

Рецензируемый и реферируемый
научно-практический журнал
Издается с 2008 г.
Выходит 6 раз в год + приложения

УЧРЕДИТЕЛИ

Общество с ограниченной
ответственностью
«Многопрофильный медицинский центр
«Современная клиническая медицина»
при участии ГБОУ ВПО «Казанский
государственный медицинский
университет» МЗ РФ

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
(Роскомнадзор). Свидетельство
ПИ № ФС 77-41624 от 11.08.2010.
Перерегистрирован 26.04.2013 г.
Свидетельство ПИ № ФС 77-53842

Языки русский и английский

Подписной индекс журнала в каталоге
«Пресса России» 41628
Каталог Казахстана 41628

Адрес редакции и издателя:

420043, Республика Татарстан,
г. Казань, ул. Вишневского, 57—83

Контактные телефоны:
(843) 291-26-76, (843) 277-88-84 (факс)
e-mail: vskmjournal@gmail.com

Отдел договоров и рекламы.
Тел. +7-903-307-99-47

Контактное лицо — руководитель
Амирова Рената Наилевна
e-mail: renata1980@mail.ru

Доступен на сайтах:

<http://www.vskmjournal.org>,
www.kgmu.kcn.ru, www.es.rae.ru/vskm,
www.elibrary.ru, twitter.com/vskmjournal

*Редколлегия журнала
может не разделять точку зрения авторов
на ту или иную проблему*

Рукописи не возвращаются, любое вос-
произведение опубликованных материалов без
письменного согласия редакции не допускается.
Ответственность за содержание рекламы несет
рекламодатель. Все рекламируемые в данном
издании лекарственные препараты, изделия меди-
цинского назначения и медицинское оборудование
имеют соответствующие регистрационные удосто-
верения и сертификаты соответствия.

Компьютерное сопровождение,
сайт журнала и версия в Интернет:
Шаймуратов Рустем Ильдарович,
e-mail: russtem@gmail.com

В авторской редакции. Обложка художника
С. Ф. Сафаровой. Техническая редакция
Ю. Р. Валиахметовой. Верстка *Т. Д. Торсуевой*.
Корректор *Н. А. Петрова*

Формат 60×84¹/₈. Подписано в печать 21.10.14.
Усл.печ.л. 19,3. Тираж 3000 экз. Заказ 14-146

Цена договорная

Оригинал-макет изготовлен издательством
«Медицина» ГАУ «РМБИЦ». 420059 Казань,
ул. Хади Такташа, 125. Отпечатано отделом
оперативной полиграфии ГАУ «РМБИЦ».
420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125

© ООО ММЦ «Современная
клиническая медицина», 2014
© КГМУ Минздрава РФ, 2014

ISSN 2071-0240 (Print)
ISSN 2079-553X (Online)

ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

VESTNIK SOVREMENNOI KLINICHESKOI MEDICINY

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Том 7, приложение 1, 2014

К Дню медицинской службы системы МВД России и 200-летию Казанского государственного медицинского университета

24—25 октября 2014 года

*Сборник научных трудов
VII Всероссийской ежегодной научно-практической
конференции «Актуальные вопросы диагностики,
лечения и профилактики в общемедицинской практике»*

Под общей редакцией
проф. Н.Б. Амирова, проф. А.А. Визеля,
асс. Е.В. Хазовой

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

Амиров Наиль Багаувич, д.м.н., проф. кафедры общей врачебной
практики ГБОУ ВПО КГМУ, заслуженный деятель науки и образования,
акад. РАЕ, заслуженный врач РТ, лауреат Гос. премии РТ в области
науки и техники, e-mail: namirov@mail.ru

Заместитель главного редактора

Визель Александр Андреевич, д.м.н., проф., зав. кафедрой
фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО КГМУ, акад. АН РН, заслуженный
врач РТ, лауреат Гос. премии РТ в области науки и техники,
e-mail: lordara@mail.ru

Ученый секретарь

Хазова Елена Владимировна, к.м.н., ассистент кафедры
пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО КГМУ,
e-mail: hazova_elena@mail.ru

Члены редколлегии

Альбицкий Валерий Юрьевич, д.м.н., проф., заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, руководитель отдела социальной педиатрии РАМН (Москва),
e-mail: albicky@nczd.ru;

Амиров Наиль Хабибуллович, д.м.н., проф. кафедры медицины труда ГБОУ ВПО КГМУ, академик РАМН,
e-mail: amirovn@yandex.ru;

Анисимов Андрей Юрьевич, д.м.н., проф. кафедры скорой медицинской помощи, медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения ГБОУ ДПО КГМА, *e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru;*

Галявич Альберт Сарварович, д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО КГМУ, член-корр. АН РТ, вице-президент ВНОК, заслуженный врач РТ и РФ, *e-mail: agalyavich@mail.ru;*

Зиганшин Айрат Усманович, д.м.н., проф., зав. кафедрой фармакологии, проректор ГБОУ ВПО КГМУ по международной деятельности, лауреат Гос. премии РТ в области науки и техники, *e-mail: auziganshin@gmail.com;*

Киясов Андрей Павлович, д.м.н., проф., директор Института фундаментальной медицины и биологии КФУ, член-корр. АН РТ, *e-mail: APKiyasov@ksu.ru;*

Менделевич Владимир Давыдович, д.м.н., проф., зав. кафедрой медицинской и общей психологии ГБОУ ВПО КГМУ, *e-mail: mend@tbit.ru;*

Никольский Евгений Евгеньевич, зав. кафедрой медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой ГБОУ ВПО КГМУ, академик РАН по отделению физиологии и фундаментальной медицины, зам. председателя КазНЦ РАН по научной работе, *e-mail: eenik1947@mail.ru;*

Созинов Алексей Станиславович, д.м.н., проф., ректор ГБОУ ВПО КГМУ, лауреат Гос. премии РТ в области науки и техники, *e-mail: sozinov@kgmu.kcn.ru*

Иностранные члены редколлегии

Адольфо Балойра, проф. респираторной медицины госпиталя Понтеведра, координатор отделения генетики и легочной гипертензии университета Виго, врач-пульмонолог, **Испания**,
e-mail: adolfo.baloira.villar@sergas.es;

Жилберт Массард, Страсбургский университет, **Франция**, *e-mail: Gilbert.Massard@chru-strasbourg.fr;*
Карл-Дитер Хеллер, Клиника им. Герцогини Элизабет, Брауншвейг, **Германия**,
e-mail: KD.Heller@hen-bs.de;

Мажид Садих, проф. внутренних болезней Госпиталя Св. Марии Уотербери, шт. Коннектикут (клиника Йельского университета), Йель, **США**, *e-mail: majid.sadigh@yale.edu;*

Мелих Эльчин, Университет Хачеттепе, **Турция**, *e-mail: melcin@hacettepe.edu.tr;*

Тили Тансей, Лондонский университет королевы Марии, **Великобритания**,
e-mail: t.tansey@gmul.ac.uk;

Франтишек Высокочил, доктор наук, проф., член ученого общества CZ, Физиологического общества, Кембридж, Лондон, Институт физиологии AVCR, факультет естественных наук Карлова университета, Прага, **Чехия**, *e-mail: vyskocil@biomed.cas.cz*

Редакционный совет

Абдулхаков Сайяр Рустамович, к.м.н., зам. директора Института фундаментальной медицины и биологии КФУ (Казань), *e-mail: sayarabdul@yandex.ru;*

Анохин Владимир Алексеевич, д.м.н., проф., зав. кафедрой детских инфекций ГБОУ ВПО КГМУ (Казань), *e-mail: anokhin56@mail.ru;*

Галеева Зарина Мунировна, к.м.н., доцент кафедры терапии ГБОУ ДПО КГМА, проф. РАЕ (Казань), *e-mail: zarina26@bk.ru;*

Жестков Александр Викторович, д.м.н., проф. зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО СамГМУ (Самара), *e-mail: zhestkovav@yandex.ru;*

Жиляев Евгений Валерьевич, д.м.н., проф. кафедры ревматологии ГБОУ ДПО РМАПО, гл. врач ЗАО «Юропиан медикал сентер» (Москва), *e-mail: zhilyayevev@mtu-net.ru;*

Загидуллин Шамиль Зарифович, д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО БГМУ (Уфа), *e-mail: zshamil@inbox.ru;*

Зыятдинов Камиль Шагарович, д.м.н., проф., ректор ГБОУ ДПО КГМА (Казань),
e-mail: ksma@mi.ru;

Маянская Светлана Дмитриевна, д.м.н., проф., проректор ГБОУ ВПО КГМУ по науке и инновациям (Казань), *e-mail: smayanskaya@mail.ru;*

Миллер Ольга Николаевна, д.м.н., проф. кафедры неотложной терапии ФПК и ППв ГБОУ ВПО НГМУ (Новосибирск), *e-mail: miller@online.nsk.su;*

Потапова Марина Вадимовна, к.м.н., проф. РАЕ, гл. врач Городской детской клинической больницы № 1, заслуженный врач РТ (Казань), *e-mail: kaz_gdb1@mail.ru;*

Сабиров Ленар Фарахутдинович, к.м.н., ассистент кафедры общественного здоровья, экономики и организации здравоохранения ГБОУ ДПО КГМА, начальник Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ (Казань), *e-mail: hospitalmvdrt@rambler.ru;*

Сафина Асия Ильдусовна, д.м.н., проф., зав. кафедрой педиатрии ГБОУ ДПО КГМА (Казань), *e-mail: safina_asia@mail.ru;*

Сигитова Ольга Николаевна, д.м.н., проф., зав. кафедрой ОВП ГБОУ ВПО КГМУ, заслуженный врач РТ и РФ (Казань), *e-mail: osigit@rambler.ru;*

Тухбатуллина Рузалия Габдулхаковна, д.ф.н., зав. кафедрой фармацевтической технологии ГБОУ ВПО КГМУ (Казань), *e-mail: ruzaliyatuhatullina@mail.ru;*

Шубин Игорь Владимирович, к.м.н., проф. РАЕ, гл. терапевт Военно-медицинского управления ГКВВ МВД России, полковник медицинской службы, заслуженный врач РФ (Москва), *e-mail: shubin-igor@mail.ru*

Reviewed and abstracted
scientific-practical journal
Published since 2008
Is issued 6 times a year + supplements

CONSTITUTORS

Multiprofile Medical Centre
«Contemporary clinical medicine» Ltd
with participation SBEI of HPE «Kazan State
Medical University» of HM of RF

Journal is registered
by Federal Service on Supervision
in the Sphere of Communication,
Informational Technologies and Mass
Communications (Roskomnadzor).
Certificate ПИ № ФС 77-41624 of
11.08.2010

Reregistered 26.04.2013
Certificate ПИ № ФС 77-53842

The languages: russian and english
Subscription index of the journal in the
«Pressa Rossii» catalogue is 41628
Catalogue of Kazakhstan is 41628

Editorial office and publishers address:

Tatarstan Republic, 420043 Kazan,
Vishnevsky str., 57—83

Contacts:

(843)291-26-76, (843)277-88-84 (fax)
e-mail: vskmjournal@gmail.com

Marketing department
Tel. +7-903-307-99-47

Contact person —
chief Renata Amirova
e-mail: renata1980@mail.ru

Accessible on sites:

<http://www.vskmjournal.org>,
www.kgmu.kcn.ru, www.es.rae.ru/vskm,
www.elibrary.ru, twitter.com/vskmjournal

*Editorial board of the journal may disagree
with authors' point of view on one or another
of the problems*

The manuscripts are not given back, any copy
without editorial board's agreement is not allowed.
Advertiser is on the responsibility for publicity's
content. All medicines, articles of medical purpose
and medical equipment, mentioned in this
publication, have registration certificates.

Computer support,
site of journal and web version:
Rustem Shaymuratov
e-mail: russtem@gmail.com

Edited by authors. Cover's designer —

C.F. Safarova. Technical editing —

Yu.R. Valiakhmetova. Page make-up —

T.D. Torsouyeva. Proofreader — *N.A. Petrova*

Format 60×84¹/₈. Signed for publication 21.10.14.
Conventional printer's sheet 19,3. Circulation —
3000 copies. Order 14-146

Free price

Original make-up page is made by the publishing
house «Medicina» of SAI «RMLIC»
420059 Kazan, Khady Taktash St., 125.

Printed by the department of operative polygraphy
of SAI «RMLIC».

420059 Kazan, Khady Taktash St., 125

© Multiprofile Medical Centre
© «Contemporary clinical medicine» Ltd, 2014
© KSMU, 2014

ISSN 2071-0240 (Print)
ISSN 2079-553X (Online)

THE BULLETIN OF CONTEMPORARY CLINICAL MEDICINE

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL

Volume 7, supplement 1, 2014

Dedicated to the Day of Medical Service
of Interior Ministry of Russia
and to 200th anniversary
of Kazan State Medical University

October, 24—25, 2014

*Collection of research papers
of VII All-Russian Annual Training Conference
«Pressing questions of diagnostics, treatment
and preventive care in general medical practice»*

Under the general editorship
of Prof. N.B. Amirov, Prof. A.A. Vizel,
Ass. E.V. Khazova

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

Nail B. Amirov, D.M., Prof. of general medicine practice department
of SBEI HPE KSMU, Honored Science and Education Worker,
Mem. of RANH, TR Honored Doctor, State Honoree of TR in Science
and Technics, e-mail: namirov@mail.ru

Deputy Editor in chief

Alexander A. Vizel, D.M., Prof., head of Phthisiopulmonology
Sub-faculty of SBEI HPE KSMU, Mem. of AS RG, Honored Doctor
of TR, State Honoree of TR in Science and Technics,
e-mail: lordara@mail.ru

Responsible Secretary

Elena V. Khazova, C.M.Sci., teaching assistant of Internal
Medicine Propaedeutics of SBEI HPE KSMU,
e-mail: hazova_elena@mail.ru

Editorial Board Members

- Valery Ju. Albitsky**, D.M., Prof., Honored Science Worker of RF, State Honoree of RF Government in Science and Technics, head of Social Pediatrics Department of RAMS (Moscow), *e-mail: albicky@nczd.ru*;
- Nail Kh. Amirov**, D.M., Prof. of Occupational Medicine Sub-faculty of SBEI HPE KSMU, Mem. of RAMS, *e-mail: amirovn@yandex.ru*;
- Andrey Ju. Anisimov**, D.M., Prof. of Emergency Care, Disaster Medicine and Mobilization Training Sub-faculty of SBEI APE KSMA, *e-mail: aanisimovbsmp@yandex.ru*;
- Albert S. Galyavich**, D.M., Prof., head of Faculty Therapy Sub-faculty of SBEI HPE KSMU, Corresponding Member of TR AS, vice-president of RSSC, Honored Doctor of TR and RF, *e-mail: agalyavich@mail.ru*;
- Airat U. Ziganshin**, D.M., Prof., head of Pharmacology Sub-Faculty, vice-principal of SBEI HPE KSMU in international activity, State Honoree of TR in Science and Technics, *e-mail: auziganshin@gmail.com*;
- Andrey P. Kiyasov**, D.M., Prof., director of Fundamental Medicine and Biology Institute of KSU, Corresponding Member of TR AS, *e-mail: APKiyasov@ksu.ru*;
- Vladimir D. Mendeleevich**, D.M., Prof., head of Medical and General Psychology Sub-faculty of SBEI HPE KSMU, *e-mail: mend@tbit.ru*;
- Evgenii E. Nickolsky**, head of Medical and Biological Physics with Informatics and Medical Apparatus of SBEI HPE KSMU, Mem. of RAMS in Physiology and Fundamental Medicine Department, vice-president of KazSC of RAMS in research; *e-mail: eenik 1947@mail.ru*;
- Alexey S. Sozinov**, D.M., Prof., rector of SBEI HPE KSMU, State Honoree of TR in Science and Technics, *e-mail: sozinov@kgmu.kcn.ru*

Foreign Members of Editorial Board

- Adolfo Baloiira**, Prof. of Respiratory Medicine of Pontevedra Hospital, coordinator of Genetic and Pulmonary Hypertension department of Vigo University, lung specialist, **Spain**, *e-mail: adolfo.baloiira.villar@sergas.es*;
- Gilbert Massard**, Strasburg University, **France**, *e-mail: Gilbert.Massard@chru-strasbourg.fr*;
- Karl-Dieter Heller**, Duchess Elizabeth Clinic, Braunschweig, **Germany**, *e-mail: KD.Heller@hen-bs.de*;
- Majid SadiKh**, Prof. Internal Diseases unit of St. Mary Waterbury Hospital, Connecticut (Yale University Clinic), Yale, **USA**, *e-mail: majid.sadigh@yale.edu*;
- MeliKh ElChin**, Hacettepe University, **Turkey**, *e-mail: melcin@hacettepe.edu.tr*;
- Tily Tansey**, Queen Mary London University, Great **Britain**, *e-mail: t.tansey@gmul.ac.uk*;
- Frantisek VyskocHil**, D.M., Prof., CZ Physiologic fellow, Cambridge, London, Physiologic Institute AVCR, Natural Science Faculty of Karl University, Prague, **Czech Republic**, *e-mail: vyskocil@biomed.cas.cz*

Editorial team

- Sayar R. Abdulkhakov**, D.M., deputy director of Fundamental Medicine and Biology Institute of KFU (Kazan), *e-mail: sayarabdul@yandex.ru*;
- Vladimir A. Anokhin**, D.M., Prof., head of Children's Infection Sub-faculty of SBEI HPE KSMU (Kazan), *e-mail: anokhin56@mail.ru*;
- Zarina M. Galeeva**, C.M.Sci., Senior lecturer of Therapy Sub-faculty of SBEI APE KSMA, Prof. of RANS (Kazan), *e-mail: zarina26@bk.ru*;
- Alexander V. Zhestkov**, D.M., Prof., head of Microbiology, Immunology and Allergology Sub-faculty of SEI HPE «SamaraSMU» of RF HM (Samara), *e-mail: zhestkovav@yandex.ru*;
- Evgenii V. Zhilyayev**, D.M., Prof. of Rheumatology Sub-faculty of SBEI APE RMAPE, head physician of CJSC «European Medical Center» (Moscow), *e-mail: zhilyayev@mtu-net.ru*;
- Shamil Z. Zagidullin**, D.M., Prof., head of Propedeutics of Inner Diseases Sub-faculty of SBEI HPE BSMU (Ufa), *e-mail: zshamil@inbox.ru*;
- Kamil Sh. Ziyatdinov**, D.M., Prof., principal of SBEI APE KSMA (Kazan), *e-mail: ksm@mi.ru*;
- Svetlana D. Mayanskaya**, D.M., Prof., vice-principal of SBEI HPE KSMU in science and innovations (Kazan), *e-mail: smayanskaya@mail.ru*;
- Olga N. Miller**, D.M., Prof. of Emergency Therapy Sub-faculty of IPSD and PRD of SBEI HPE NSMU (Novosibirsk); *e-mail: miller@online.nsk.su*;
- Marina V. Potapova**, C.M.Sci., Prof. of RANS, head physician of Municipal Children's Hospital № 1, Honored Doctor of TR (Kazan), *e-mail: kaz_gdb1@mail.ru*;
- Lenar F. Sabirov**, C.M.Sci., teaching assistant of Public health, Economics and Healthcare organization Sub-faculty of SBEI APE KSMA, chief of Clinical Hospital of MSU MIA of RF in TR (Kazan), *e-mail: hospitalmvdrt@rambler.ru*;
- Asiaya I. Safina**, Prof., head of Pediatrics Sub-faculty of SBEI APE KSMA (Kazan), *e-mail: safina_asia@mail.ru*;
- Olga N. Sigitova**, D.M., Prof., head of General Practice Sub-faculty of SBEI HPE KSMU, Honored Doctor of TR and RF (Kazan), *e-mail: osigit@rambler.ru*;
- Ruzaliya G. Tukhbatullina**, D. Ph.Sci., head of Pharmaceutical Chemistry Sub-faculty of SBEI HPE KSMU (Kazan), *e-mail: ruzaliyatukhbatullina@mail.ru*;
- Igor V. Shubin**, D.M., chief physician of Military Medical Department of MIA of Russia, colonel of med. Service, Honored Doctor of RF, Prof. of RAMS (Moscow), *e-mail: shubin-igor@mail.ru*

