИК 049205001

ОКПО 08811212

ОКОГУ 13110

ОКАТО 92401367000

ОКОПФ81

ОКФС-12

ОГРН 1061655009217

Код дохода: 18830399010010000180

Пожертвование

Учредительный документ: Устав

Электронная почта: Lechexp@mvdrt.ru

Начальник: Потапова Марина Вадимовна

Главный бухгалтер: Закирова Эльмира Равиловна

Альтернативный расчетный счет для спонсорского финансирования конференции и размещения рекламы в журнале «Вестник современной клинической медицины» представляет **ООО «Многопрофильный медицинский центр «Отель-Клиника»**

Контактное лицо – Генеральный директор Наиль Багаувич Амиров

Контактный телефон: +7 9053 130 111 моб.

Реквизиты:

Общество с ограниченной ответственностью «ММЦ «Отель-Клиника»

Фактический адрес:

420015 РТ г. Казань, ул. Горького, д.3.

Директор – **Амиров Наиль Багаувич**

моб. Тел.: +7 9053 130 111

ИНН 1657063658, КПП 165701001

Р/счет 40702810200000009476

в АКБ «ЭНЕРГОБАНК» БИК 049205770

К/счет 30101810300000000770

Главный бухгалтер **Зимурова Ирина Алексеевна**

Тел.: (843) 238-71-26 (раб.);

Моб.тел.: +7 905 317 45 16

Отдел маркетинга и организации финансирования конференции – ММЦ «Отель-Клиника»:

Амирова Рената Наилевна,

г. Казань, ул. Горького, д.3-А,

тел.: (843) 236 19 59, (843) 238 82 84;

моб.тел.: +7 903 307 99 47

e-mail: renata1980@mail.ru

Вестник современной клинической медицины

Том 5, Приложение 1, 2012 г.

Печатается в авторской редакции

Подписано в печать 11.10.2012 г.

Форм.бум 60*84 1/8 Бумага офсетная. усл.печ.л 16,25.

Тираж 500.экз. Заказ № 45-10.

Отпечатано отделом оперативной полиграфии
с готового оригинал-макета в типографии
«orange-k», г. Казань, ул. К.Маркса, д.5/22