СОДЕРЖАНИЕ

Мы стоим на страже здоровья. В.А. Сидоренко 9	Сравнительный анализ деятельности отделения неврологии Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ с 2009 по 2013 год. Д.Р. Закирова, Н.Б. Амиров 81
Ведомственное здравоохранение МВД по Республике Татарстан: реалии и перспективы. Р.Ш. Хисамиев, Л.Р. Гинятуллина, Н.Б. Амиров 11	Сравнительная характеристика результатов лечения пациентов с огнестрельными ранениями ободочной кишки при различной лечебной тактике. М.П. Магомедов, М.А. Хамидов, М.А. Магомедов, А.М. Магомедов 85
Эффективность менеджмента ведомственного учреждения здравоохранения в свете 30-летнего юбилея открытия нового стационара — Клинического госпиталя медико-санитарной части МВД России по РТ. Л.Ф. Сабиров, А.В. Спиридонов, Р.Ш. Хисамиев, Н.Б. Амиров 15	Сравнительная характеристика заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата в Российской Федерации, Сибирском федеральном округе и Алтайском крае. С.И. Макогон 90
НАУЧНЫЕ СТАТЬИ	Анализ деятельности отделения кардиологии Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ с 2009 по 2013 год. О.Б. Ощепкова, Н.А. Цибульский, Н.Б. Амиров 93
Сравнительный анализ работы гастроэнтерологического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ. Л.Р. Абсалямова, Л.Ф. Сабиров, А.В. Спиридонов 21	Анализ динамики эффективности деятельности эндоскопической службы Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ за 2009—2013 годы. Р.Ф. Сахибуллин, Р.Ш. Хисамиев, Л.Ф. Сабиров, Э.Б. Фролова, Н.Б. Амиров 99
Сравнительный анализ работы многопрофильного хирургического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ. А.Г. Агеев, Ю.Ф. Гимадеев, Л.Ф. Сабиров, И.А. Строителей, С.Р. Фаттахов, И.Ф. Ахтямов, Б.М. Мирлюбов 27	Хроническая болезнь почек: новое в классификации, диагностике, нефропротекции. О.Н. Сигитова, Е.В. Архипов 103
Динамика деятельности отделения реабилитации Клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан с 2009 по 2013 год. Ф.Ф. Аглиуллина, Н.Б. Амиров 32	Влияние топического применения рекомбинантного интерферона альфа-2b на содержание цитокинов в слюне больных гриппом А/Н1N1. С.В. Тютюнников, Ю.А. Антонов, Г.В. Кузякин, И.С. Налимова 106
Использование здоровьесберегающих технологий в практической медицине при психокоррекционной терапии участников боевых действий и работников силовых структур. В.И. Айдаров, В.И. Красильников 37	КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ
Динамика деятельности службы функциональной диагностики Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» с 2009 по 2013 год. Н.Б. Амиров, О.Ю. Михопарова 40	Анализ гемодинамических нарушений при реваскуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиоплегии. Г.Ф. Абзалова, З.К. Латипова, С.Д. Маянская 113
Современные принципы диагностики ишемической болезни почек. А.Р. Богданова, О.Н. Сигитова 46	Клинический случай тромбоза легочной артерии. Л.Ф. Байбулатова, Л.Х. Сафаргалиева, Н.Б. Амиров 113
Математическое прогнозирование течения хронического дерматоза у сотрудников ОВД. Л.К. Бунакова, О.А. Бунаков, Л.Р. Гинятуллина 53	Выявление когнитивных нарушений при хронической сердечной недостаточности с помощью самоопросника депрессии CES-D. Г.С. Галяутдинов, М.А. Лонкин 116
Современные методики криотерапии в клинической практике. И.А. Буренина 57	Распространенность посттравматических стрессовых расстройств у полицейских. А.В. Голенков, С.Н. Савастьянов, Н.Г. Куракина, Н.В. Лаврентьева, Л.И. Голишникова 116
Эффективность применения бесконтактной гидромассажной ванны «Акварелак» в комплексном лечении больных с болью в спине. И.А. Буренина 62	Динамика личностных особенностей у комбатантов после перенесенного посттравматического стрессового расстройства. Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.М. Эпштейн 119
Малоинвазивный биологический остеосинтез при диафизарных переломах костей предплечья. М.М. Валеев, Р.А. Халиков, З.З. Кутуев, А.Ю. Дажин, Э.М. Бикташева 65	Состояние сосудистой стенки у пациентов с изолированной систолической артериальной гипертонией. З.К. Латипова, Г.Ф. Абзалова, С.Д. Маянская 120
Психоэмоциональные особенности пациентов с сахарным диабетом. Д.А. Валиева 69	
Артериальная гипертензия и сахарный диабет. Р.А. Галяви, О.Ю. Михопарова, О.Б. Ощепкова, Э.Б. Фролова 78	

Профессиональные особенности формирования ожирения у сотрудников Госавтоинспекции. И.А. Меликян, Т.Е. Чернышова, И.В. Ревчук, М.В. Ерашева, С.В. Эшмаков	120	по 2013 год. Л.Х. Сафаргалиева, Л.Ф. Сабиров	135
Влияние хронического стресса на липидный и углеводный обмен. И.А. Меликян	122	Перспективы совершенствования оказания услуг в системе обязательного медицинского страхования в условиях ведомственной медицины. А.В. Спиридонов, Л.Ф. Сабиров	139
Клинико-эпидемиологические аспекты развития аллергических заболеваний у взрослых в Самарской области. И.Ю. Меркулова, А.В. Жестков	123	Динамика деятельности службы ультразвуковой диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан с 2009 по 2013 год. Г.Г. Файзуллина, Д.Г. Булатов	142
Прогностическая роль лейкоцитарных индексов в эффективности курса лечения инфильтративного туберкулеза легких у впервые выявленных социально сохраненных пациентов. А.В. Мордык, Т.Л. Батищева, Л.В. Пузырева	126	Анализ работы стоматологического кабинета Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ за 2009—2013 годы. М.Е. Федорова	145
Состояние здоровья сотрудников МВД в период проведения Универсиады. Э.И. Мухитова, Э.Б. Фролова	127	Течение и прогноз хронической сердечной недостаточности во взаимосвязи с уровнем гемоглобина. Е.В. Хазова, О.В. Булашова, В.М. Газизянова	149
Организация и опыт работы отделения экстренной медицинской помощи (ОЭМП) Госпиталя МСЧ МВД России по Республике Башкортостан. О.Р. Науширванов, Р.Х. Нигматуллин, М.М. Фазлыев, Э.З. Кутуев	129	Симуляционные технологии в медицинском образовании и клинической практике. П.О. Ильин	151
Организация работы участкового терапевта в ведомственной поликлинике ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан». А.Р. Низаметдинова	131	ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ	154
Случай саркоидоза у работника пожарной охраны. Л.Ю. Палилова	133	ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ	155
Отделение терапии Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД РФ по РТ в период с 2009		ИНФОРМАЦИЯ	
		Информация о VIII Всероссийской ежегодной научно-практической конференции.....	159
		Правила оформления статей и тезисов для авторов в журнал и приложения «Вестник современной клинической медицины» ISSN 2071-0240 (Print), issn 2079-553x (on line)	161

Уважаемые коллеги!

12 октября — День медицинской службы системы МВД России.

В настоящее время в 83 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 РФ по РТ. В настоящее время Медико-санитарная часть МВД РФ 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.

Коллектив МСЧ состоит из 637 сотрудников, более половины которых — специалисты высшей квалификационной категории. Среди добрых традиций медсанчасти — наставничество, постоянное повышение квалификации сотрудников, внедрение в повседневную практику передового опыта, новых технологий, инноваций. С 2007 г. в подразделениях МСЧ функционируют клинические кафедры КГМУ и КГМА, в лечебно-диагностический процесс активно внедряются современные, научно обоснованные методы диагностики и лечения.

С 2008 г. проводится ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике» с участием врачей Республики Татарстан и регионов России.

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 поддерживаются и стимулируются 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.

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»
Рустем Шагитович Хисамиев**



A stylized handwritten signature in black ink.

Дорогие друзья, коллеги!

Представляем вашему вниманию сборник научных трудов VII ежегодной научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике». Конференция проводится с 2008 г. и традиционно приурочена к Дню основания медицинской службы МВД России. В сборниках научных трудов конференций публикуются результаты совместной работы врачей медико-санитарных частей МВД и сотрудников клинических кафедр медицинских вузов России. Особенно приятно отметить, что в 2014 г. общественность России отмечает 200-летие Казанского государственного медицинского университета — одного из старейших медицинских вузов России. Исторически сложилось так, что КГМУ входит в тройку медицинских вузов, которые основали высшее медицинское образование в России. Выпускники казанской медицинской школы трудятся во многих лечебно-профилактических учреждениях не только в России, но и за рубежом. Много врачей-специалистов охраняют здоровье нации и в ведомственном здравоохранении. Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан входит в тройку самых крупных медико-санитарных частей МВД Российской Федерации и готовится к своему 85-летию в 2015 г. В составе МСЧ МВД России по РТ клинический госпиталь является одним из ведущих подразделений. В этом году мы также отмечаем и 30-летие открытия новых корпусов многопрофильного стационара, в задачи которого входит оказание всех видов госпитальной помощи, а также постгоспитальной реабилитации пациентов. Поддержание высокого профессионального уровня практических медицинских работников трудно представить без тесного содружества науки и практики. На базе МСЧ МВД России по РТ плодотворно работают сотрудники 8 кафедр КГМА и КГМУ. В представляемом вашему вниманию сборнике научных трудов опубликованы в том числе и результаты совместной работы врачей МСЧ МВД России по РТ и сотрудников клинических кафедр КГМА и КГМУ.



Разрешите мне от имени редколлегии журнала «Вестник современной клинической медицины» поздравить вас с 200-летием Казанского государственного медицинского университета, Днем медицинской службы МВД России и 30-летием открытия новых корпусов клинического госпиталя.

**От имени редакционной коллегии журнала
«Вестник современной клинической медицины»
главный редактор журнала, доктор медицинских наук,
профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО КГМУ,
заслуженный деятель науки и образования, академик РАЕ,
лауреат Государственной премии РТ в области науки и техники
Наиль Багауевич Амиров**



МЫ СТОИМ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ



ВИТАЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СИДОРЕНКО, канд. мед. наук, доцент,
начальник Управления медицинского обеспечения
Департамента материально-технического и медицинского обеспечения МВД России,
полковник внутренней службы, Москва, Россия

WE ARE SAFEGUARDING HEALTH

VITALIY A. SIDORENKO

Консолидация и взаимодействие

Возглавив Управление медицинского обеспечения ДТ МВД России, я, прежде всего, пытался добиться консолидации усилий нашей службы и организации большего взаимодействия медучреждений министерства. Среди главных задач этого периода — медицинское обеспечение сотрудников сводного отряда полиции МВД России, задействованных в охране общественного порядка и безопасности во время подготовки и проведения XXII зимних Олимпийских игр и XI Паралимпийских зимних игр в городе Сочи. План действий разрабатывался задолго до самих событий, рассчитывались силы и средства медицинской службы. Основная работа по организации и непосредственному осуществлению намеченного легла на Медико-санитарную часть МВД России по Краснодарскому краю. Кроме того, в Сочи в составе сводных отрядов полиции региональных управлений МВД России несли службу более ста медиков. Активно трудились работники санаториев «Искра», «Салют» и «Хоста». На базе «Искры» был развернут изолятор для временного размещения больных. При необходимости осуществлялись авиавылеты с целью эвакуации заболевших или пострадавших сотрудников в центральные лечебно-профилактические учреждения ведомства. Несмотря на сложные погодные условия, удалось избежать возникновения массовых инфекционных заболеваний.

Созданная нами схема работы медицинской службы МВД России на массовых мероприятиях оказалась эффективной. Уверен, что этот опыт будет использован и в дальнейшем. Второе масштабное событие — интеграция медицинских учреждений МВД России по Республике Крым и УМВД России по городу Севастополю в систему ведомственного здравоохранения. Необходимо было помочь коллегам быстро освоиться в новой правовой реальности. Поставленную задачу мы выполнили. В течение всего переходного этапа деятельность ведомственных медико-санитарных и

санаторно-курортных организаций не прерывалась ни на один день. Это стало возможным благодаря согласованным действиям подразделений нашего департамента и министерства в целом. Все проблемы решались быстро и грамотно, и везде мы находили взаимопонимание.

Материально-техническая база лечебных учреждений и санаториев оставляла желать лучшего. Поэтому сейчас закупается медицинская техника и оборудование. Предусмотрены капитальный ремонт и реконструкция большинства зданий здравниц, восстановление пляжной линии, в общем, целый комплекс мероприятий по улучшению работы медицинского персонала и созданию всех условий для отдыхающих. Напомню, что в состав органов внутренних дел вошли вновь созданные федеральные казенные учреждения здравоохранения МВД России: санаторий «Изумрудный» (г. Евпатория), санаторий «Сокол» (г. Судак), санаторий «Буревестник» (г. Евпатория) и санаторий «Алупка» (г. Алупка) с филиалом-пансионатом «Дружба» (г. Алушта).

Для переподготовки специалистов привлекаются коллеги из центрального аппарата министерства, Центральной медико-санитарной части, медико-санитарных частей по Краснодарскому и Ставропольскому краям, Центра восстановительной медицины и реабилитации «Юность» (г. Анапа). Осуществляется обучение сотрудников военно-врачебных комиссий и центров психофизиологической диагностики.

Еще один значимый вектор деятельности — организация медицинского обеспечения временной оперативной группировки органов и подразделений МВД России.

Ориентир на будущее

Нами разработана «дорожная карта» — план мероприятий по развитию медицинской службы системы МВД России на 2014—2016 гг. и на период до 2018 г. «Дорожная карта» — это, образно говоря, план дальнейшего развития медицинской службы

ведомства с указанием основных целей. Главная из них — повышение качества медицинской помощи.

Сейчас активно проводится стандартизация оказания услуг в сфере здравоохранения. Она подразумевает развитие материально-технической базы медицинских и санаторно-курортных организаций. Так, в прошлом году велись работы на 19 объектах ведомственного здравоохранения. В эксплуатацию введены семь из них, в том числе физиотерапевтическое отделение госпиталя в Татарстане, реконструированный стационар госпиталя в Волгоградской области, лечебный корпус санатория «Эльбрус», госпиталь в Курганской области, Центр восстановительной медицины и реабилитации в Ставропольском крае, корпус медицинской реабилитации в загородном филиале Главного клинического госпиталя МВД России. В этом году мы рассчитываем ввести в эксплуатацию лечебно-диагностический корпус в Нижегородской области, здание госпиталя в Республике Марий Эл, продолжатся работы и на других объектах.

Важной частью плана является процесс обновления и модернизация. Ведомственная медицина всегда шла в ногу со временем. К примеру, отделение рентгеновской компьютерной томографии создано в Центральном госпитале МВД СССР еще в 1982 г. Там установили компьютерный томограф (четвертый в СССР), в 1995 г. — магнитно-резонансный.

Сегодня высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в ведущих учреждениях — Главном клиническом госпитале МВД России и Главном военном клиническом госпитале внутренних войск МВД России по следующим видам: травматология и ортопедия, урология, гинекология, сердечно-сосудистая хирургия, челюстно-лицевая хирургия, офтальмология и ревматология. Только в прошлом году там выполнено около полутора тысяч высокотехнологичных операций.

Приобретена и поставлена в центральные лечебно-профилактические учреждения и медико-санитарные части современная техника и оборудование: реанимобили, автомобили скорой помощи, рентгенодиагностические комплексы и автоперевозочные на базе автомобилей КамАЗ, комплексы аппаратуры для суточного мониторинга ЭКГ и артериального давления, диагностические комплексы для проведения исследований сердца и внутренних органов, магнитно-резонансные томографы, медицинский вертолетный модуль и многое другое.

В целях расширения диагностических возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений, повышения доступности высокотехнологичных видов медицинской помощи планируется централизованная поставка лабораторного и эндоскопического оборудования. Осуществляются повышение квалификации, переподготовка и стажировка медиков и фармацевтов. Врачи разных специальностей принимают участие в профессиональных семинарах, научно-практических конференциях и международных симпозиумах. 23 наших сотрудника являются докторами наук и 388 — кандидатами медицинских наук. Тысячи врачей и специалистов среднего медперсонала имеют высшую и первую квалификационные категории. Надеюсь, что в дальнейшем уровень подготовки на-

ших медиков будет только расти. Стимулом станет и заработная плата: «дорожной картой» предусмотрен уровень, сопоставимый с зарплатой в государственных гражданских медицинских учреждениях, которая в соответствии с майскими указами Президента России будет существенно повышена.

Стратегия — профилактика

Стратегия здравоохранения связана с профилактикой. Ведь болезнь легче предупредить, чем лечить. И чем раньше диагностировано то или иное заболевание, тем проще в дальнейшем самому пациенту и врачебному персоналу бороться с ним.

Ведомство обладает развитой сетью медицинских организаций. В состав нашей службы (без учета подчиненных Главному командованию внутренних войск) входят Главный клинический госпиталь, Центральная клиническая больница, две центральные поликлиники, две центральные аптеки, пятнадцать санаториев и шесть центров восстановительной медицины и реабилитации, Центральная медико-санитарная часть и 84 медико-санитарных частей по субъектам Российской Федерации со своими госпиталями и поликлиниками. Кроме лечебно-профилактических подразделений работают военно-врачебные комиссии, центры психофизиологической диагностики и центры санитарно-эпидемиологического надзора.

Не существует проблем, чтобы региональные медико-санитарные части направляли сотрудников, независимо от того, где они проходят службу, на лечение в Главный клинический госпиталь МВД России или Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России. Именно там сконцентрировано самое технологичное оборудование, работают ведущие специалисты. Многие сотрудники, ветераны и члены их семей с удовольствием лечатся именно в наших учреждениях. Люди ценят уровень и культуру обслуживания. Не скрою, поступают и жалобы. Но их анализ показывает, что порой проблема возникает вследствие отсутствия у пациента информации о механизме реализации своего права на оказание медицинской помощи. Сейчас мы большое внимание уделяем вопросам информирования как пациентов, так и медработников. Все должны знать, как осуществляется этот процесс, какими силами и возможностями мы обладаем. Внедрена и работает специализированная территориально распределенная автоматизированная система «Медицина», благодаря которой медсанчасти и лечебно-профилактические учреждения связаны единой сетью. Мы можем в течение очень короткого времени собрать по всей территории Российской Федерации необходимую информацию, обработать ее и принять оптимальное управленческое решение.

Новые телекоммуникационные технологии, появившиеся на вооружении ведомственных организаций, уже используются для оказания дистанционной медицинской помощи, в том числе для проведения консультаций, экспертизы результатов исследований и обмена опытом. Возможности подсистемы «Телемедицина» позволили оперативно организовать госпитализацию в Главный клиниче-

ский госпиталь МВД России сотрудников из различных регионов Российской Федерации, которым была необходима срочная высокотехнологичная медицинская помощь.

В этом году в рамках заседаний медицинской аттестационной комиссии МВД России по видеоконференц-связи проведено заслушивание более 800 кандидатов на присвоение квалификационных категорий.

В День ведомственной медицинской службы желаю коллегам уверенно смотреть в будущее, профессионально развиваться. Я всегда рад, когда ко мне подходят руководители с предложениями по совершенствованию своего направления деятельности. Кроме того, напомню, что у нас есть хорошая площадка для обсуждения острых и спорных вопросов, идей и предложений — это врачебно-методическая комиссия.

© Р.Ш. Хисамиев, Л.Р. Гинятуллина, Н.Б. Амиров, 2014

УДК 614.2(470.41):351.74

ВЕДОМСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ МВД ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ



РУСТЕМ ШАГИТОВИЧ ХИСАМИЕВ, капитан внутренней службы, начальник ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», Казань, Россия



ЛЯЙСАН РАФКАТОВНА ГИНЯТУЛЛИНА, майор внутренней службы, зам. начальника ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», Казань, Россия



НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

DEPARTMENTAL HEALTH CARE OF MINISTRY OF THE INTERIOR IN THE TATARSTAN REPUBLIC: REALITY AND PERSPECTIVES

RUSTEM SH. KHISAMIYEV, LJAYSAN R. GINJATULLINA, NAIL B. AMIROV

Медицинская служба МВД по Республике Татарстан является составной частью ведомственной медицинской службы МВД России и системы здравоохранения Республики Татарстан и осуществляет комплексные меры по охране здоровья личного состава правоохранительных органов Республики Татарстан, пенсионеров, членов семей, решает задачи военно-врачебной экспертизы, психофизиологического отбора и санитарного надзора.

В Республике Татарстан медицинская служба органов внутренних дел основана 1 декабря 1930 г. За 84 года своего существования Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан превратилась в ведущее лечебно-профилактическое учреждение системы МВД России и Татарстана.

Активная федеральная и региональная политика в отношении реализации приоритетного национального проекта в области здравоохранения «Здоровье» положила начало планомерному ре-

формированию ведомственного здравоохранения Министерства внутренних дел Республики Татарстан. В 2006 г. медицинский отдел был преобразован в медико-санитарную часть (МСЧ), в которую вошли все структурные подразделения медицинской службы МВД республики. Были определены приоритетные направления деятельности МСЧ на ближайшие годы: повышение качества и доступность медицинской помощи за счет внедрения новых, научно обоснованных методов диагностики и лечения; раннее выявление заболеваний, в том числе социально значимых, таких как сахарный диабет, инфаркт, инсульт, злокачественные новообразования; совершенствование профилактики заболеваний, пропаганда здорового образа жизни, повышение квалификации медицинских работников. Была определена стратегическая цель учреждения — позиционирование МСЧ МВД России по Республике Татарстан в качестве высокопрофес-

сиональной, инновационной и высокотехнологичной медицинской организации, ориентированной на максимальную удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и занимающей лидерские позиции в системе здравоохранения РТ и Поволжского региона.

С уверенностью можно сказать, что сделано много. Улучшение ранней диагностики заболеваний позволило добиться снижения общей заболеваемости среди сотрудников. Так, показатели заболеваемости данного контингента в 2008—2013 гг. оказались ниже, чем в Приволжском федеральном округе и в целом по МВД Российской Федерации.

Большая работа ведется по повышению квалификации медицинских работников, обучение происходит непосредственно в поликлинике и Клиническом госпитале и МСЧ МВД России по РТ, на базе развернутых здесь кафедр медицинского университета и академии: организации здравоохранения, общей врачебной практики, неотложной кардиологии и ангиологии, реабилитации и спортивной медицины, фтизиопульмонологии, травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний, неврологии, реабилитологии и стоматологии общей практики. Подобное сотрудничество с ведущими медицинскими вузами создает условия для научно-исследовательской и организационно-методической деятельности, позволяет активно разрабатывать, апробировать и внедрять в практику эффективные методы обследования и лечения больных. Передовой опыт лечебно-профилактической деятельности МСЧ МВД России по Республике Татарстан публикуется в издаваемом с 2008 г. научно-методическом журнале «Вестник современной клинической медицины», входящего в список ВАК.

2014 год проходит под знаком празднования 200-летия Казанского государственного медицинского университета — одного из старейших медицинских вузов России. Сотрудниками кафедр КГМУ и врачами МСЧ опубликовано более 150 научных трудов, включая монографии и учебно-методические пособия для вузов.

Открытие в 2009 г. в клиническом госпитале отделения реабилитации и восстановительного лечения позволило значительно улучшить результаты долечивания пациентов. Сформирован законченный цикл лечебного процесса: диагностика—лечение—восстановление—профилактика.

В июне 2014 г. отмечалось 10-летие открытия нового здания поликлиники по адресу Лобачевского, 9/30. После капитальной реконструкции открылись административное здание медико-санитарной части, ВВК, ЦПД и ЦГСЭН по адресу Лобачевского, 13.

В августе 2014 г. отметили 30-летие со дня открытия больничного комплекса по адресу Оренбургский тракт, 132, где и сейчас расположен клинический госпиталь медико-санитарной части.

В настоящее время на постоянное обслуживание к Федеральному казенному учреждению здравоохранения «Медико-санитарная часть МВД Российской Федерации по Республике Татарстан» прикреплены более 47 тыс. человек. Наибольший удельный вес прикрепленного контингента (около 46%) состав-

ляют сотрудники органов внутренних дел и других правоохранительных органов, около 34% — пенсионеры, 20% — члены семей вышеуказанных категорий, т.е. 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, возможности для оценки результативности и эффективности процессов — вот конкурентные преимущества Медико-санитарной части МВД России по Республике Татарстан.

Сотрудники правоохранительных органов ввиду специфики служебной деятельности находятся в группе риска социально значимых заболеваний, травм и их последствий. В настоящее время Медико-санитарная часть МВД РФ по РТ в достаточной мере обеспечивает оказание амбулаторной и стационарной помощи прикрепленному контингенту по основным нозологиям. Специализированная медицинская помощь по некоторым специальностям, а также в отдаленных сельских ОВД оказывается в лечебно-профилактических учреждениях Министерства здравоохранения РТ на основании заключенных договоров.

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 220 посещений в смену, Военно-врачебная комиссия, Центр психофизиологической диагностики, Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, медицинские части при образовательных учреждениях системы МВД России.

На 1 января 2014 г. в штатном расписании МСЧ — 637 единиц, в том числе врачей — 172,25 ед., среднего медицинского персонала — 256,75 ед., младшего медперсонала — 88 ед., прочих — 117 ед. Укомплектованность кадрами в целом составила 96,5%, врачами — 92,1%, средними медицинскими работниками — 97,5%, младшим медперсоналом — 100%.

Количество врачебных посещений за 9 месяцев 2014 г. составило всего 234 391, за аналогичный период прошлого года (АППГ) — 224 640. Отмечается повышение количества посещений на 4,2%. Из них по заболеваниям — 133 848 (АППГ — 127 407), по профосмотрам — 100 543 (АППГ — 97 233).

За 9 месяцев 2014 г. всего зарегистрировано больных с различными формами заболеваний 20 797 (АППГ — 19 699), из них выявленных впервые в жизни — 12 952 (АППГ — 12 434); 20 случаев первичного выхода на инвалидность (АППГ — 31).

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности на 100 работающих составляет 45,9 в случаях и 611,4 в днях (АППГ — 45,9 и 607,9 соответственно).

В соответствии с графиком прохождения диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам подлежало 13 440 сотрудников, медицинские осмотры прошли 12 445 человек (92,6%).

Распределение по группам здоровья: 1-я группа — 53%, 2-я группа — 35%, 3-я группа — 12%. Эти данные коррелируют с данными по МВД РФ и ПФО.

Стационарное лечение в учреждениях МСЧ МВД РФ по РТ проведено 4 871 пациенту, из них 2 394 — сотрудники ОВД (49,2%).

Выполнение плана койко-дня по стационарам составляет 93,5% (АППГ — 88,3%), летальность — 1 случай (0,02%).

За 9 месяцев 2014 г. выделено 1 091 санаторно-курортная путевка (АППГ — 869), из них: 219 — сотрудникам ОВД, 465 — членам семей сотрудников и пенсионеров МВД, 407 — пенсионерам МВД.

Выделено 8 санаторно-курортных путевок членам семей погибших сотрудников, 12 санаторно-курортных путевок — инвалидам по военной травме.

По линии ВВК всего осмотрено 4 148 человек (АППГ — 4 848 человек), из них признано годными 3 353 — 80,8% (АППГ — 3 986). Отмечается уменьшение числа освидетельствованных на 14,4%, так как в 2013 г. было больше освидетельствованных за счет сотрудников ОВД РТ, направленных в служебные командировки в г. Сочи.

По линии ЦПД всего обследовано 6 072 человека (АППГ — 5 418), из них кандидатов на службу в ОВД — 1 705 (АППГ — 1 621), не рекомендованы 280 (16,4%), условно рекомендованы 550 (32,3%).

На полиграфе обследовано 886 человек (АППГ — 827).

ЦГСЭН проведен текущий санитарный надзор за 151 объектом.

По результатам проведенных проверок было принято мер административного воздействия в виде санитарных предписаний 345 (в 2013 г. — 330).

Инфекционную заболеваемость среди личного состава можно рассматривать как стабильную, не превышающую средних показателей заболеваемости среди населения Республики Татарстан. Среди сотрудников органов внутренних дел групповых и массовых инфекционных заболеваний, отравлений, необычных реакций после применения медицинских иммунобиологических препаратов не зарегистрировано.

За 9 месяцев 2014 г. медицинская помощь сотрудникам органов внутренних дел Республики Татарстан в учреждениях государственной и муниципальной системы здравоохранения в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2011 № 1232 оказана за счет средств федерального бюджета в объеме 24 097,5 тыс. руб., в том числе на амбулаторно-поликлиническую помощь — на 7 886,9 тыс. руб., стационарную — на 14 965,6 тыс. руб., санаторно-курортную — на 626,1 тыс. руб., зубопротезирование — на 608,9 тыс. руб.

В 2013—2014 гг. большая работа была проведена в рамках подготовительных мероприятий по реализации проекта «дорожная карта», достижению целевых показателей эффективности деятельности медицинскими организациями МВД России, утвержденными распоряжением МВД России от 25.11.2013 № 1/11061 и изменениями от 06.06.2014 № 1/5268.

По итогам 9 месяцев 2014 г. удалось добиться следующих результатов.

Показатели здоровья сотрудников ОВД РФ:

1. Заболеваемость. Целевой показатель — 1040, фактический — 781,1.

2. Смертность от всех причин. Целевой показатель — 1,14, фактический — 0,22.

Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи в медицинских организациях системы МВД России:

1. Соотношение средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций системы МВД России, имеющих высшее медицинское или иное высшее профессиональное образование, и средней заработной платы в субъектах РФ. Целевой показатель — 130,7, фактический — 141,6.

2. Соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала медицинских организаций системы МВД России и средней заработной платы в субъектах РФ. Целевой показатель — 76,2, фактический — 78,54.

3. Соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала медицинских организаций системы МВД России и средней заработной платы в субъектах РФ. Целевой показатель — 51, фактический — 47,7.

Показатели работы стационара:

1. Среднегодовая занятость койки. Целевой показатель за квартал — 74 дня, фактический — 73,6. По итогам года целевой показатель — 310 дней.

2. Средняя продолжительность пребывания пациента на койке. Целевой показатель — 13,1 дня, фактический — 13,3 дня.

Амбулаторно-поликлиническая работа:

1. Охват профилактическими медицинскими осмотрами сотрудников ОВД. Целевой показатель — 86%, фактический — 90,5%.

2. Охват профилактическими прививками в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Целевой показатель — 85%, фактический — 76%.

Качество оказания медицинской помощи:

Обеспечения соблюдения медицинских стандартов оказания медицинской помощи. Целевой показатель — 90%, фактический — 89%.

Экспертная работа (по линии ВВК):

1. Средние сроки рассмотрения врачебных документов без запроса документов. Целевой показатель — 15 дней, фактический — 17 дней.

2. Средние сроки рассмотрения врачебных документов с запросом документов. Целевой показатель — 50 дней, фактический — 49 дней.

3. Средний показатель обоснованности вынесенных заключений. Целевой показатель — 92%, фактический — 93%.

Деятельность аптечных организаций системы МВД России:

1. Охват фармако-экономическим анализом потребления лекарственных средств с целью рационализации использования выделяемых финансовых средств на лекарственное обеспечение. Целевой показатель — 80%, фактический — 76%.

2. Полнота выполнения плана снабжения медицинских организаций системы МВД России. Целевой показатель — 85%, фактический — 83%.

Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Удельный вес очагов с повторными случаями инфекционных заболеваний от общего числа очагов, в отношении которых были проведены эпидемиологические расследования. Целевой показатель — 3, фактический — 0.

Показатели кадровой работы:

1. Укомплектованность медицинских организаций системы МВД России врачами или иными работниками, имеющими высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее профессиональное образование (в % от штатной численности). Целевой показатель — 75%, фактический — 92,7%.

2. Укомплектованность медицинских организаций системы МВД России средним медицинским персоналом (в % от штатной численности). Целевой показатель — 75%, фактический — 97,9%.

3. Укомплектованность медицинских организаций системы МВД России младшим медицинским персоналом (в % от штатной численности). Целевой показатель — 67%, фактический — 100%.

4. Доля врачей (провизоров), имеющих квалификационные категории. Целевой показатель — 55%, фактический — 72,2%.

5. Доля среднего медицинского персонала, имеющего квалификационные категории. Целевой показатель — 55%, фактический — 70,8%.

Таким образом, данные показатели деятельности МСЧ отражают реальную ситуацию по основным направлениям деятельности в структурных подразделениях, показывают наши сильные и слабые стороны, направления, по которым мы не дорабатываем.

По итогам 9 месяцев 2014 г. задачи, поставленные перед ведомственным здравоохранением по медицинскому обеспечению сотрудников ОВД и членов их семей, пенсионеров, ветеранов ОВД, выполнены в полном объеме. Основные показатели работы остаются на уровне показателей по МВД России. Состояние здоровья личного состава ОВД характеризуется стабильностью.

По результатам 2014 г. (по достижении целевых показателей эффективности деятельности в целом за год) будет проведен анализ по всем структурным подразделениям МСЧ с определением проблемных вопросов и путей их решения. Среди задач на перспективу — подготовительные мероприятия к проведению медицинского обеспечения Чемпионата мира по водным видам спорта летом 2015 г., Чемпионата мира по футболу в 2018 г. Среди первоочередных задач — укрепление материально-технической базы подразделений МСЧ, оснащение оборудованием согласно нормам положенности в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи. Среди ближайших проектов — строительство на базе Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» по адресу Оренбургский тракт, 132 ведомственного Межрегионального клиничко-диагностического центра в рамках гособоронзаказа для нужд всех медико-санитарных частей Поволжского региона.

В общем комплексе оказания медицинской помощи в системе ведомственного здравоохранения МВД по Республике Татарстан значительное место

принадлежит диагностическому процессу, особенностью которого является направление сотрудников для проведения диагностики и консультаций в сторонние лечебно-профилактические учреждения Республики Татарстан. Набор применяемых методов диагностики зависит от характера патологии пациента, применяемых методов диспансеризации, требований военно-врачебной комиссии и нуждается в постоянном пересмотре и соответствии с современными требованиями.

Проведенный анализ деятельности диагностической службы Медико-санитарной части МВД России по Республике Татарстан показал, что общее количество выполненных исследований в условиях подразделений МСЧ МВД России по Республике Татарстан очень высоко. В динамике наблюдается увеличение нагрузки на каждую единицу диагностического оборудования и, следовательно, на врачей, проводящих исследования. Имеющиеся площади не позволяют вводить дополнительные методы исследования и дооснастить диагностическим оборудованием подразделения медико-санитарной части.

Ежегодно около 40 млн руб. затрачивается на обследование и лечение сотрудников ОВД в учреждениях МЗ РТ на основании заключенных договоров.

Для объединения и усиления диагностических возможностей поликлиники и стационара, а также оказания медицинских услуг сотрудникам ОВД по Поволжскому региону необходимо создание межрегионального консультативно-диагностического центра. Для строительства такого диагностического центра на территории клинического госпиталя имеется 1,5 га свободной земли.

Внедрение современных высокотехнологичных методов диагностики на основе концентрации и интенсивного использования современного оборудования и технологий позволит комплексно обследовать пациентов, повысить уровень оказания медицинской помощи, своевременно выявлять заболевания на ранних стадиях.

Также в ближайших планах — разработка проекта строительства в одном из живописных районов нашей республики многопрофильного медицинского реабилитационного центра для Поволжского региона, в котором, к сожалению, нет ни одного ведомственного санаторно-курортного учреждения.

Проблема реабилитации больных соматической патологией и посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР), часто встречающиеся среди пациентов МСЧ МВД России по Республике Татарстан, характерны и для многих других государств. В настоящее время в мире не существует международной организации для обеспечения единой службы координации по использованию сил и средств, имеющихся в каждой стране для восстановления здоровья пострадавших при чрезвычайных ситуациях, вооруженных конфликтах, террористических актах, природных и техногенных катастрофах с ПТСР. Поэтому актуально привлечение для реабилитации таких пациентов в недавно созданную организацию — Всемирный медицинский реабилитационный центр. Подробная информация об этом центре будет опубликована в следующих номерах журнала.

В заключение необходимо подчеркнуть, что 1 декабря 2015 г. состоится знаменательное событие — 85-летие со дня образования медицинской службы МВД по Республике Татарстан. В преддвее-

рии этой даты перед нашей службой стоят важные задачи по дальнейшему развитию, повышению ее эффективности, качества и доступности на всех этапах оказания медицинской помощи.

© Л.Ф. Сабилов, А.В. Спиридонов, Р.Ш. Хисамиев, Н.Б. Амиров, 2014
УДК 614.21(470.41):351.74

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕНЕДЖМЕНТА ВЕДОМСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЕТЕ 30-ЛЕТНЕГО ЮБИЛЕЯ ОТКРЫТИЯ НОВОГО СТАЦИОНАРА — КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ЧАСТИ МВД РОССИИ ПО РТ

ЛЕНАР ФАРАХУТДИНОВИЧ САБИРОВ, канд. мед. наук, начальник Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», ассистент кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, тел. 8 (843)277-88-84, e-mail: hospitalmvdrt1@rambler.ru

АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ СПИРИДОНОВ, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», тел. 8 (843)291-26-94

РУСТЕМ ШАГИТОВИЧ ХИСАМИЕВ, начальник ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», тел. 8 (843)291-24-58

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8 (843)291-26-76

Реферат. В статье показаны исторические аспекты развития стационарной помощи в системе Медико-санитарной части МВД России по Республике Татарстан. Раскрываются структура, организационные аспекты деятельности и основные достижения Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан. Стационарная помощь для нуждающихся в ней пациентов с 1984 г. осуществляется в новых зданиях многопрофильного учреждения — госпиталя. Внедряются новейшие методики диагностики и лечения пациентов с привлечением научных кадров Казанского государственного медицинского университета и Казанской государственной медицинской академии. Важное значение придается как системе реабилитации постстационарных больных, так и первичной и вторичной профилактике. В организации работы госпиталя применяются современные технологии менеджмента качества с учетом специфики ведомственного здравоохранения. Показана эффективность функционирования внедренной системы менеджмента качества.

Ключевые слова: менеджмент, качество, эффективность, ведомственная медицина.

EFFICIENCY OF HEALTHCARE MANAGEMENT IN THE LIGHT OF 30th ANNIVERSARY OF CLINICAL HOSPITAL «MSCH MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS OF RUSSIA ACROSS THE REPUBLIC OF TATARSTAN»

LENAR F. SABIROV, Ph. D., the chief of the FKUZ clinical hospital «MSCh Ministry of Internal Affairs of Russia across the Republic of Tatarstan», the assistant to chair of public health, economy and management of health care of SBEI APE «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of Russia, Kazan, tel. 8 (843)277-88-84, e-mail: hospitalmvdrt1@rambler.ru

ALBERT V. SPIRIDONOV, Ph. D., the deputy chief of the FKUZ clinical hospital «MSCh Ministry of Internal Affairs of Russia across the Republic of Tatarstan», tel. 8 (843)291-26-94

RUSTEM SH. KHISAMIEV, the chief of the FKUZ «MSCh of Russia across the Republic of Tatarstan», tel. 8 (843)291-24-58

NAIL B. AMIROV, M.D., professor of general practices of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, tel. 8 (843)291-26-76

Abstract. The article presents the historical aspects of inpatient care in the health of the Russian Ministry of Internal Affairs in the Republic of Tatarstan. Structure and organizational aspects introduced, main achievements of clinical hospital FKUZ MSCH of the Russian Ministry of Internal Affairs summarized. Inpatient care is carried out since 1984 in the new buildings of multidisciplinary hospital. The latest methods of diagnosis and treatment for patients are introduced. Teaching staff of the Kazan State Medical University and Kazan State Medical Academy consult patients. Great importance is attended, as to the system of post-patients rehabilitation, and primary and secondary prevention. In the organization of work the hospital uses modern technology quality management-specific departmental health. The efficiency of the functioning of the implemented quality management system is showed.

Key words: management, quality, efficiency, departmental medicine.

Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан является ведомственным многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим

стационарной медицинской помощью сотрудников органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск МВД России по Республике Татарстан, членов их семей, пенсионеров системы МВД, сотруд-

ников противопожарной службы МЧС, Федеральной службы исполнения наказаний, Федеральной фельдъегерской связи.

Клинический госпиталь — это учреждение здравоохранения, имеющее свою историю и традиции. Первые стационарные койки на базе медико-санитарной части появились в 1951 г. — 15 коек при поликлинике МВД. В 1970 г. был открыт стационар на 75 коек в составе 2 терапевтических, неврологического и профилактического отделений. И наконец, в 1984 г. был открыт новый больничный комплекс на 120 коек: отделения терапии, неврологии, хирургии и физиотерапии, в последующем в отдельном корпусе было открыто отделение гастроэнтерологии [2]. В октябре 2014 г. исполняется тридцать лет с момента, когда новый современный корпус больницы МВД открыл двери для пациентов.

Сегодня в учреждении работают 210 сотрудников. Врачебный персонал насчитывает 42 врача, из которых 6 кандидатов медицинских наук, 4 доктора медицинских наук и 5 заслуженных врачей РФ и РТ. Штат средних медицинских работников составляет 93 медицинские сестры.

В своей деятельности клинический госпиталь использует современные достижения науки, передовые методы диагностики лечения и реабилитации. Ежегодно в стенах клинического госпиталя получают медицинскую помощь более 5 тыс. пациентов, свыше 80% из которых выписываются с улучшением состояния. На протяжении нескольких лет показатели средней длительности пребывания пациента на койке имеют тенденцию к снижению и составляют на период 2014 г. 12,6 дня.

Структура клинического госпиталя представлена отделениями терапии, кардиологии, неврологии, гастроэнтерологии, хирургии, физиотерапии. В отделении хирургии имеются урологические, оториноларингологические, травматологические койки. С 2009 г. ведутся операции по эндопротезированию крупных суставов, а с 2012 г. — сосудистые операции. В *таблице* ниже приведены некоторые основные показатели работы стационара по состоянию на конец 2013 г.

Цифры, приведенные в таблице, свидетельствуют о стабильности основных статистических показателей оценки деятельности многопрофильного стационара.

Достижением клинического госпиталя явилось открытие в 2009 г. отделения реабилитации. Это стало возможным благодаря пониманию и всесторонней поддержке руководства МВД по Республике Татарстан, в частности, бывшего министра А.А. Сафарова. Изначально отделение было рассчитано на 25 коек, но востребованность оказания данного вида медицинской помощи привела к тому, что с 2013 г. отделение было увеличено еще на 10 коек.

С момента открытия реабилитационного отделения была оказана медицинская помощь 2200 пациентам.

Основную массу лиц, проходящих через отделение, составляют пациенты с заболеваниями нервной, сердечно-сосудистой системы, травматологические

больные. Особое внимание уделяется сотрудникам, вернувшимся из служебных командировок из «горячих» точек, доля которых составляет порядка 20% от числа госпитализированных в отделение.

С целью обеспечения высокого качества медицинских услуг в учреждении широко представлены вспомогательные подразделения. Сегодня клинический госпиталь имеет кабинеты ультразвуковой, функциональной, эндоскопической, рентгенологической диагностики, оснащенные современным, высокоэффективным оборудованием, а также клиничко-диагностическую лабораторию.

Пациенты учреждения в период госпитализации имеют возможность получить стоматологическую помощь. Для этих целей в 2011 г. были приобретены две стоматологические установки, новое стерилизационное оборудование.

Значимым событием для медико-санитарной части и непосредственно клинического госпиталя стало открытие в 2013 г. физиотерапевтического отделения. Реконструкция и открытие корпуса физиотерапии было приурочено к проведению летней Всемирной универсиады студентов в Казани.

Необходимостью проведения реконструкции отделения физиотерапии диктовалась тем, что в октябре 2009 г. в составе клинического госпиталя было открыто отделение реабилитации. Для пациентов отделения реабилитации физиотерапия, лечебная физкультура, массаж, рефлексотерапия, психотерапия и другие физические методы реабилитации являются основными, а медикаментозное лечение второстепенным. Была проведена большая подготовительная работа по планированию отделения, размещению кабинетов, выборе современного дизайна отделения, отвечающего всем нормативным документам, подборе нового высокотехнологического физиотерапевтического оборудования, учитывая специфику контингента больных.

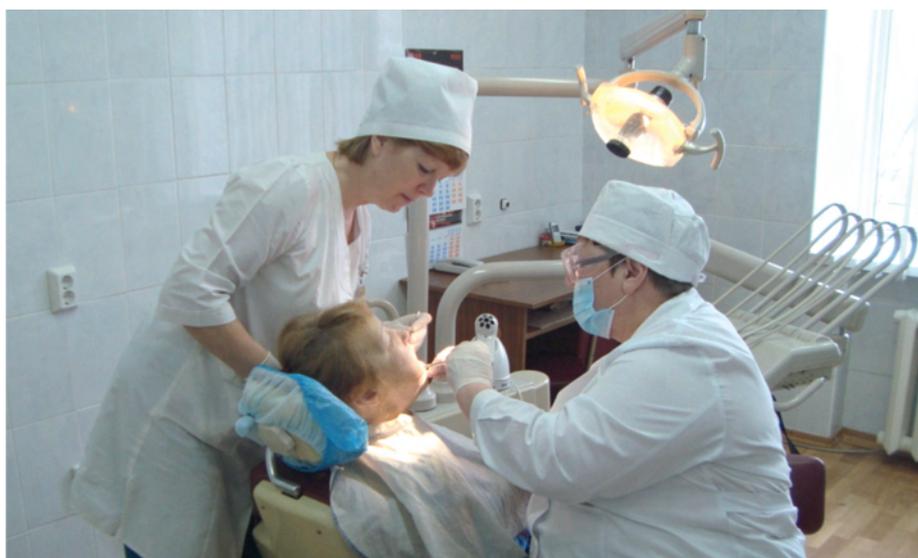
Постоянные поиски новых путей развития учреждения и организации внебюджетной деятельности привели к тому, что клинический госпиталь одним из первых среди учреждений здравоохранения МВД Российской Федерации вошел в систему оказания медицинской помощи по линии обязательного медицинского страхования в 2008 г. Было принято решение оказывать медицинскую помощь жителям города Казани по гастроэнтерологическому профилю. Несмотря на возникшие трудности в процессе организации данного вида деятельности, сотрудники учреждения справились с поставленными перед ними задачами.

Изменение формы собственности медико-санитарной части в 2012 г. привело к перерыву в деятельности учреждения по ОМС, но благодаря руководству медико-санитарной части и поддержке заместителя министра МВД по Республике Татарстан Д.Р. Динниулова с 2014 г. работа была возобновлена, и на сегодняшний день все отделения, за исключением хирургии и реабилитации, принимают участие в оказании медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Кроме лечебно-диагностического процесса и реабилитационных мероприятий клинический госпиталь активно ведет научно-практическую работу.



Диагностическая служба клинического госпиталя (2014)



Стоматологический кабинет (2014)

Сегодня учреждение служит базой для многих ведущих кафедр Казанского государственного медицинского университета и Казанской государственной медицинской академии. Казанский государственный медицинский университет является одним из старейших высших медицинских учреждений России, он входит в тройку медицинских вузов, которые основали высшее медицинское образование в России. В 2014 г. вся медицинская общественность страны отмечает 200-летие нашей *alma mater*. Благодаря совместной работе научных работников и врачей клинического госпиталя организованы консультации, совместные обходы, разборы наиболее сложных и интересных в клиническом аспекте пациентов [1]. Выпускается научно-практический журнал «Вестник современной клинической медицины», включенный с 2012 г. в список журналов ВАК России как реко-

мендованный для публикаций основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук [3].

Благодаря совместной работе с кафедрами медицинских вузов удалось значительно повысить уровень качества предоставляемых медицинских услуг, а сотрудники клинического госпиталя получили уникальные возможности делиться опытом с курсантами и студентами, привлекаться в качестве лекторов. Многие работники учреждения начали вести научную работу, стали ассистентами кафедр.

Регулярно в клиническом госпитале организуется «круглый стол» по наиболее актуальным проблемам ведомственной медицины в рамках проведения ежегодной Всероссийской научно-практической конференции медико-санитарных частей Российской Федерации.



Открытие физиотерапевтического отделения (2013)

Начиная с 2011 г. в клиническом госпитале внедрены в работу школы здоровья. Пациентам читаются лекции по профилактике заболеваний, методам реабилитации, проводятся практические занятия. Наравне с врачами учреждения работу ведут сотрудники кафедр.

2013 г. был ознаменован проведением в городе Казани Всемирной летней универсиады.

Клинический госпиталь принял непосредственное активное участие в обеспечении неотложной и стационарной помощью сотрудников органов внутренних дел, направленных из многих регионов Российской Федерации для обеспечения правопорядка в период проведения игр.

Медицинские бригады клинического госпиталя осуществили 97 выездов, обслуживая за один выезд

по 2—3 объекта. Госпитализировано в результате выезда бригад скорой помощи в клиники города 15 человек, в клинический госпиталь — 168 человек.

В последние годы ведомственная медицина органов внутренних дел функционирует в условиях реформы. Это обстоятельство подчеркивает высокую актуальность поиска путей решения накопившихся проблем, распространения передового опыта лучших подразделений ведомственного здравоохранения, внедрения достижений медицинской науки и новых медицинских технологий.

В современных условиях руководители лечебно-профилактических учреждений все чаще сталкиваются с проблемой поиска новых, эффективных механизмов управления учреждением, способных обеспечить высокий уровень качества предостав-



Обход клинического госпиталя заместителем министра МВД Российской Федерации С.А. Герасимовым



Встреча представителей медико-санитарных частей Российской Федерации (2013)

ляемых услуг и удовлетворенность как внешних, так и внутренних потребителей. В этом отношении ведомственная система здравоохранения МВД России по Республике Татарстан не стоит на месте.

Руководством клинического госпиталя в 2009 г. был проведен углубленный анализ показателей деятельности учреждения, выявлены сильные

стороны и области, где можно внести улучшения. Основываясь на полученных показателях, принимая во внимание основные задачи, которые ставит перед клиническим госпиталем руководство МВД по РТ и медико-санитарная часть, была разработана стратегия развития клинического госпиталя [5, 6].

С момента принятия стратегии развития началась работа по совершенствованию механизмов управления, а также выводу учреждения в лидеры на рынке медицинских услуг города Казани.

Одним из ключевых моментов стало внедрение в учреждение системы менеджмента качества ГОСТ Р ИСО 9001-2008. Этому предшествовала большая работа по проведению аудитов, чтению лекций персоналу, обучению основам системы менеджмента качества. Было разработано руководство по качеству. Таким образом, клинический госпиталь стал первым лечебно-профилактическим учреждением, внедрившим систему менеджмента качества в Республике Татарстан и в системе ведомственного здравоохранения Российской Федерации [4].

Сегодня функционирование системы менеджмента качества позволяет не только поддерживать высокий уровень качества медицинских услуг, но и создает основу для дальнейшего совершенствования развития медицинского учреждения. В 2014 г. клинический госпиталь успешно прошел ресертификацию с выдачей сертификата, подтверждающего, что система менеджмента качества применительно к медицинским услугам, оказываемым при осуществлении стационарной помощи и реабилитации, включая разработку новых технологий и видов услуг, соответствует ГОСТ ISO 9001-2011.

Достижения клинического госпиталя в области менеджмента и качества услуг были неоднократно продемонстрированы на региональном конкурсе «Лучшие товары и услуги Республики Татарстан» и Всероссийском конкурсе «100 лучших товаров и услуг Российской Федерации». По результатам конкурсов клинический госпиталь становился неоднократным лауреатом.

С целью обмена опытом и демонстрации основных достижений ведомственной медицины Клинический госпиталь МСЧ МВД РФ по РТ регулярно принимает у себя руководителей медико-санитарных частей МВД Российской Федерации.

В 2013 г. учреждение посетил заместитель министра внутренних дел Российской Федерации С.А. Герасимов. Состоялся обход всех подразделений клинического госпиталя, а также был продемонстрирован новый физиотерапевтический корпус. В ходе встречи был отмечен высокий уровень организации оказания медицинской помощи.

На сегодняшний день можно с уверенностью сказать, что Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан занимает лидирующие позиции в области качества оказания медицинских услуг и является одним из крупных многопрофильных стационаров системы как ведомственного здравоохранения МВД России, так и учреждений здравоохранения Республики Татарстан.

В существующих условиях обеспечить оказание медицинской помощи высокого качества и развитие медицинского учреждения возможно лишь путем постоянного совершенствования многих аспектов деятельности, напрямую или косвенно связанных

с лечебным процессом. В данном аспекте руководством клинического госпиталя ведется и будет вестись постоянная работа во благо здоровья пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Амиров, Н.Б.* Преимущества совместной работы клинических кафедр в ведомственной медицине МВД на примере медико-санитарной части МВД по Республике Татарстан / Н.Б. Амиров, М.В. Потапова, Л.Ф. Сабиров, Л.Р. Гинятуллина // *Фундаментальные исследования*. — 2011. — № 10. — С.257—260.
2. *Ишкинеев, Ф.И.* История и перспективы развития Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ / Ф.И. Ишкинеев // *Вестник современной клинической медицины*. — 2008. — № 1. — С.8—9.
3. URL: www.vskmjournal.org
4. *Потапова, М.В.* Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения при введении системы менеджмента качества / М.В. Потапова, Л.Ф. Сабиров, Н.Б. Амиров // *Успехи современного естествознания*. — 2011. — № 11. — С.99—102.
5. *Сабиров, Л.Ф.* Организация деятельности многопрофильного стационара ведомственной системы здравоохранения МВД: метод. рекомендации / Л.Ф. Сабиров, А.В. Спиридонов, Э.Б. Фролова, Н.Б. Амиров; Казан. гос. мед. акад., МСЧ МВД России по РТ; клинический госпиталь. — Казань, 2014. — 87 с.
6. *Сабиров, Л.Ф.* Роль вспомогательных подразделений в обеспечении качества медицинских услуг стационарного звена ведомственного здравоохранения МВД: метод. рекомендации / Л.Ф. Сабиров, А.В. Спиридонов, Э.Б. Фролова, Н.Б. Амиров; Казан. гос. мед. акад., МСЧ МВД России по РТ; клинический госпиталь. — Казань, 2014. — 64 с.

REFERENCES

1. *Amirov, N.B.* Preimuschestva sovместnoi raboty klinicheskikh kafedr v vedomstvennoi medicine MVD na primere mediko-sanitarnoi chasti MVD po Respublike Tatarstan / N.B. Amirov, M.V. Potapova, L.F. Sabirov, L.R. Ginyatullina // *Fundamental'nye issledovaniya*. — 2011. — № 10. — S.257—260.
2. *Ishkineev, F.I.* Istoriya i perspektivy razvitiya Klinicheskogo gospiyatya MSCH MVD po RT / F.I. Ishkineev // *Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny*. — 2008. — № 1. — S.8—9.
3. URL: www.vskmjournal.org
4. *Potapova, M.V.* Ocenka effektivnosti deyatel'nosti medicinskogo uchrezhdeniya pri vvedenii sistemy menedzhmenta kachestva / M.V. Potapova, L.F. Sabirov, N.B. Amirov // *Uspehi sovremennogo estestvoznaniya*. — 2011. — № 11. — S.99—102.
5. *Sabirov, L.F.* Organizatsiya deyatel'nosti mnogoprofil'nogo stacionara vedomstvennoi sistemy zdravoohraneniya MVD: metod. rekomendacii / L.F. Sabirov, A.V. Spiridonov, E.B. Frolova, N.B. Amirov; Kazan. gos. med. akad., MSCH MVD Rossii po RT; klinicheskii gospiatal'. — Kazan', 2014. — 87 s.
6. *Sabirov, L.F.* Rol' vspomogatel'nykh podrazdelenii v obespechenii kachestva medicinskih uslug stacionarnogo zvena vedomstvennogo zdravoohraneniya MVD: metod. rekomendacii / L.F. Sabirov, A.V. Spiridonov, E.B. Frolova, N.B. Amirov; Kazan. gos. med. akad., MSCH MVD Rossii po RT; klinicheskii gospiatal'. — Kazan', 2014. — 64 s.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ

ЛЭЙЛЭ РАВИЛОНА АБСАЛЯМОВА, зав. отделением гастроэнтерологии, Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан», врач-гастроэнтеролог

ЛЕНАР ФАРАХУТДИНОВИЧ САБИРОВ, канд. мед. наук, начальник Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан»

АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ СПИРИДОНОВ, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан»

Реферат. В статье отражена деятельность гастроэнтерологического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ за 5 лет — с 2009 по 2013 г. 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.

COMPARATIVE STUDY OF GASTROENTEROLOGICAL UNIT'S ACTIVITY OF CLINICAL HOSPITAL OF MES MIA OF RUSSIA INTR

LEILE R. ABSALYAMOVA, LENAR F. SABIROV, ALBERT V. SPIRIDONOV

Abstract. 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 2009 to 2013. 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.

Key words: gastroenterology, optimization, clinical examples.

Гастроэнтерология — раздел медицины о строении и функциях пищеварительной системы человека в условиях нормы и патологии. Гастроэнтерология изучает причины развития заболеваний органов пищеварения, механизмы их развития. Как наука гастроэнтерология разрабатывает новые методы диагностики, лечения и профилактики гастроэнтерологических заболеваний.

Заболевания органов пищеварения являются одними из самых распространенных: согласно статистике, более 70% населения страдают различными заболеваниями и расстройствами пищеварительной системы. Эти болезни имеют большое социальное значение, так как часто ведут к потере трудоспособности. Основными этиологическими факторами данного класса заболеваний ученые считают нарушение режима и качество питания, аллергические агенты, а также социально-психологический и эмоциональный стресс.

Давно изучен вопрос о влиянии социального статуса на уровень заболеваемости общества. Понятие «социальный статус» включает массу аспектов, характеризующих жизнь человека, в том числе медицинскую культуру, культуру питания, экономи-

ческую составляющую жизни и т.д. Практически все характеристики социального статуса человека в той или иной степени влияют на здоровье, в том числе на развитие и течение гастроэнтерологических заболеваний. К «социальным» причинам гастроэнтерологических заболеваний можно отнести нерациональное, несбалансированное, нерегулярное питание, злоупотребление алкоголем и табакокурением, недостаток физической активности, острые кишечные инфекции и т.д. Социальной проблемой является также рост числа людей с избыточной массой тела. В настоящее время доказано, что в 90% случаев ожирения страдает печень. Следует обратить внимание еще на одну частую причину развития болезней органов пищеварения — недостаточную стрессоустойчивость современного человека.

Последние 20 лет международное медицинское сообщество и Всемирная организация здравоохранения занимается проблемой биосоциальных заболеваний, к которым относятся функциональные заболевания органов пищеварения. Наиболее частой причиной развития функциональных заболеваний органов пищеварения является нарушение нервной регуляции деятельности органа, при этом в нем

отсутствуют значимые органические изменения. На фоне хронических эмоциональных перегрузок, частых стрессов, высокого темпа жизни у человека, имеющего определенную предрасположенность к этому виду заболеваний, формируются нарушения в сфере нервной регуляции деятельности органов пищеварения, и чаще всего появляются спастические сокращения стенок кишечника, желудка, билиарного тракта. Распространенность указанных причин имеет отчетливую тенденцию к увеличению на современном этапе. «Область ответственности» гастроэнтерологии — это лечение заболеваний пищевода, желудка, поджелудочной железы, кишечника, желчного пузыря и печени.

В основные направления деятельности гастроэнтерологического отделения входят:

- оказание специализированной помощи больным с тяжелыми клиническими проявлениями заболеваний органов пищеварения, которые не корригируются методами лечения в амбулаторных условиях;
- профилактика, диагностика, лечение и раннее выявление онкологических и предраковых заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей;
- оказание специализированной медицинской помощи, реабилитация и диспансерное наблюдение лиц с указанными заболеваниями, включая лиц, перенесших оперативные вмешательства, а также улучшение качества жизни пациентов с данными заболеваниями;
- проведение дифференциальной и специфической диагностики у больных с неустановленным диагнозом.

Для выявления заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей и уточнения диагноза используются современные методы диагностики в гастроэнтерологии (ультразвуковая диагностика, эзофагоскопия, гастроскопия, лапароскопия, ректоскопия, радиологические исследования, большое число лабораторных методик и др.), что позволяет выявить болезни органов пищеварения на ранних стадиях и проводить лечебно-диагностические мероприятия на уровне мировых стандартов.

Желудочно-кишечный тракт состоит из ряда органов, участвующих в пищеварении. Он представляет собой канал, протянувшийся от полости рта до заднего прохода. Содержащиеся в пище питательные вещества претерпевают физические и химические изменения и усваиваются организмом.

Рот. Пережевывание пищи начинается в полости рта, где она пережевывается, и ферменты, содержащиеся в слюне, расщепляют определенные углеводы. Затем язык и мышцы глотки проталкивают образовавшуюся смесь в пищевод и далее вниз, в желудок.

Желудок. Выделяющиеся в желудке ферменты (пепсин и химозин) и соляная кислота переваривают пищу до полужидкого состояния.

Двенадцатиперстная кишка. Пройдя в двенадцатиперстную кишку, пищевая кашица подвергается дальнейшему расщеплению пищева-

рительными ферментами поджелудочной железы и печени.

Тонкая кишка. В тонкой кишке процесс пищеварения проходит завершающую стадию, во время которой питательные вещества распадаются на простые химические соединения, которые могут всасываться в кровеносные и лимфатические сосуды. Часть этих веществ поступает в печень.

Толстая кишка. Остатки непереваренной пищи в полужидком состоянии поступают из тонкой кишки в толстую, где микрофлорой расщепляется клетчатка и большая часть воды снова всасывается в кровь. Полутвердые остатки пищи продвигаются в прямую кишку, откуда периодически выбрасываются из организма через задний проход. Добавление в пищевой рацион клетчатки (растительные волокна) способствует повышению функциональности толстой кишки.

Современный ритм жизни, постоянные стрессы, неправильное питание, неблагоприятная экологическая обстановка — все это сказывается на нашем организме, в том числе и на желудочно-кишечном тракте. С каждым годом растет число пациентов с хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями. Нередко следствием перехода болезни в хроническую форму является самолечение, которое только усугубляет течение заболевания, принося лишь временное улучшение состояния больного.

Наиболее распространенные гастроэнтерологические заболевания:

- **Хронический гастрит** — это воспаление слизистой оболочки желудка, которое сопровождается ее дистрофическими изменениями. Гастрит обостряется из-за нарушения режима и ритма питания, острой и жирной пищи, злоупотребления алкоголем, курения и стресса. Хроническим гастритом страдают 50% населения, и лишь только 10—15% обращается к врачам. В 75% случаев хронический гастрит сочетается с хроническим холециститом, аппендицитом, колитом и другими заболеваниями органов пищеварения.

- **Колит** — это острое или хроническое воспаление слизистой оболочки толстой кишки, которое нередко возникает при хронических воспалительных заболеваниях кишечника, а также инфекциях, вызываемых бактериями или вирусами и может осложняться воспалением желудка или тонких кишок.

- **Панкреатит** — это серьезное заболевание, при котором воспаляется поджелудочная железа из-за самопереваривания (поражение собственными ферментами). Согласно данным мировой статистики, в год острым панкреатитом заболевает от 200 до 800 человек из миллиона. Это заболевание чаще встречается у мужчин. Возраст больных колеблется в широких пределах и зависит от причин развития панкреатита. Острый панкреатит на фоне злоупотребления алкоголем возникает в среднем в возрасте около 39 лет, а при панкреатите, ассоциированном с желчекаменной болезнью, средний возраст пациентов составляет 69 лет. В зону риска этой болезни попадают мужчины и женщины, злоупотребляющие алкоголем, женщины во время беременности и в раннем послеродовом периоде,

а также взрослые и дети, питающиеся однообразно, склонные к перееданию.

• *Цирроз печени* — это общее заболевание с хроническим течением, обусловленное прогрессирующим поражением печени с полной перестройкой ее ткани, что приводит к нарушению всех ее функций и развитию хронической печеночной недостаточности. Развивается после перенесенного вирусного гепатита, на фоне хронического алкоголизма; иногда установить причину цирроза печени не удается. Чаще страдают мужчины, преимущественно в среднем и пожилом возрасте. По данным вскрытия, частота циррозов печени в мире колеблется между 7—10%, наиболее часто заболевание диагностируется у лиц старше 40 лет. Мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины.

• *Эзофагит* — это воспаление слизистой оболочки пищевода. Пищевод представляет собой трубку, которая соединяет полость рта с желудком. По статистике, 10% населения Земли старше 30 лет сталкивается с этой болезнью.

• *Язва желудка и двенадцатиперстной кишки.* Язвенная болезнь связана с нарушением нервных, а затем и гуморальных механизмов, регулирующих секреторную, моторную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, кровообращение в них, трофику слизистых оболочек. Отрицательные эмоции, длительные психические перенапряжения, патологические импульсы из пораженных внутренних органов при хроническом аппендиците, хроническом холецистите, желчнокаменной болезни и т.д. нередко являются причиной развития язвенной болезни. Отличительная особенность язвенной болезни — цикличность течения. Периоды обострения, которые обычно продолжаются от нескольких дней до 6—8 нед, сменяются фазой ремиссии. Во время ремиссии пациенты нередко чувствуют себя практически здоровыми, даже не соблюдая какой-либо диеты. Распространенность язвенной болезни среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% (в среднем 7—10%). А по своим размерам язва редко превышает 1 см.

В настоящее время к основным причинам развития язвенной болезни желудка и луковицы 12-перстной кишки специалисты относят:

- бактерию *Helicobacter pylori* (*H. pylori*);
- регулярный прием нестероидных противовоспалительных препаратов, таких как аспирин, ибупрофен, индометацин, диклофенак;
- недоброкачественную пищу;
- нарушение диеты;
- прием алкогольных напитков;
- наследственность.

• *Холецистит* — это воспаление желчного пузыря. По статистике, эта патология встречается у 13—15% населения планеты. Женщины страдают в 3—4 раза чаще. Холецистит бывает острым или хроническим.

• *Дискинезия желчных путей* — это комплекс расстройств желчевыводящей системы, обусловленных нарушениями двигательной функции желчного пузыря и желчных протоков при отсутствии их органических изменений. У больных отмечается либо чрезмерное, либо недостаточное сокращение

желчного пузыря. Как показывает практика, дискинезии чаще встречаются у женщин. Расстройства желчевыводящей системы могут быть определены ее повышенной сократительной активностью (гиперкинетическая дискинезия) или пониженной (гипокинетическая дискинезия). Гиперкинетическая дискинезия чаще встречается в молодом возрасте, гипокинетическая — у людей с неустойчивой психикой и после 40 лет. Паразитарные, глистные инфекции пищеварительного тракта нередко протекают с выраженными явлениями дискинезии желчного пузыря и желчных путей.

• *Дисбактериоз кишечника* — это синдром, при котором нарушается нормальное соотношение представителей кишечной микрофлоры. Согласно критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), дисбактериоз не относится к заболеваниям. По мнению большинства ученых, дисбактериоз является не причиной, а следствием других патологий. Этот синдром, а также его диагностика и лечение являются предметом ожесточенных споров в медицинских кругах. Дисбактериоз считают или источником практически всех проблем со здоровьем, или микробиологическим термином, не имеющим большого практического значения.

• *Рак желудка.* В структуре онкологической заболеваемости и смертности населения России рак желудка занимает 2-е место после рака легкого. Ежегодно в нашей стране учитывается 48,8 тыс. новых случаев этого заболевания, что составляет немногим более 11% от всех злокачественных опухолей. Около 45 тыс. россиян ежегодно умирают от рака желудка. В подавляющем большинстве стран мира заболеваемость мужчин в 2 раза выше, чем у женщин. Максимальный уровень заболеваемости раком желудка (114,7 на 100 тыс. населения) отмечен у мужчин Японии, а минимальный (3,1 на 100 тыс. населения) — у белых женщин США.

Гастроэнтерологическое отделение организовано 14 марта 1988 г., работает согласно принятым стандартам лечения и диагностики Министерством здравоохранения РФ (приказ от 22.06.2009 № 820). 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 общей врачебной практики 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.

С 14 июля 2007 г. по 31 декабря 2011 г. в отделении функционировало 40 коек для пациентов,

поступавших по линии ОМС. С 1 января 2012 г. оставлено 35 коек только для сотрудников МВД, УФСИН, МЧС, членов их семей и вольнонаемных сотрудников МВД (табл. 1).

Таким образом, увеличилось количество пенсионеров МВД на 4,6%; количество пациентов по платным услугам — на 2%; количество военнослужащих — на 1,1%; членов семей сотрудников МВД — на 1%; количество аттестованных — на 0,9%; уменьшилось количество вольнонаемных на 1,6%;

количество сотрудников УИН — на 3,8%; количество сотрудников МЧС — на 4,2%; количество военно-служащих — на 0,9%.

План койко-дня был выполнен в 2012 г. на 90,5%, в 2013 г. — на 81,5%. Снизился (несмотря на улучшение оборота койки на 1,9 по сравнению с 2012 г. и такого показателя, как средняя длительность койки на 2,7) на 9% за счет снижения такого показателя, как средняя занятость койки на 18,7 (табл. 2). Данные всех этих показателей (оборот койки — 18,8; средняя

Таблица 1

Социальный статус пролеченных пациентов

Показатель	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	Кол-во чел.	%								
Всего прошли лечение	459	100	510	100	442	100	571	100	658	100
Из них										
Аттестованные	242	53,0	274	53,7	225	50,9	285	49,9	334	50,8
Вольнонаемные	17	3,7	22	4,3	23	5,2	23	4,0	16	2,4
Члены семей	25	5,4	24	4,7	20	4,5	31	5,4	42	6,4
Пенсионеры МВД	74	16,1	92	18,1	88	19,9	110	19,3	157	23,9
Военнослужащие	19	4,1	24	4,7	2	0,4	18	3,2	28	4,3
УИН	33	7,1	41	8,1	58	13,1	61	10,7	46	6,9
ПЧ	23	5,0	18	3,5	24	5,4	41	7,2	20	3,0
Платные	26	5,6	15	2,9	3	0,6	—	—	15	2,3

Таблица 2

Основные показатели работы гастроэнтерологического отделения

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Выполнение плана койко-дня, %	101,9	116	90,7	90,5	81,5
Средняя занятость койки, дней	346,8	394,8	308,8	274,7	256,0
Средняя длительность пребывания больного на койке, дней	15,1	15,3	14,4	13,8	13,6
Оборот койки	23,0	25,7	21,4	16,9	18,8
Летальность	—	—	—	0,17	—

Таблица 3

Структура госпитальной заболеваемости по МВД (койко-день, %)

Заболевания	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	К/д	%								
Язвенная болезнь 12-перстной кишки средней тяжести	15,1	26,8	15,2	24,3	12,9	25,1	11,6	15,8	12,1	9,6
Хронический панкреатит	15,3	15,7	14,1	12,4	15,3	12,9	12,3	11,4	13,8	9,2
Хронический гастродуоденит	14,4	12,2	13,9	13,7	12,4	8,8	11,0	8,4	10,6	7,6
Хронический эрозивный гастродуоденит	14,7	10,5	14,9	14,1	13,8	19,4	11,4	13,1	11,9	11,7
Хронический холецистит средней степени тяжести	13,8	9,8	14,7	8,4	13,2	6,8	10,0	1,2	9,5	1,8
Дискинезия толстого кишечника	16,3	3,9	13,7	3,1	10,6	3,2	9,7	1,8	10,3	0,8
Хронические гепатиты	15,2	3,5	16,6	3,3	16,2	3,6	16,1	8,6	16,7	8,5
Язвенная болезнь желудка средней тяжести	15,2	2,6	15,8	3,5	14,0	4,1	15,6	7,4	16,0	6,2
Эрозивный эзофагит	13,5	2,6	14,3	3,1	14,5	4,8	15,6	14,7	15,7	11,2
ЖКБ	12,0	2,0	13,1	1,0	12,8	2,0	9,2	0,5	10,8	1,2
ГЭРБ	12,7	1,8	14,6	5,7	11,4	2,9	9,5	4,0	11,2	4,9
ПХЭС	15,1	1,5	13,5	0,6	12,2	1,8	10,0	0,5	12,2	1,0
НЯК	19,2	1,5	21,0	1,0	15,2	0,7	22,4	2,1	17,9	1,0

Заболевания	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	К/д	%								
Язвенная болезнь 12-перстной кишки тяжелой степени	15,0	1,3	—	—	—	—	17,5	2,1	15,9	4,1
Цирроз печени	16,3	1,1	17,0	1,8	16,3	0,7	17,5	2,1	17,6	2,3
Хронические холециститы тяжелой степени	15,2	0,9	—	—	—	—	12,3	2,5	13,4	4,1
Синдром Жильбера	15,0	0,7	15,5	1,2	13,0	0,2	9,0	0,4	11,6	0,5
Язвенная болезнь желудка тяжелой степени	15,4	0,4	—	—	—	—	1,0	0,4	13,8	0,6
Онкология	13,0	0,4	12,0	0,4	18,5	0,5	9,8	0,9	12,1	0,9
Болезнь Крона	19,0	0,2	19,0	0,2	21,0	0,2	18	0,1	19,0	0,2
ПГРС	16,5	0,4	—	—	—	—	13,5	1,1	18,5	0,3
АИГ	14,3	0,2	—	—	—	—	26,0	0,1	14,5	0,6
Пищевод Баретта	—	—	20,0	0,2	14,5	0,5	14,6	0,7	13,0	0,2
Дивертикулярная болезнь кишечника	—	—	12,5	0,4	14,0	0,2	28,0	0,1	15,8	0,6
СРК	—	—	15,2	1,6	8,0	1,4	—	—	17,0	0,2
ПБЦ	—	—	—	—	23,0	0,2	—	—	17,0	0,2
ГПОД	—	—	—	—	17,5	2,1	—	—	15,9	6,4
Эзофагит	—	—	—	—	12,3	2,5	—	—	15,9	4,1

длительность пребывания больного на койке — 13,6) говорят о четком соблюдении медико-экономических стандартов.

Таким образом, основной контингент составляют больные с хроническими эрозивными гастродуоденитами, эрозивными эзофагитами, язвенной болезнью 12-перстной кишки, а также с хроническими панкреатитами. Увеличилось количество таких заболеваний, как грыжа пищеводного отверстия диафрагмы на 4,3% и эзофагит на 1,6% (табл. 3).

На время универсиады было организовано observational отделение, где лечились сотрудники МВД из приданных сил. Всего было выписано с улучшением состояния 54 человека.

За последние годы 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, аденома большого дуоденального соска. В настоящее время с приобретением нового эндоскопа с видеостойкой во время проведения фиброгастродуоденоскопии у 100% больных берется биопсия для выявления *Нр*.

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

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 и фитотерапии.

Проведено 16 занятий с участием врачей отделения на следующие темы: «Запорный синдром», «Алкогольная болезнь печени», «Гастрозофагеальная рефлюксная болезнь», «Язвенная болезнь желудка и луковицы 12-перстной кишки, ассоциированная с *Нр*».

С сентября 2010 г. до 2012 г. в Клиническом госпитале МСЧ МВД России по РТ работает КПО КГМА Минздрава России под руководством профессора Р.С. Сайфутдиновой, которая первая среди кафедр открыла школу для пациентов, внедрила в госпитале такие обследования, как определение скрытой крови в кале с помощью теста Colon View НВ&НВ/НР (анализ кала на гаптоглобин и гемоглобин), экспресс-тест для диагностики лактазной недостаточности и экспресс-тест для диагностики хеликобактера пилори.

Клинический случай, диагноз подтвержден таким дообследованием, как ультрасонография.

Пациент Г., 65 лет, поступил на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженные боли в верхней половине живота опоясывающего характера после приема пищи, вздутие живота, распирающие по всему животу, горечь во рту, жидкий стул до 2 раз в день без патологических примесей, режущие боли в правой позадочной области, купирующиеся после акта дефекации.

Анамнез. Болен с 2010 г. впервые появились приступы болей в животе. При обследовании выяв-

лена желчекаменная болезнь. В 2011 г. произведена лапароскопическая холецистэктомия. Месяц назад боли в животе вновь возобновились после нарушения в диете.

Проведены следующие обследования:

ОАК: СОЭ — 42-43-49 мм/ч; лейкоциты — 7,8-8,7-8,5×10⁹/л; эритроциты — 5,29×10¹²/л; гемоглобин — 12,4 г/л; тромбоциты — 292-330-278×10⁹/л; лимфоциты — 37,0%; моноциты — 6,7%; гранулоциты — 56,3; палочкоядерные — 3%; эозинофилы — 3%; сегментоядерные — 5%.

БАК: общий билирубин — 14 мкмоль/л; прямой билирубин — 2-8,5 мкмоль/л; АЛТ — 72-68-42 Ед/л; АСТ — 44-45-25 Ед/л; холестерин — 4,4; глюкоза — 3,7 ммоль/л; щелочная фосфатаза — 500-946-561 Ед/л; γ-глутамил транспептидаза — 42,0 Ед/л; амилаза крови — 294-57 Ед/л; С-реактивный белок — пол.(+); фибриноген А — 3,7 г/л; фибриноген — отр.; протромбиновое время — 17 с, протромбиновый индекс — 94%.

ОАМ: уд. вес — 1020; рН — 5,0; белок — отр., сахар — отр.; лейкоциты — 1—2 в поле зрения; эпителий — 1—2 в поле зрения.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС — 80 уд/мин; нормальное положение ЭОС; снижен вольтаж зубцов желудочного комплекса в стандартных, усиленных от конечностей отведениях.

ФГДС: гастродуоденит.

УЗИ ОБП: печень: правая доля — 149 мм (0,9 см), левая доля — 77 см (0,7 см). В пятом сегменте визуализируется киста диаметром 17 мм. Желчный пузырь удален, ложе без особенностей. Холедох — 9 мм, в области головки поджелудочной железы — 10 мм. Поджелудочная железа: головка — 35 мм, тело — 26 мм, хвост — 18 мм. Воротная вена — 10 мм. Селезеночная вена — 5 мм. Селезенка — 104×36 мм. Почки без патологических изменений.

В результате обследования пациенту был выставлен предварительный диагноз: хронический токсический гепатит с синдромом холестаза и цитолита. Хронический панкреатит в стадии обострения. Киста печени.

На фоне проводимой терапии спазмолитиками, миотропными спазмолитиками, ингибиторами протонной помпы, ингибиторами протеаз, антибактериальными препаратами, гепатопротекторами, ферментами самочувствие пациента улучшилось незначительно, а в лабораторных анализах наблюдалась тенденция к ухудшению (прямой билирубин — 8,5 мкмоль/л; щелочная фосфатаза — 946 Ед/л; гамма-ГТП — 428 Ед/л; амилаза крови — 294 Ед/л), что свидетельствует о наличии механического препятствия для оттока желчи и усилении холестаза, что и привело к мысли о дообследовании пациента методом эндоскопической ультрасонографии. Желчевыводящие протоки визуализируются четко на всем протяжении от бифуркации до БДС: расширен в верхней трети до 10,6 мм, в средней трети до 8 мм, в нижней трети до 7 мм; в просвете нижней трети определяется гиперэхогенная структура до 9,0 мм с эффектом акустической тени. Панкреатобилиарное соустье

общее. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа: данных об очаговом образовании головки не выявлено, тело однородное, повышенной эхогенности, головка — 26 мм с ровными контурами, вирсунгов проток — до 2 мм; тело — 14 мм, хвост — 21 мм, экоструктура однородная. В гепатодуоденальной связке — единичный лимфоузел до 7×5 мм.

В результате проведенного обследования был выставлен заключительный диагноз: постхолецистэктомический синдром, холедохолитиаз. Киста печени. Реактивный панкреатит. Пациенту рекомендовано оперативное лечение.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Черногорова, М.В. Практическая гастроэнтерология в России: становление, развитие, перспективы / М.В. Черногорова, Е.А. Белоусова, В.Ю. Семенов // Проблемы управления здравоохранением. — 2006. — № 3. — С.27—32.
2. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение / под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. — М., 2007.
3. Практическая панкреатология / под ред. Н.Б. Губергриц. — М., 2006.
4. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика, лечение / под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова, А.Ф. Логиновой. — М., 2011.
5. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапина. — М., 2008.
6. Губергриц, Н.Б. Боль при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки / Н.Б. Губергриц. — М., 2010.
7. Губергриц, Н.Б. Боль при заболеваниях кишечника / Н.Б. Губергриц. — М., 2010.

REFERENCES

1. Chernogorova, M.V. Prakticheskaya gastroenterologiya v Rossii: stanovlenie, razvitie, perspektivy / M.V. Chernogorova, E.A. Belousova, V.YU. Semenov // Problemy upravleniya zdavoohraneniem. — 2006. — № 3. — S.27—32.
2. Gastroenterologiya i gepatologiya. Diagnostika i lechenie / pod red. A.V. Kalinina, A.I. Hazanova. — M., 2007.
3. Prakticheskaya pankreatologiya / pod red. N.B. Gubergric. — M., 2006.
4. Gastroenterologiya i gepatologiya. Diagnostika, lechenie / pod red. A.V. Kalinina, A.I. Hazanova, A.F. Loginovoi. — M., 2011.
5. Gastroenterologiya. Nacional'noe rukovodstvo / pod red. V.T. Ivashkina, T.L. Lapina. — M., 2008.
6. Gubergic, N.B. Bol' pri zabolevaniyah pischevoda, zheludka, dvenadcatiperstnoi kishki / N.B. Gubergic. — M., 2010.
7. Gubergic, N.B. Bol' pri zabolevaniyah kishchnika / N.B. Gubergic. — M., 2010.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ

АЛЕКСАНДР ГЕННАДИЕВИЧ АГЕЕВ, зав. 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

ЮНУС ФАЗЫЛОВИЧ ГИМАДЕЕВ, врач-хирург высшей квалификационной категории, ординатор хирургического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ

ЛЕНАР ФАРАХУТДИНОВИЧ САБИРОВ, канд. мед. наук, начальник Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ

ИВАН АНАТОЛЬЕВИЧ СТРОИТЕЛЕВ, врач-хирург-уролог высшей квалификационной категории, ординатор хирургического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ

САЛИХ РАФКАТОВИЧ ФАТТАХОВ, лор-врач высшей квалификационной категории, ординатор хирургического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ

ИЛЬДАР ФОАТОВИЧ АХТЯМОВ, профессор, зав. кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

БОРИС МИХАЙЛОВИЧ МИРОЛУБОВ, доцент кафедры ангиологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Реферат. В статье отражена деятельность многопрофильного хирургического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ за 5 лет — с 2009 по 2013 г. 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.

COMPARATIVE ANALYSIS OF MULTI-SURGICAL UNIT OF CLINICAL HOSPITAL MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS OF THE REPUBLIC OF TATARSTAN

ALEXANDER G. AGEYEV, YUNUS F. GIMADEYEV, LENAR F. SABIROV, IVAN A. STROITELEV, SALIKH R. FATTAKHOV, ILDAR F. AKHTYAMOV, BORIS M. MIROLUBOV

Abstract. 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.

Key words: 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 асоциальным и антисоциальным 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 — все 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 госпи-

таля 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 ведомства 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 принятым стандартам лечения и диагностики на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.12.2010 № 1182н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями». Кроме того, отделение в работе руководствуется строго приказами МЗ СССР от 10.06.1985 № 77 «О введении в действие отраслевого стандарта «Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы»; МЗ СССР от 31.07.1978 № 720 «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усиление мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями, санэпиднадзор»; МЗ РТ от 17.04.2002 № 123 «Об утверждении отраслевого стандарта. Протокол ведения больных. Пролезни»; МЗ РТ от 12.11.1997 № 330 «О мерах по улучшению учета, выписывания и хранения наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ».

Во все времена считается, что «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 КГМА во главе с профессором И.Ф. Ахтямовым, кафедры ангиологии КГМУ в лице доцента кафедры Б.М. Миролюбова. 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 г. успешно проведена апробация стафилопротейно-синегнойной жидкой адсорбированной вакцины в лечении тяжелых гнойно-септических больных. Доказано, что вакцина эффективна в профилактике гнойных и простудных инфекций может быть рекомендована для вакцинации сотрудников МВД, работающих в полевых условиях, в экстремальных условиях.

Начальник отделения А.Г. Агеев разработал и внедрил в лечение обширных гнойных ран, диабетической стопы, трофических язв голени оригинальный метод аутодермопластики. Этот метод отражен в статье «Аспекты хирургического лечения гнойного подрывного фолликулита Гоффмана», а также освещен на IV Всероссийской конференции мед. работников МВД, на Поволжской конференции, посвященной лечению «диабетической стопы». В отделении разрабатываются и внедряются новые методы лечения остеоартрозов коленных суставов, осложненных синовитом, выполняются внутрисуставные новокаиновые блокады с оригинальным «коктейлем» (наропин, В₁₂, ауфлутоп, дексаметазон, дипроспан). Данный коктейль быстро купирует синовит, снимает надолго болевой синдром, значительно улучшает функцию суставов за счет восстановления суставного хряща.

В госпитале начальник хирургического отделения А.Г. Агеев провел конференцию «Холецистокардиальный синдром» с участием кафедральных работников.

При анализе структуры заболеваемости в хирургическом отделении 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 нижних конечностей, тромбозы, илеофemorальный тромбоз, ТЭЛА. На 3-е место (10%) — гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, диабетическая стопа, критическая ишемия нижних конечностей, трофические язвы, гангрена. Затем 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, пиелонеф-

риты, 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 И.Ф. Ахтямова в отделении развернуто 7 травматологических коек, на которых работают 2 травматолога (0,25 ставки). Травматологи выполняют высокотехнологичные операции по эндопротезированию тазобедренных и коленных суставов. Ежегодно 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 Б.М. Миролубов, который выполняет малоинвазивные операции на венах и артериях конечностей, проводит большую консультативную и экспертную работу в данной области. В 2011 г. Б.М. Миролубов издал учебное пособие «Ангиопатология и основы сосудистой хирургии».

Травматологи отделения на фоне практической работы занимаются научной работой, участвуют и сами выступают на региональных и международных медицинских конференциях: Международная конференция «Современные вопросы эндопротезирования тазобедренных суставов», доклад профессора И.Ф. Ахтямова, Вена, март 2011 г.; Всероссийская конференция «Ошибки и осложнения в травматологии и ортопедии», Омск, март 2011 г.; семинар «Хондропротекция в вертеброневрологии», профессор Р.А. Алтунбаев, апрель, 2011., где рассматривались вопросы нового применения препарата хондропротекторов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата; конференция по эндопротезированию, доклад профессора И.Ф. Ахтямова; конгресс ревматологов «Эндопротезирование в ревматологии», доклад профессора И.Ф. Ахтямова.

В отделении применяются новые методы ведения больных: внедрена операция по Скарфу с применением винтов Гербера при «Hallux Walgus»; при помощи аппарата «Инфузамат» проводится лечение коксартроза II стадии наропином через введение его в перидуральное пространство; проводилось иссле-

дование препарата «Продакса» для профилактики тромбоземболии 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 уретороскоп 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, например в таких, как Всероссийская конференция «Андрология. Эндокринные проблемы мужчин фертильного возраста» (март 2011 г.); выступил на медицинской конференции МВД с докладом «Эндоскопическое малоинвазивное лечение варикоцеле»; статья «Применение бегущего магнитного поля в комплексном лечении больных хроническим простатитом» напечатана в сборнике тезисов (И.А. Буренина, В.В. Хасанов).

Освоена методика биопсии почек в РКБ на кафедре КГМА, под контролем УЗИ внедряется биопсия почек и наложение нефростомы чрескожно. Освоена контактная литотрипсия камней мочеточника, мочевого пузыря, почек литотриптером фирмы «LUT» («Медиа-Lux-600», Германия). Освоен уретороскоп фирмы «LUT» (Германия). Осваивается и применяется в работе тройной зажим для захвата конкрементов.

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

Плановые и неотложные операции, выполняемые в хирургическом отделении Клинического госпиталя МВД

1. Хирургические операции на гепатобилиарной зоне: лапароскопические холецистэктомии, дренирующие операции на холедохе, ХДА. На желудке: резекция желудка по В-I, В-II модификация Андру—Кохера. На кишечнике: резекция кишечника, левосторонняя, правосторонняя гемиколэктомия, колостомы, операция Монастырского, энтеростомы, гастростомы. Дренирующие операции при панкреонекрозе. На передней брюшной стенке: большие послеоперационные рецидивные грыжи с пластикой пропиленовой сеткой. Различные паховые, пахово-мошоночные грыжи по Жирану—Кимбаровскому, Лихтенштейну. Удаление доброкачественных опухолей. На сосудах: флебэктомии по Бебкокку, Линтену. Геморроидэктомия.

2. Неотложная хирургия: аппендэктомия, холецистэктомия, перфоративная язва, панкреонекроз, 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, парап्राктит, гангрена мягких тканей (атеросклеротическая, диабетическая и др.). Аутодермопластика длительно не заживающих и обширных ран. Ампутация пальцев, стопы, голени, бедра. Дренаж 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 Иванесевича; 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 выполняются 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 том числе 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. Организация 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.

Средняя длительность пребывания больных уменьшилась до 10,3 дня. Увеличился оборот койки до 25,3 дня. План койко-дня в основном выполняется на 92,8%. Низкое выполнение койко-дня в 2012—2013 гг. связано с ремонтом операционного блока и отделения. Стабильно сохраняется хирургическая активность (51—52%), что соответствует средним показателям городских больниц республики (табл. 1).

Из табл. 2 видно, что основной контингент пролеченных больных — это аттестованные и пенсионеры МВД.

Из табл. 3 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 анестезиологов и реаниматоров имеется 3 ставки врачей-анестезиологов-реаниматологов (1,5 вакантная), 6,5 ставки медсестры-анестезиста (табл. 4).

Через палату ПИТ на 6 коек для лечения и выхаживания тяжелобольных клинического госпиталя в год проходит более 150 тяжелых больных различного профиля, постепенно увеличивается количество проведенных наркозов, что указывает на интенсивность работы анестезиолога-реаниматолога. Уменьшение наркозов в 2012 г. и 2013 г. связано с отсутствием анестезиолога-реаниматолога, так как работа велась за счет совместителей.

Таблица 1

Основные показатели работы хирургического отделения

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Средняя занятость койки	280,3	315,6	287,1	236,1	259,1
Оборот койки	20,1	24,1	21,5	19,9	25,3
Выполнение койко-дня, %	82,4	92,8	84,4	69,4	78,7
Средняя длительность пребывания на койке, дни	13,9	13,1	13,3	11,8	10,3
Хирургическая активность, %	50,7	48,0	44,6	51,2	51,8
Общая летальность	—	0	0	0	0,09
Расхождение диагнозов, %	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01

Социальный статус пролеченных пациентов

Показатель	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Аттестованные	446	49,2	590	54,1	441	45	412	45,7	585	51,7
Члены семей	45	4,9	42	3,8	77	7,6	81	9,0	78	6,89
Пенсионеры	189	20,8	193	17,6	212	22,2	247	27,4	278	24,58
Вольнонаемные	29	3,2	23	2,1	19	2,0	19	2,2	13	1,4
МЧС	37	4,0	37	2,3	39	4,1	46	5,1	52	4,59
УИН	67	7,3	62	5,6	62	1,5	62	6,8	81	7,16
Платные больные	67	7,3	120	11,0	100	10,4	17	1,8	31	2,74
Военнослужащие	26	2,8	22	2,0	21	0,6	16	1,7	13	1,14
Всего	906	—	1089	100,0	971	100,0	900	100,0	1131	100,0

Таблица 3

Выполнено операций

Операции	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Всего
Всего операций, из них	460	527	433	460	590	3407
хирургических	371	275	202	347	423	2460
урологических	21	39	43	20	48	222
лор-больных	16	91	66	93	80	390
травматологических	52	122	122	21	16	333
ангиохирургических	10	12	19	24	23	88

Таблица 4

Оказано анестезиологических пособий (2009—2013)

Наркоз	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Интубационный	26	33	49	43	49
Спинно-мозговой	18	91	77	44	41
Внутривенный	18	24	18	18	17
Сакральный	2	2	6	—	—
Перидуральный	10	24	2	10	15
Внутримышечное потенцирование	1	1	2	2	2
Всего	75	175	154	117	124

Выводы. За отчетный период с 2009—2013 г. 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 1997 г. значительно увеличился объем работы отделения. Стабильно сохраняется хирургическая активность, увеличился объем оперативного пособия, в том числе травматологическим больным и больным с заболеваниями сосудов, улучшилось качество работы. В работе коллектив отделения всегда ориентируется на медико-экономические стандарты. Увеличился объем оказания платных услуг. Средняя длительность пребывания больных уменьшилась до 10,3 дня. Увеличился оборот койки до 25,3 дня. План койко-дня в основном выполняется на 92,8%. Низкий койко-день в 2011 г. 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович, Б.И. Хирургия печени и желчных путей / Б.И. Альперович. — Томск, 1997.
2. Гальперин, Э.И. Рубцовые стриктуры желчных протоков / Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузовлев, С.Р. Карангюлян. — М.: Медицина, 1982.
3. Гепатобилиарная хирургия: руководство для врачей / под ред. Н.А. Майстренко, А.И. Нечая. — СПб.: Специальная литература, 2002.
4. Королев, Б.А. Экстренная хирургия желчных путей / Б.А. Королев, Д.Л. Пиковский. — М.: Медицина, 2000.
5. Напалков, П.Н. Свищи желчных путей / П.Н. Напалков, В.Г. Учваткин, Н.Н. Артемьева. — Л.: Медицина, 1976.
6. Напалков, П.Н. Пластика терминального отдела желчного и панкреатического протоков / П.Н. Напалков, Н.Н. Артемьева, В.С. Качурин. — Л.: Медицина, 1980.
7. Родионов, В.В. Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой) / В.В. Родионов, М.И. Филомонов, В.М. Могучев. — М.: Медицина, 2001.
8. Сачек, М.Т. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии / М.Т. Сачек, В.В. Аничкин. — Минск, 1986. — 191 с.

9. Струков, А.И. Патологическая анатомия / А.И. Струков, В.В. Серов. — М.: Медицина, 1985. — 655 с.
10. Тураев, П.И. Хроническая венозная недостаточность и трофические язвы нижних конечностей / П.И. Тураев. — Винница: Нова Книга, 2005. — 208 с.

REFERENCES

1. Al'perovich, B.I. Hirurgiya pecheni i zhelchnyh putei / B.I. Al'perovich. — Tomsk, 1997.
2. Gal'perin, E.I. Rubcovye striktury zhelchnyh protokov / E.I. Gal'perin, N.F. Kuzovlev, S.R. Karangulyan. — M.: Medicina, 1982.
3. Gepatobiliarnaya hirurgiya: rukovodstvo dlya vrachei / pod red. N.A. Maistrenko, A.I. Nechaya. — SPb.: Special'naya literatura, 2002.
4. Korolev, B.A. Ekstrennaya hirurgiya zhelchnyh putei / B.A. Korolev, D.L. Pikovskii. — M.: Medicina, 2000.
5. Napalkov, P.N. Svischi zhelchnyh putei / P.N. Napalkov, V.G. Uchvatkin, N.N. Artem'eva. — L.: Medicina, 1976.
6. Napalkov, P.N. Plastika terminal'nogo otdela zhelchnogo i pankreaticheskogo protokov / P.N. Napalkov, N.N. Artem'eva, V.S. Kachurin. — L.: Medicina, 1980.
7. Rodionov, V.V. Kal'kuleznyi holecistit (oslozhnenni mehanicheskoi zheltuhoi) / V.V. Rodionov, M.I. Filomonov, V.M. Moguchev. — M.: Medicina, 2001.
8. Sachek, M.T. Posleoperacionnye oslozhneniya v abdominal'noi hirurgii / M.T. Sachek, V.V. Anichkin. — Minsk, 1986. — 191 s.
9. Strukov, A.I. Patologicheskaya anatomiya / A.I. Strukov, V.V. Serov. — M.: Medicina, 1985. — 655 s.
10. Turaev, P.I. Hronicheskaya venoznaya nedostatochnost' i troficheskie yazvy nizhnih konechnosti / P.I. Turaev. — Vinnica: Nova Kniga, 2005. — 208 s.

© Ф.Ф. Аглиуллина, Н.Б. Амиров, 2014

УДК 614.21(470.41):616-082:351.74

ДИНАМИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН С 2009 ПО 2013 ГОД

ФАНИЯ ФАИЗОВНА АГЛИУЛЛИНА, зав. отделением реабилитации Клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел. (843)291-26-92

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», тел. (843)291-26-76

Реферат. Отражена динамика деятельности отделения реабилитации Клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан за 4-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.

ACTIVITY'S DYNAMICS OF REHABILITATION UNIT OF CLINICAL HOSPITAL OF MES MIA OF RUSSIA IN TATARSTAN REPUBLIC FROM 2009 TILL 2013

FANIJA F. AGLIULLINA, NAIL B. AMIROV

Abstract. Reflects the dynamics of the rehabilitation department of Clinical Hospital MSU Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for the 4-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.

Key words: 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 завершён-

ности реформирования необходимо пересмотреть систему медицинского обеспечения граждан, занятых в этой сфере. Фундаментальное значение в правоохранительной системе имеет 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». Этот федеральный закон регламентирует и вопросы медицинского обслуживания действующих и уволенных со службы сотрудников, членов их семей [1]. В то же 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 2009 г. Открытие данного подразделения было обусловлено реализацией нормативных документов: Постановления Правительства РФ от 12.01.2007 г. «Об утверждении Правил социальной реабилитации лиц, пострадавших в результате террористического акта, а также лиц, участвующих в борьбе с терроризмом» и приказа МВД России от 30.04.2004 г. «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 [5]. 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 также требует постоянного внутреннего напряжения.

В своей работе отделение реабилитации руководствуется следующими нормативными актами:

1. Приказом Минздрава от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».

2. Приказом Минтруда РФ, Минздрава РФ и Минобразования РФ от 23.12.1996 № 21/417/515 «Об утверждении примерного положения о реабилитационном учреждении».

3. Приказом МЗ РФ от 01.07.2003 № 296 «О совершенствовании организации восстановительного лечения в РФ».

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

5. Приказом МЗ и СР РФ от 22.08.2005 № 534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы».

6. Приказом МЗ и СР РФ от 27.01.2006 № 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 III, IV 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 *табл. 1*, за время работы отделения пролечено всего 2120 больных. Отмечается тенденция роста количества пролеченных больных. В то же время средняя длительность пребывания больного на койке снизилась с 17,2 (2009) до 15,3 (2013). Процент выполнения койко-дня в 2011 г. составил 100% (98,7% в 2009 г.). Но последующие 2 года наблюдалось снижение основных показателей, что обусловлено увеличением количества коек до 35 с 1 апреля 2012 г. и снижением поступления плановых больных в летние месяцы и во время проведения Универсиады в 2013 г. За I квартал 2014 г. наблюдается положительная тенденция по выполнению основных показателей работы отделения, что обусловлено, в первую очередь, улучшением взаимосвязи с поликлиникой, планированием работы по госпитализации больных, в том числе госпитализацией аттестованных сотрудников для прохождения курса реабилитации после командировки в СКР.

Таблица 1

Динамика основных показателей отделения с 2009 по 2013 г.

Основные показатели	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Количество пролеченных больных, чел.	44	486	512	579	499
Средняя занятость койки в году, дней	28,3	332,8	339,9	254,1	218,3
Процент выполнения плана койко-дня, %	50	97,8	100	80,5	70,1
Оборот койки	2,1	19,4	20,6	16,6	15,3
Средняя длительность больного на койке, дней	13,2	17,2	16,5	15,3	15,3
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 больного в отделении поставить клинический диагноз и назначить лечение.

В отделении функционируют массажный кабинет и кабинет психоэмоциональной разгрузки. Огромным подспорьем для эффективной работы стал новый, трехэтажный физиотерапевтический корпус госпиталя, открывшийся летом 2013 г. Пациенты отделения реабилитации ежедневно получают до пяти физиотерапевтических процедур, среди которых и традиционные, и современные высокотехнологичные, как, например, бесконтактная гидромассажная ванна «Аква-релакс», инфракрасная сауна, криотерапия, воздействие аппаратом светолечения «Биоптрон» и др. 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 табл. 2.

Таблица 2

Структура заболеваемости по нозологическим формам

Нозология	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
ИБС, %	3,1	7,78	6,89	2,2
Гипертоническая болезнь, %	5,59	7,78	10,86	6,6
ЦВБ, %	28,77	23,02	15,0	17,0
Синдром вегетативной дисфункции, %	11,8	6,02	5,0	2,8
Вертеброгенные заболевания нервной системы, %	30,96	34,61	20,68	36,0
Последствия ОНМК, %	3,31	2,72	2,41	5,4
Заболевания суставов и околоуставных поверхностей, %	1,64	1,92	0,68	13,58
Состояние после переломов костей, %	0,82	4,66	4,13	3,80
Последствия ЧМТ, %	1,65	4,28	3,79	4,0
Заболевания легких, %	1,22	0,38	—	—
Заболевания ЖКТ, %	—	2,33	6,55	0,62

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

Преобладание вертеброгенных заболеваний 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 цереброваскулярной патологией, скорее всего, обусловлено наличием психотравмирующих факторов.

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.

Также значительно выросло количество пациентов, получающих реабилитационное лечение с заболеваниями суставов, после перенесенных переломов, операций на суставах. Это обусловлено и возросшим количеством оперативных вмешательств на суставах, а также введением в программу реабилитации таких методов воздействия, как парафинотерапия, магнито- и лазеротерапия, наличием тренажеров для проведения комплексной программы восстановления функции опорно-двигательной системы.

Приоритетным направлением Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ является восстановление и сохранение здоровья штатных сотрудников МВД, поэтому аттестованному составу уделяется самое пристальное внимание.

Как видно из табл. 3, аттестованные сотрудники за изучаемый период занимают 1-е место среди социального статуса пролеченных больных. Примерно 9% из общего количества аттестованных занимают сотрудники, вернувшиеся из горячих точек Северо-Кавказского региона. Также большое внимание уделяется восстановлению здоровья пенсионеров МВД, эта группа составляет основной процент среди пролеченных больных. Рост количества пенсионеров, скорее всего, объясняется прошедшей переаттестацией сотрудников в 2011 г. Сотрудники МЧС могут пройти лечение в условиях реабилитационного центра МЧС России, поэтому количество пациентов, прошедших лечение в нашем отделении, невелико.

Таблица 3

Социальный статус больных

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Аттестованные	32	293	253	324	238
Пенсионеры МВД	6	98	135	138	148
УИН	1	27	37	38	28
МЧС	—	11	20	20	11
Члены семей	3	25	38	45	55
Вольнонаемные	—	12	23	13	18
Внебюджетные больные	—	9	5	1	1
Военнослужащие	2	11	1	—	—
Всего	44	483	512	579	499

Продолжительность курса реабилитационной терапии в среднем составляет от 9 до 21 дня в зависимости от основной нозологической формы. Если при гипертонической болезни I стадии время пребывания больного в отделении занимает 9 койко-дней, то уже с таким грозным осложнением гипертонической болезни, как острое нарушение мозгового кровообращения — 18—21 день. 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. Разработаны программы реабилитации по основным направлениям, которые включают медикаментозное и в основном немедикаментозное воздействие. Расширение программ реабилитации стало возможным благодаря вводу в эксплуатацию нового здания физиотерапевтического отделения.

Это современное, эстетичное, комфортное 3-этажное здание, в котором разместились просторные и светлые кабинеты с новейшим физиотерапевтическим оборудованием. По мнению медицинских экспертов, оснащение отделения по качеству ничуть не уступает оснащению профильных клиник, например, в Германии. Однако есть принципиальная разница — пациенты госпиталя могут пользоваться возможностями отделения абсолютно бесплатно. На новое физиотерапевтическое отделение большие надежды возлагают врачи всех отделений госпиталя, но самым большим подспорьем оно стало в работе отделения реабилитации.

В составе отделения физиотерапии: водолечебница, пул сухих углекислых ванн, инновационная «Альфа-капсула», кабинет криотерапии, кабинет теплолечения, центр аппаратной физиотерапии, кабинет магнитотерапии, центр лечебной физкультуры, кабинет рефлексотерапии и гирудотерапии, фито- и кислородный бары, а также массажные кабинеты.

Самую большую часть здания (весь первый этаж) занимает водолечебница, в которой есть лечебно-оздоровительный бассейн с плавательной дорожкой. Плавательные процедуры совмещаются с пребыванием в финской инфракрасной сауне, которая за считанные минуты глубоко воздействует на организм и активизирует обменные процессы. Кроме того, в водолечебнице имеются гидромассажные ванны, в том числе и бесконтактные, а также душевой зал, в котором проводится циркулярный душ и душ Шарко. Процедуры в гидромассажных ваннах могут сопровождаться музыкотерапией и светотерапией (в оборудовании предусмотрена такая функция).

В кабинете сухих углекислых ванн установлены две ванны известной компании «Реабокс». Эта разработка отечественных ученых позволяет локально воздействовать на необходимые участки организма и препятствовать преждевременному старению, разрушению тканей, усиливать обмен веществ, тренировать мышцы и т.п. Хороший эффект от углекислых ванн при лечении заболеваний сердца, гипертонии, болезней дыхательных путей, нарушений обмена веществ, эндокринологических заболеваний.

«Альфа-капсула» — гордость отделения. Она помогает быстро снять нервное напряжение и повысить общий тонус. Уникальность «Альфа-капсулы» в том, что в ней можно проводить несколько видов процедур: суховоздушные ванны, вибротерапию, аэроионотерапию, бактерицидные ванны.

Кабинет общей криотерапии дает возможность провести лечебные процедуры с помощью холода. Это новейший метод физиотерапии. В криосауне происходит экстремальное охлаждение, что, в свою очередь, вызывает цепную реакцию в организме и

активизирует обменные процессы. В кровь моментально выбрасываются эндорфины, а организм получает энергетический импульс. Криосауну обычно назначают при депрессивных состояниях, стрессе, синдроме хронической усталости, аллергии [6].

В кабинете теплотерапии проводятся озокеритовые процедуры. Это традиционный вид физиолечения, давно доказавший свою эффективность, оказывает противовоспалительный, метаболический эффект, после курса озокерита излечиваются воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата.

В кабинете ингаляций установлены многофункциональные компактные приборы. В одном кабинете могут принимать процедуры сразу четверо пациентов. Дозировку препаратов для ингаляции назначает врач. Высокую эффективность ингаляционная терапия показала при лечении заболеваний дыхательных путей.

В центре аппаратной физиотерапии проводятся процедуры электролечения и магнитотерапии. В кабинетах — как традиционные, так и инновационные аппараты, например «Биоптрон», который показал высокую эффективность при лечении воспалительных заболеваний. Врачи отделения также часто назначают гальванотерапию, диадинамометрию, амплипульс-терапию, интерференц-терапию, дарсонваль, электростимуляцию. Все эти процедуры направлены на снятие воспалительных процессов, активизацию функциональных возможностей организма и восстановление органов и систем.

В кабинете магнитотерапии установлен магнитотурботрон, с помощью которого можно провести общую магнитотерапию. Есть аппараты и для локального магнитного воздействия. Лечение магнитами показано при различных заболеваниях, в частности, при гипертонии, после инсульта, невралгии и др. [6].

Прекрасно оснащены и кабинеты лечебной физкультуры. Новейшие тренажеры для кардиотренировок, беговые дорожки, аппарат для автоматической тренировки различных групп мышц позволяют оказывать комплексное воздействие на организм и помочь в выздоровлении.

В отделении есть и фитобар, а также установка для приготовления кислородных коктейлей. Фиточай и кислородные коктейли назначаются всем пациентам отделения без исключения.

В кабинетах массажа установлены функциональные современные кушетки, а также инновационные кровати для автоматического массажа «Нуга-Бест».

Разумеется, в лучших традициях Клинического госпиталя МВД в отделении работают опытные профессионалы. Их силами здесь создан уют. Поддерживается спокойная, умиротворяющая атмосфера. В здании играет релаксирующая музыка. Пациенты после процедур могут отдохнуть на мягких диванах за просмотром видеофильмов с картинками природы.

В число основных реабилитационных мероприятий входят: оптимально организованный режим дня, диетотерапия, занятия лечебной физкультурой, фи-

зиотерапия 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, ТЭС-терапия, дарсонвализация волосистой части головы, магнито- и лазеротерапия.

Имеется возможность проведения сеансов инфракрасной массажной релаксации на кровати «Нуга-Бест». 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.

С 2011 г. по инициативе начальника клинического госпиталя Л.Ф. Сабирова организованы школы здоровья для пациентов. Куратором данного направления является заведующая отделением реабилитации Ф.Ф. Аглиуллина, научным консультантом и лектором школ здоровья для пациентов является докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Н.Б. Амиров. Проведение данных школ здоровья способствует росту информированности больных о причинах и следствиях той или иной патологии, более осмысленному подходу в соблюдении основных принципов

здорового образа жизни, улучшению приверженности к лечению.

Выводы:

1. За анализируемый период показатели работы отделения остаются стабильными с положительной динамикой, увеличилось количество пролеченных больных в отделении.

2. Введение медико-экономических стандартов и плановый подход к работе способствуют 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, — введение 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 РФ».
2. Разумов, И. Концепция развития восстановительной медицины и курортологии в системе медицинской науки и практического здравоохранения / И. Разумов // Курортные ведомости. — 2006. — № 3(36). — С.33.
3. Положение об организации деятельности Центров восстановительной медицины и реабилитации (приказ министра здравоохранения от 01.07.2003 г. № 296).
4. Пажильцев, И.В. Психологические особенности личности сотрудников спецподразделений МВД России — участников контртеррористической операции на Северном Кавказе и их психотерапевтическая коррекция: автореф. дис. ... канд. психол. наук / И.В. Пажильцев. — СПб., 2007. — 20 с.
5. Буренина, И.А. Эффективность применения массажной кровати «Нуга-Бест NM 5000» в комплексном лечении больных с вертеброгенной люмбагией / И.А. Буренина // Вестник современной клинической медицины. — 2008. — Т. 1, вып. 1.
6. Потапова, М.В. Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения при введении системы менеджмента качества / М.В. Потапова, Л.Ф. Сабиров, Н.Б. Амиров // Успехи современного естествознания. — 2011. — № 11. — С.99—102.

REFERENCES

1. Federal'nyi zakon № 247-FZ «O social'nyh garantiyah sotrudnikam organov vnutrennih del Rossiiskoi Federacii i vnesenii izmenenii v otdel'nye zakonodatel'nye акты RF».
2. Razumov, I. Konceptiya razvitiya vosstanovitel'noi mediciny i kurortologii v sisteme medicinskoj nauki i prakticheskogo zdavoohraneniya / I. Razumov // Kurortnye vedomosti. — 2006. — № 3(36). — S.33.
3. Polozhenie ob organizacii deyatel'nosti Centrov vosstanovitel'noi mediciny i reabilitacii (prikaz ministra zdavoohraneniya ot 01.07.2003 g. № 296).

4. *Pazhil'cev, I.V.* Psihologicheskie osobennosti lichnosti sotrudnikov spetspodrazdelenii MVD Rossii — uchastnikov kontrterroristicheskoi operatsii na Severnom Kavkaze i ih psihoterapevticheskaya korrektsiya: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk / I.V. Pazhil'cev. — SPb., 2007. — 20 s.
5. *Burenina, I.A.* Effektivnost' primeneniya massazhnoi krovati «Nuga-Best NM 5000» v kompleksnom lechenii bol'nyh s vertebrogennoi lyumbalgiei / I.A. Burenina // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny. — 2008. — T. 1, vyp. 1.
6. *Potapova, M.V.* Ocenka effektivnosti deyatelnosti medicinskogo uchrezhdeniya pri vvedenii sistemy menedzhmenta kachestva / M.V. Potapova, L.F. Sabirov, N.B. Amirov // Uspehi sovremennogo estestvoznaniya. — 2011. — № 11. — S.99—102.

© В.И. Айдаров, В.И. Красильников, 2014

УДК 615.851-057.36

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ ПРИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И РАБОТНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР

В. И. АЙДАРОВ, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник, Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Россия

В. И. КРАСИЛЬНИКОВ, докт. мед. наук, профессор ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор кафедры криминалистики, судебной медицины и судебной психиатрии КЮИ МВД России, главный научный сотрудник РКБ МЗ РТ, Казань, Россия

Реферат. Разработан и используется в практической медицине инновационный психотерапевтический, соматосенсорный тренинг, основанный на совокупности психолого-педагогических методов формирования и обучения лиц, перенесших психотравмирующий стресс, обеспечивающий успешную социальную интеграцию в общество, новый, позитивный жизненный стереотип и улучшение качества жизни в целом.

Ключевые слова: реабилитация, инновационные технологии, психотерапия, соматосенсорный тренинг.

USE OF HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES IN THE PRACTICE OF MEDICINE IN PSYCHO THERAPY COMBATANTS AND WORKERS' POWER STRUCTURES

V.I. AYDAROV, Ph.D., Senior Researcher, Republican Clinical Hospital, Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

V.I. KRASILNIKOV, M.D., professor of SBEI HPE «Kazan State Medical University», professor of criminology, forensic medicine and forensic psychiatry QUY Russian Interior Ministry chief scientist RCH MOH, Kazan, Russia

Abstract. We have developed and used in an innovative medical practice psychotherapy, somatosensory training. It based on the aggregate of psychological and pedagogical methods of formation and training of patients new, positive life stereotype, which ensures its successful social integration into society and improve the quality of life in general.

Key words: rehabilitation, innovation technologies. psychotherapy, somatosensory training.

Актуальность. В современной науке существуют разнообразные подходы к теоретическому осмыслению проблем социальной реабилитации инвалидов и лиц, перенесших психотравмирующий стресс. Так, анализ проблем инвалидизации в целом в социальной реабилитации может быть осуществлен в проблемном поле двух концептуальных социологических подходов — с точки зрения социоцентристских теорий и с точки зрения антропоцентризма. Социоцентристские теории развития личности К. Маркса, Э. Дюркгейма, Г. Спенсера, Т. Парсонса и других изучали социальные проблемы конкретного индивида посредством рассмотрения его связей и опосредования с обществом в целом, его слоями и группами. На основе антропоцентристского подхода Ф. Гидденса, Ж. Пиаже, Г. Тарда, Э. Эриксона, Ю. Хебермаса, Л.С. Выготского, И.С. Кона, Г.М. Андреевой и других ученых изучали психологические подходы к вопросам повседневного межличностного взаимодействия.

Взаимодействие различных теоретических подходов привело к формированию социальной модели инвалидности, которая существенно отличается от медицинской, политической, правовой модели [2]. Именно на основе такого преимущественно социального подхода было сформулировано определение: социальная реабилитация — это комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма.

С начала 90-х гг. XX в. в России значительно возрос интерес к проблеме реабилитации инвалидов и лиц, перенесших психотравмирующий стресс. Она обрела новое актуальное звучание, усилилось ее значение в связи с разработкой новой методологической базы изучения реабилитации [7]. Реабилитация лиц с ограниченными возможностями получила статус государственной проблемы первостепенной важности, что было обусловлено, во-первых, обще-

мировой тенденцией усиления внимания к реабилитации участников боевых действий, перенесших психотравмирующий стресс. Сотрудников органов внутренних дел, перенесших ранения и «профессиональное выгорание» в период несения службы.

Реабилитация в медицине — это система мероприятий, имеющих целью быстрее и наиболее полное восстановление здоровья больных и инвалидов и возвращение их к активной жизни и общественно полезному труду. Наряду с лечением отдельных заболеваний и локальным терапевтическим воздействием на нарушенные функции организма, важными являются и восстановление больного как личности, продление его активной жизнедеятельности, содействие возвращению к общественно полезному труду [2].

К концу прошлого века было накоплено огромное количество фактических и научных данных, подтверждающих деструктивное влияние посттравматического (постоперационного) стресса на психическое и соматическое состояние человека, перенесшего его. Несмотря на наличие множества научных публикаций, посвященных послеоперационной реабилитации больных, в практической медицине остаются не до конца разработанными методики профилактики дисадаптозов.

В США и странах Центральной Европы используются такие известные психотерапевтические методики, как TFH, BSFF, EFT, Deerp PEAT, DP-4, TAT, которые разрешают ситуации, мучавшие пациентов многие годы, как это ни кажется парадоксально, буквально за несколько сеансов. Однако на освоение и обучение даже одной из перечисленных выше методик рекомендуются сроки стажировки от 3 мес до 2—5 лет. Стоимость же обучения с сопутствующими финансовыми затратами может составлять от 20—40 тыс. долларов до 200—300 тыс. долларов США.

Мы предлагаем разработанный и основанный на более чем 20-летнем практическом опыте, успешно использованный в практической деятельности отечественный психотерапевтический, соматосенсорный тренинг «Адаптивная методика — универсальные технологии» [1, 5, 6].

Цель тренинга «Адаптивная методика — универсальные технологии» — улучшение качества жизни пациентов и инвалидов с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата (ОДА) и лиц, перенесших психотравмирующий стресс.

Задачи:

1. Пробудить внутреннюю потребность быть здоровым.
2. Обучить простейшим, доступным, эффективным и безопасным методам увеличения собственных возможностей организма.
3. Обучиться самому и помочь другим участникам группы овладеть приемами и способами повышения стрессоустойчивости и пробуждения адаптивных процессов внутренней саморегуляции.
4. Достигнуть самовоспитания и самооздоровления посредством активизации и использования скрытых резервных сил и способностей организма.

5. Перевести негативную энергию стресса в позитивную энергию саморазвития.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов мужского пола. Все пациенты являлись бывшими или действующими офицерами СА, МВД, МЧС или других силовых структур. Все без исключения имели в прошлом опыт боевых действий, и многие имели ранения и травмы центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата различного рода. Часть пациентов имела II или III группу инвалидности. У всех пациентов в большей или меньшей степени отмечались эмоционально-аффективные и полиморфные соматовегетативные нарушения.

Индивидуальная степень устойчивости к стрессу является одной из важнейших характеристик, которая была определена психофизиологическими методами, тестированием, использованием личностных опросников (MOS SF-36, EQ-5D, BPI) [4]. На основе полученных результатов может быть сформирована индивидуальная тактика психотерапевтического процесса в рамках медико-реабилитационного кластера, направленная на предупреждение хронической посттравматической дезадаптации и вытекающих из этого тяжелых психосоматических расстройств.

Клинико-физиологическое обоснование тренинга

Сущность метода данного тренинга заключается в том, что он биологичен и адекватен для больного человека. Его характерной особенностью является применение физических вибрационных упражнений, с вовлечением психических и соматических функций пациента, где он становится активным участником в лечебно-восстановительном процессе.

В основе теоретических позиций тренинга лежат знания анатомии, физиологии, психотерапии, психологии, а также многолетние практические навыки.

В основе терапевтического действия упражнений лежит процесс тренировки, прежде всего, центральной нервной системы. В результате ряда последовательных тренировок уравниваются процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга и подкорковых образованиях, устанавливаются и укрепляются новые условно-рефлекторные связи. В тренинге покой и движение не исключают, а всегда дополняют друг друга.

Тренинг является также методом профилактики, особенно при его длительном применении, ограничивая или предупреждая развитие ряда функциональных отклонений в организме путем повышения стрессоустойчивости, приводя в итоге к восстановлению адаптационных возможностей организма человека.

Тренинг имеет широкие показания к применению при заболеваниях и травмах ОДА и у лиц, перенесших психотравмирующий стресс, поскольку он является естественно-биологическим методом. Соматосенсорные физические упражнения обладают широким спектром влияния на организм человека и не оказывают побочного действия. Важным преимуществом осуществления тренинга является возможность пациенту самому по субъективным

ощущениям адекватно дозировать физические нагрузки. У тренинга практически нет возрастных ограничений.

Тренинг состоит из трех этапов:

- 1) подготовительный;
- 2) основной (собственно тренинг);
- 3) рефлексивный.

Группы комплектуются по специфике заболевания и возрастным критериям. Количество человек в группе составляет от 3—5 до 7—10. Занятия длятся от 50 мин до 1 ч 20 мин в зависимости от количества человек в группе и темпа проведения рефлексии.

Для профилактики общих заболеваний каждое упражнение в тренинге следует выполнять 1—2 мин.

Как метод лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата выполнение каждого упражнения в тренинге длится 2—3 мин.

После каждого упражнения — РЕЗОНАНС с закрытыми глазами.

Первый шаг — **наблюдение** за резонансом тела предпочтительно с закрытыми глазами, отслеживание процессов внутри себя для более глубокого познания и понимания ощущений своего физического тела.

Второй шаг — **акт благодарения** — благодарности своему организму, группе, руководителю, родным и близким людям. Принцип благодарения позволяет избавиться от негативных мыслей и патологических установок.

Третий шаг — **акт прощения и любви** себя, родных и близких людей, ощущений, процессов, происходящих внутри организма (работа с каждым из внутренних органов с акцентом на чувствование «любимого», «больного» органа).

По окончании (открыть глаза) — РЕФЛЕКСИЯ (англ. *reflection*) — мыслительный процесс, направленный на анализ, понимание, осознание себя, собственных действий, поведения, речи, опыта, чувств, состояний, способностей, характера, отношений и т.д. [2]. Каждому участнику тренинга необходимо поделиться своими ощущениями и наблюдениями друг с другом и с «кругом».

Психотерапевтическая коррекция позволяет изъять из подсознания негативные психоэмоциональные блоки, вызванные дистрессом, пережитым в прошлом, вернуть спокойное деятельное и эмоционально уравновешенное отношение к действительности.

Результаты. Мы получили четкие многолетние положительные результаты и приостановили запущенные программы деструктивного функционирования у 51 пациента из 56. Пять человек самовольно прекратили занятия по разным причинам.

Заключение. Реализация отечественных здоровьесберегающих технологий на основе лично ориентированного подхода к пациенту, по нашему мнению, является одним из основополагающих аспектов в реабилитационном кластере, раскрывающим целевую суть всех реабилитационных мероприятий. Восстановление трудоспособности, обретение социальной, психологической, нравственной устойчивости обеспечивает реабилитанту

улучшение качества жизни и наиболее быструю адаптацию в социуме.

Тренинг «Адаптивная методика — универсальные технологии» может применяться на лечебно-восстановительном и реабилитационном этапах, а также в профилактическом и общеоздоровительном направлениях.

Освоение методов «малой психотерапии» вполне осуществимо при наличии хорошо выраженной мотивации в стенах практически любого медицинского учреждения или отделения многопрофильного стационара, а эффективность их использования на практике вполне компенсирует затраченные на них силы и время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айдаров, В.И. Психолого-педагогическое сопровождение реабилитации пациентов и инвалидов с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата: метод. рекомендации / В.И. Айдаров, С.З. Хайбуллина. — Казань: Казан. гос. технол. ун-т, 2010. — 47 с.
2. Мещерякова, Б.Г. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. — 3-е изд. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2006. — С.469.
3. Лежелепова, Л.Н. Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача / Л.Н. Лежелепова, Б.А. Якубов. — Л., 1982. — С.340.
4. Карвасарский, Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер Ком, 1999. — С.752.
5. Хайбуллина, С.З. Методы психолого-педагогического сопровождения реабилитации инвалидов, перенесших ТЭТС / С.З. Хайбуллина, В.И. Айдаров // Казанский педагогический журнал. — 2008. — № 11. — С.51—56.
6. Айдаров, В.И. Наш опыт по раннему восстановительному лечению пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава / В.И. Айдаров // Практическая медицина. — 2011. — № 7(55). — С.43—45.
7. Социальное положение и уровень жизни населения России: стат. сб. — М., 2002. — С.318.

REFERENCES

1. Aidarov, V.I. Psihologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie reabilitatsii pacientov i invalidov s zabolevaniyami i travmami oporno-dvigatel'nogo apparata: metod. rekomendatsii / V.I. Aidarov, S.Z. Haibullina. — Kazan': Kazan. gos. tehnol. un-t, 2010. — 47 s.
2. Mescheryakova, B.G. Bol'shoi psihologicheskii slovar' / pod red. B.G. Mescheryakova, V.P. Zinchenko. — 3-e izd. — SPb.: Praim-Evroznak, 2006. — S.469.
3. Lezhepekova, L.N. Psihogigiena i psihoprofilaktika v rabote prakticheskogo vracha / L.N. Lezhepekova, B.A. Yakubov. — L., 1982. — S.340.
4. Karvasarskii, B.D. Psihoterapevticheskaya enciklopediya / pod obsch. red. B.D. Karvasarskogo. — SPb.: Piter Kom, 1999. — S.752.
5. Haibullina, S.Z. Metody psihologo-pedagogicheskogo soprovozhdeniya reabilitatsii invalidov, perenesshih TETS / S.Z. Haibullina, V.I. Aidarov // Kazanskii pedagogicheskii zhurnal. — 2008. — № 11. — S.51—56.
6. Aidarov, V.I. Nash opyt po rannemu vosstanovitel'nomu lecheniyu pacientov posle endoprotezirovaniya tazobedrennogo sustava / V.I. Aidarov // Prakticheskaya medicina. — 2011. — № 7(55). — S.43—45.
7. Social'noe polozhenie i uroven' zhizni naseleniya Rossii: stat. sb. — M., 2002. — S.318.

ДИНАМИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ФКУЗ «МСЧ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН» С 2009 ПО 2013 ГОД

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
тел. (843)291-26-76, e-mail: namirov@mail.ru

ОЛЬГА ЮРЬЕВНА МИХОПАРОВА, зав. кабинетом функциональной диагностики Клинического
госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», тел. (843) 291-26-96,
e-mail: olga-michoparova@rambler.ru

Реферат. Отражена динамика деятельности кабинета функциональной диагностики Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» за 5-летний период. Установлено, что для оптимизации работы службы функциональной диагностики необходимо оптимизировать догоспитальное обследование пациентов в соответствии с принятыми стандартами, улучшить обеспечение кабинета современным диагностическим оборудованием и соблюдать нормативы нагрузки.

Ключевые слова: функциональная диагностика, методы исследования, оптимизация.

ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF SERVICE OF FUNCTIONAL DIAGNOSTICS OF CLINICAL HOSPITAL OF MEDICAL UNIT OF MIA OF RUSSIA IN RT

NAIL B. AMIROV, OLGA YU. MIKHOPAROVA

Abstract. Reflects the dynamics of the Functional diagnostics Clinical Hospital Medical Unit Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan for the 5-year period. Found that to optimize the functional 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.

Key words: functional diagnostics, research methods, optimization.

Функциональная диагностика в настоящее время является одним из основных направлений в системе здравоохранения, которое позволяет не только своевременно и правильно установить диагноз, но и оценить эффективность применения лечебно-оздоровительных мероприятий. В настоящее время постоянно расширяется номенклатура функциональных исследований, в основном за счет высокоинформативных методик.

В Клиническом госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ» кабинеты функциональной диагностики обладают новейшим оборудованием, позволяющим применять высокотехнологичные методы диагностики, и помогает врачам клиники правильно интерпретировать полученные результаты исследования. Все без исключения пациенты, поступающие на стационарное лечение, нуждаются в том или ином методе функциональной диагностики. Функциональные методы исследования согласно современным рекомендациям являются основой для установления правильного диагноза.

Служба функциональной диагностики клинического госпиталя работает по приказу Минздрава РФ от 30.10.1993 № 283 «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». Деятельность кабинета функциональной диагностики регламентируется соответствующими нормативными документами. Для учета работы

персонала кабинета функциональной диагностики, возможности сопоставления его загруженности, расчетные нормы времени и определяемые нормы нагрузки врачей и среднего медицинского персонала приводятся к общей единице измерения — условной единице.

Из табл. 1 видно, что за 1 условную единицу принимается 10 мин рабочего времени. Таким образом, сменная норма нагрузки составляет 33 условные единицы. Также существуют расчетные нормы времени исследования, проводимые в кабинетах функциональной диагностики.

Согласно штатному расписанию кабинет функциональной диагностики должен быть укомплектован следующими специалистами: заведующий кабинетом функциональной диагностики — 1 ед., врач кабинета — 1,5 ед., медсестра — 3 ед., младшая медсестра — 0,5 ед. В кабинете функциональной диагностики работает заведующая кабинетом, врач высшей квалификационной категории; 0,5 ставки занимает врач-совместитель, кандидат медицинских наук. Среди медицинских сестер одна медицинская сестра имеет высшую квалификационную категорию, две медицинские сестры квалификационной категории не имеют из-за недостаточного стажа.

В кабинете функциональной диагностики исследуются пациенты различных профилей: терапевтического, кардиологического, неврологического,

Расчетные нормы времени на функциональные методы исследования

Наименование исследования	Время на одно исследование для врача, мин	Время на одно исследование для медсестры, мин
ЭКГ	17 (1,7 у.е.)	13 (1,3 у.е.)
Суточное мониторирование ЭКГ (по Холтеру)	120 (12 у.е.)	47 (4,7 у.е.)
Суточное мониторирование АД (СМАД)	120 (12 у.е.)	47 (4,7 у.е.)
Проба с дозированной физ. нагрузкой (без периодов отдыха)	94 (9,4 у.е.)	76 (7,6 у.е.)
Спирография	28 (2,8 у.е.)	20 (2,0 у.е.)
ФВД с пробой	32 (3,2 у.е.)	42 (4,2 у.е.)
Бодиплетизмография	97 (9,7 у.е.)	12 (1,2 у.е.)
Диффузия	60 (6,0 у.е.)	12 (1,2 у.е.)

Примечания:

1. За 1 условную единицу времени принимается работа подготовительного заключительного времени, ведение документации и непосредственного проведения исследования.

2. Время перехода для выполнения функциональных исследований вне кабинета учитывается по фактическим затратам рабочего времени. Учитывая степень тяжести состояния больных, расчетные нормы времени на одно исследование увеличиваются на 20%.

3. При внедрении новой аппаратуры или новых видов функциональных исследований нормы времени устанавливаются руководителем учреждения по согласованию с профсоюзным комитетом на основании объективных данных о затратах рабочего времени, материалы могут направляться в органы здравоохранения по подчиненности для представления в установленном порядке Минздрава РФ.

хирургического, гастроэнтерологического и реабилитационного.

Проведен анализ работы за период 2009—2013 гг. (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что за исследуемый период в кабинете функциональной диагностики проведено всего 43 811 исследований, что составило 138 137,5 у.е.

Динамика показателей нагрузки кабинета функциональной диагностики представлена в табл. 3.

Из табл. 3 видно, что кабинет функциональной диагностики работает с перегрузкой все исследуемые годы.

Согласно приказу Минздрава от 30.10.1993 № 283 «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» нагрузка на кабинет функциональной диагностики за 5 лет должна составлять 81 114,0 у.е., а фактическая нагрузка составила 138 137,5 у.е.

Из табл. 4 видно, что наблюдается рост не только общего количества исследований, но и отдельно по каждому функциональному исследованию: суточному мониторированию артериального давления, суточному мониторированию ЭКГ по Холтеру, функции внешнего дыхания, с пробой, бодиплетизмографии, диффузионной способности легких, по нагрузочным пробам. Динамики количества исследований ЭКГ за 2012 г. не наблюдалось, это связано с тем, что с 2008 г. по декабрь 2011 г. клинический госпиталь принимал участие в программе государственной гарантии в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) больных по гастроэнтерологическому профилю. Ежегодно получали лечение более 1 000 человек (с 2008 по 2011 г. получили лечение около 4 000 тыс. человек). Обязательным видом исследования по данному профилю являлась электрокардиография.

Таблица 2

Количество проведенных исследований по годам

2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		Итого	
Абс. число	У.е.										
8473	20907,0	9219	27046,5	9196	27045,2	8443	31609,0	8480	31529,8	43811	138137,5

Таблица 3

Динамика показателей нагрузки

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Должная годовая нагрузка, у.е.	16830,0	15048,0	16368,0	16170,0	16698,0
Фактическая годовая нагрузка, у.е.	20907,0	27046,5	27045,2	31609,0	31529,8
%	124,2	179,2	165,2	195,4	188,8

Сравнительный анализ функциональных исследований

Показатель	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	Абс. ч.	У.е.	Абс. ч.	У.е.	Абс. ч.	У.е.	Абс. ч.	У.е.	Абс. ч.	У.е.
ЭКГ	7 446	12 658,2	7 470	12 698,0	7 166	12 182,2	5 853	9 950,0	5 998	10 196,6
ЭКГ по Холтеру	416	6 444,0	537	6 444,0	455	5 460,0	540	6 480,0	659	7 908,0
СМАД	163	1 956,0	463	5 556,0	496	5 952,0	756	9 072,0	603	7 236,0
ФВД	332	929,6	479	1 341,2	846	2 368,8	688	1 926,4	613	1 716,4
С пробой	116	371,2	235	752,0	182	582,4	203	649,6	134	428,8
Тредмил-тест	—	—	—	—	51	499,8	29	284,2	35	343,0
Бодиплетизм.	—	—	—	—	30	294,0	271	2 628,7	290	2 813,0
Диффузия	—	—	—	—	10	60,0	103	618,0	148	888,0

В кабинете функциональной диагностики выполняются следующие исследования:

1. Диагностика сердечно-сосудистых заболеваний.
2. Диагностика легочных заболеваний.
3. Контроль за эффективностью лечения и отдаленными результатами.

Врачи кабинета функциональной диагностики владеют следующими методами функциональной диагностики:

1. Электрокардиография, включая исследования в дополнительных отведениях.
2. Проведение медикаментозных проб при электрокардиографии.
3. Исследование функции внешнего дыхания и ФВД с применением бронхолитиков.
4. Нагрузочные пробы (тредмил-тест, велоэргометрия).
5. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.
6. Суточное мониторирование артериального давления.
7. Бодиплетизмография.
8. Диффузионная способность легких.

По количеству исследований, проводимых в кабинете функциональной диагностики, преобладает самый распространенный, популярный, доступный, эффективный метод исследования — электрокардиография (ЭКГ).

Электрокардиография — это запись электрических потенциалов (электроимпульсов) сердца. В настоящее время наиболее широко используют 12 отведений, запись которых является обязательной при каждом электрокардиографическом обследовании больного: 3 стандартных отведения, 3 усиленных однополюсных отведений от конечностей, 6 грудных отведений.

Также используются медикаментозные пробы при электрокардиографии. Проба с калием проводится с целью дифференциальной диагностики между ишемической болезнью и нейроциркуляторными дистониями, проба с атропином дает возможность исключить патологию синусового узла, атриовентрикулярного соединения, способствует дифференциальной диагностике интерполированных желудочковых экстрасистол от парасистолии. Этот метод исследования не потерял своего значения в

настоящее время в диагностике острых состояний, особенно в кардиологии (инфаркт миокарда, нарушения ритма и проводимости). ЭКГ назначается каждому пациенту клинического госпиталя, поступившего в стационар, так как пациентам на догоспитальном этапе это исследование при отсутствии прямых показаний не проводят.

В кабинете функциональной диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ электрокардиография выполняется на 6/12-канальном электрокардиографе «KENZ CARDICO-1210» фирмы «Сузукен Ко Лтд» (Suzuken Co Ltd, Япония). Прибор прост в обращении, компактный, переносной, оснащен жидкокристаллическим дисплеем, может использоваться как в кабинете функциональной диагностики, так и в палатах. Также в кабинете имеется 3-канальный переносной электрокардиограф ECG 9610 «Nihon Kohden» (Япония) и одноканальный электрокардиограф ЭК-1Т «Аксион» (Ижевск, Россия). За анализируемый период с 2010 по 2012 г. была приобретена система суточного мониторирования ЭКГ (по Холтеру) МТ 100/200 с программным обеспечением МТ-200 фирмы «SCHILLER» (Швейцария).

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру является широко распространенным методом функциональной диагностики и все чаще применяется в клинической практике не только для выявления нарушений ритма (НРС) и ишемических изменений ЭКГ, уточнения их патофизиологических механизмов, но и для антиаритмической и антиангинальной терапии. Техническая суть метода суточного мониторирования ЭКГ состоит в длительной регистрации ЭКГ в условиях свободной активности обследуемого, с последующим анализом полученной записи на специальных устройствах — дешифраторах. Главные технические средства: регистратор, на котором осуществляется длительная запись электрокардиограммы, и дешифратор, проводящий анализ полученной записи.

Аппарат суточного мониторирования ЭКГ состоит из двух частей: записывающего устройства и дешифратора. Первый является портативным регистратором, работающим от аккумуляторных батарей емкостью до 9 вольт. Регистраторы пред-

ставляют собой устройство весом 100—300 г с твердотельной памятью. Дешифратор — это компьютер, снабженный специальными программами обработки ЭКГ, позволяющими проводить классификацию нормальных желудочковых комплексов и патологических комплексов на основании алгоритмов оценки длительности и формы комплексов, а также последовательных интервалов RR. Алгоритмический анализ включает в себя диагностику пауз, характер которых в большинстве случаев не уточняется.

Диагноз ставится в диалоговом режиме работы врача с компьютером. Продолжительность записи — 24 ч. В аппарате суточного мониторирования ЭКГ используется система из трех отведений. В регистраторе ЭКГ по Холтеру используется биполярная система отведений (одно положительное и одно отрицательное) для каждого канала. Канал 1 приблизительно соответствует модифицированному отведению V5, канал 2-отведению V2, канал 3-отведению V3.

Перед фиксацией электродов проводят тщательную обработку кожи 76% спиртом, при необходимости сбривают волосную покров. После фиксации электродов и включения регистратора проводится тестовая оценка качества электрокардиографического сигнала на видеомониторе через прямое подключение регистратора к дешифратору. В случае неадекватного сигнала проводится дополнительная обработка кожи, замена электродов. Перед началом регистрации проводится контрольная запись ЭКГ (лежа, стоя, на боку, после гипервентиляции) для последующей ориентировки на постуральные изменения при анализе, что особенно существенно при интерпретации изменений сегмента ST. Всем больным при суточном мониторировании ЭКГ по Холтеру рекомендуется вести дневник активности с записью возникающей в процессе исследования симптоматики. В дневнике необходимо отражать характер основной активности в период исследования, прогулки, вождение автомобиля, стрессы, курение, время приема пищи и лекарственных препаратов. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру является не только длительной записью ЭКГ, но и исследованием, результаты которого отражают особенности суточной (циркадной) биоритмологической организации ритма сердца. Первым этапом дешифровки результатов суточного мониторирования ЭКГ является автоматический анализ по алгоритму дешифратора, заложенному в конкретной коммерческой системе. В основе существующих алгоритмов оценки лежит аналогово-цифровое преобразование электрического сигнала, отфильтровка от возникающих шумов и наводок. В основе автоматического анализа ЭКГ при суточном мониторировании лежит калькуляция и оценка вариабельности RR-интервалов, ширины QRS-комплекса и конечной части сердечного цикла.

Показания к проведению ЭКГ по Холтеру:

1. Больные с необъяснимыми синкопе, предсинкопе или эпизодами головокружения неясной причины.

2. Больные с необъяснимыми повторяющимися сердцебиениями.

3. Больные с эпизодами внезапной одышки, боли в груди или слабости неясной причины.

4. Больные с кратковременной неврологической симптоматикой, причиной которой может быть фибрилляция предсердий или подозрение на нее.

5. Больным с установленной ИБС и атипичными болями в грудной клетке.

6. С подозрением на вариантную стенокардию.

7. Пациентам, которым не может быть проведена проба с физической нагрузкой.

8. Диагностика ранее не выявленных аритмий, ишемии миокарда.

9. Оценка эффективности лечения.

Результирующей частью проведенного исследования является финальный протокол. Основная задача протокола — дать лечащему врачу максимально объективный документ с обязательным документированием всех параметров ритма сердца, способных в той или иной мере повлиять на тактику лечения и прогноз больного.

В 2011 г. была приобретена стресс-тест-система «BTL-08 SD, Ergo-2» в комплектации с моторизованной беговой дорожкой «BTL-770» (Великобритания, Чехия). С этого момента в работу кабинета функциональной диагностики внедрен этот метод нагрузочных проб. Ходьба на беговой дорожке имитирует повседневную нагрузку и позволяет оценить работу сердца во время активности.

Показания к нагрузочным пробам:

1. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке.

2. Выявление и регистрация нарушений ритма и проводимости.

3. Определение толерантности к физической нагрузке.

4. Определение тяжести и прогноза течения ИБС.

5. Оценка эффективности лечения.

Существуют *абсолютные* и *относительные* противопоказания для проведения нагрузочных проб.

Абсолютные противопоказания:

1. Острый инфаркт миокарда.
2. Нестабильная стенокардия.
3. Тяжелые нарушения ритма.
4. Острый миокардит.
5. Острый перикардит.
6. Выраженный стеноз устья аорты.
7. Тяжелая степень сердечной недостаточности.

8. Острая эмболия легочной артерии или инфаркт легких.

9. Любая острая и тяжелая некардиальная патология.

Относительные противопоказания:

1. Нарушение внутрижелудочковой проводимости (блокада ножек пучка Гиса).

2. Выраженная артериальная гипертензия или легочная гипертензия.

3. Синдром тахи- или брадикардии.

4. Умеренно выраженный электролитный баланс.

5. Искусственный водитель ритма сердца с фиксированной частотой.

6. ГКМП.

7. Аневризма сердца и сосудов.

8. Умственная неполноценность.

Обычно при проведении пробы с физической нагрузкой оценивают максимальную или субмаксимальную функциональную способность здоровых и больных. О величине нагрузки судят в основном по числу сердечных сокращений, артериальному давлению, потреблению кислорода, ЭКГ. Пробу с максимальной физической нагрузкой применяют только у здоровых людей или у спортсменов; у больных с заболеваниями сердца ее проводить нельзя. При субмаксимальной нагрузке частота пульса во время нагрузки равна 70—85% от максимально достижимой частоты пульса.

Подготовка больного к нагрузочным пробам:

1. Отмена лекарственных препаратов (β -блокаторов, нитратов, мочегонных, сердечных гликозидов) за трое суток до исследования.

2. За 1 час до исследования — легкий завтрак.

3. Контроль ЭКГ в день проведения пробы (лежа, стоя).

Заведующий кабинетом функциональной диагностики проводит тщательный отбор пациентов к нагрузочным пробам — осмотр больного, учитывая абсолютные и относительные противопоказания. Обеспечение безопасности пациента. Исследования проводят 2 врача и медицинская сестра.

В кабинете нагрузочных проб имеется медицинский шкаф с медикаментами для оказания неотложной помощи, дефибриллятор.

Перечисленные выше методы диагностики широко применяются для обследования больных кардиологического и терапевтического профиля.

Исследование функции внешнего дыхания

Исследование функционального состояния легких в настоящее время стало необходимой реальностью в повседневной практике в процессе диагностики и лечения больных с легочными заболеваниями. Результаты функционального исследования легких соответствуют раннему выявлению легочной патологии. Применяется для диагностики бронхолегочной системы. Измеряет жизненную емкость легких, форсированный объем выдоха, пиковый экспираторный поток, резервный объем вдоха и выдоха. Анализ этих всех показателей позволяет установить обструктивные (проходимость бронхиального дерева) или рестриктивные (поражение легочной ткани) изменения функций внешнего дыхания. Спирография проводится с медикаментозными пробами, что позволяет оценить обратимость обструктивных изменений в бронхах и является основополагающей в диагностике бронхиальной астмы.

С 2010 г. исследование функции внешнего дыхания проводится на анализаторе функций внешнего дыхания «АФД-02-МФП НПО Сетал» (Казань). Высококонкурентный, удобный в эксплуатации и обслуживании, а также соответствует лучшим

медицинским, техническим и экономическим показателям. Увеличение количества исследований функции внешнего дыхания связано с улучшением оснащения кабинета функциональной диагностики современным оборудованием. Исследования выполняются в полном объеме, без ограничения.

Одним из необходимых методов исследования кардиологического, терапевтического и в меньшей степени неврологического отделения является суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Регистрация артериального давления в течение суток с целью выявления колебаний артериального давления в ответ на физическую и эмоциональную нагрузку, условия, приближенные к повседневным. СМАД проводится как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Суточное мониторирование артериального давления показано для исключения гипертонии «белого халата», изолированной клинической гипертонии, диагностики пограничной гипертонии, для выявления ночной гипертонии, уточнения тактики лечения больных с рефрактерной (резистентной) гипертонией, определения эффективности проводимой антигипертензивной терапии, выявления эпизодов гипотонии, для выявления «гипертонии рабочего дня» у пациентов с высоким уровнем стрессов на рабочем месте. Этот метод был внедрен в работу кабинета функциональной диагностики, когда была приобретена система суточного мониторирования артериального давления.

Система длительной регистрации артериального давления «SCHILLER» включает в себя амбулаторный регистратор АД BR-102 plus и программу MT-300 (Швейцария). В связи с приобретением достаточного количества регистраторов для суточного мониторирования артериального давления обследование проводится в полном объеме, этим объясняется увеличение показателей. В декабре 2011 г. освоены и внедрены новые методы исследования функции внешнего дыхания — бодиплетизмография и измерение диффузионной способности легких на оборудовании Master Screen Body & Single Breath Diffusion. В связи с внедрением в практику бодиплетизмографии и диффузии газов появилась возможность своевременно и качественно проводить более глубокие, информативные исследования функции внешнего дыхания.

1. Диагностика:

- объективное влияние заболеваний на функциональное состояние легких;

- объективные изменения функционального состояния легких;

- при первичном обследовании и наличии определенных клинических проявлений (одышка, кашель, свистящее дыхание, изменение перкуторного тона и характера дыхания, выявление хрипов и др.);

- определение риска развития заболевания легких (у курильщиков, работников вредных производств, при работе с определенным типом напряжений);

- определение операционного риска;
 - оценка прогноза заболевания;
 - оценка состояния здоровья.
2. Динамическое наблюдение (мониторинг):
- оценка эффективности терапевтических мероприятий;
 - оценка динамики развития заболеваний (легочных, сердечно-сосудистых, нервно-мышечной системы);
 - оценка воздействий пребывания во вредных условиях или контактов с вредными веществами;
 - оценка эффективности реабилитационных программ.

3. Экспертная оценка:

- временной утраты трудоспособности;
- пригодности к работе в определенных условиях;
- трудоспособности.

4. Оценка здоровья населения:

- эпидемиологические исследования;
- сравнение здоровья населения в разных географических, климатических и прочих условиях;
- массовые обследования.

Измеряются следующие легочные объемы:

1) статические объемы легких (общая емкость легких, объемы вдоха и выдоха, жизненная емкость легких);

2) проведение быстрых вентиляционных маневров (форсированный вдох или выдох) позволяет вычислить так называемые динамические легочные объемы, а также форсированные инспираторные и экспираторные потоки (спирометрия). Однако скоростные показатели лишь косвенно характеризуют состояние бронхиальной проходимости, поскольку их снижение может быть обусловлено действием внелегочных причин. Поэтому корректным показателем оценки состояния проходимости бронхов является только бронхиальное сопротивление;

3) сопротивление дыхательных путей (или бронхиальное сопротивление). Если первые два показателя измеряются с помощью спирометра, то показатель бронхиального сопротивления можно измерить только с помощью бодиплетизмографа. Этот показатель в большей степени отражает сужение внеторакальных или крупных дыхательных путей, чем мелких периферических бронхов. Чем больше сопротивление, тем более выражено сужение дыхательных путей. Измерение сопротивления может быть информативным у пациентов, которые не могут выполнить полноценный маневр форсированного выдоха. Этот показатель более чувствителен при оценке обратимости нарушений в пробе с бронхолитиком;

4) измерение остаточного объема легких. Обычной спирометрией остаточный объем определить невозможно, так как этот объем невозможно выдохнуть. Роль остаточного объема в норме — предотвратить коллапс или спадание легких. Напротив, при увеличении общей емкости легких, остаточного объема легких или их соотношения можно заподозрить у пациента наличие эмфизе-

мы, тяжелой бронхиальной астмы, а также оценить выраженность гиперинфляции (перераздувания) легких. При увеличении остаточного объема можно заподозрить наличие эмфизематозных «воздушных ловушек» — невентилируемых, однако наполненных воздухом участков легких, при которых происходит снижение полезного объема легких;

5) измерение диффузионной способности легких (ДСЛ, DLCO) — оценка диффузионной способности альвеолокапиллярной мембраны. DLCO (diffusion capacity of the lung for CO) — диффузионная способность легких по угарному газу (CO).

В многопрофильном стационаре, каким является Клинический госпиталь МСЧ МВД России по РТ, проходят диагностику и подбор лечения пациенты кардиологического, пульмонологического, гастроэнтерологического, неврологического профиля, отделения восстановительного лечения. На базе клинического госпиталя работает ряд кафедр КГМУ (кафедра врачей общей практики и кафедра фтизиопульмонологии) и КГМА (кафедра кардиологии и ангиологии), сотрудники которых помогают внедрять современные методы диагностики.

Проводятся образовательные лекции в рамках школы здоровья.

В журналы «Вестник современной клинической медицины», «Журнал для практикующих врачей», «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», «Кардиология», «Ревматология», «Функциональная диагностика» совместно с кафедрами КГМА и КГМУ написано более 25 статей, 3 тезиса, два методических пособия для врачей по суточному мониторингованию артериального давления и клиничко-функциональному исследованию больных ХСН в сочетании с ХОБЛ.

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 2009—2013 гг. установлено, что кабинет функциональной диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ работает в течение изучаемого периода с перегрузкой по всем показателям, превышающем нормы по всем видам исследований.

Задачи

Для улучшения работы службы функциональной диагностики необходимо:

1. Внести в регламент обязательное догоспитальное обследование пациентов в поликлинике, действовать согласно алгоритму для каждой нозологической формы.

2. Оптимизировать обоснованность назначений лечащими врачами функциональных методов исследования.

3. Рационально использовать стандарты в диагностике сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

АЛИНА РАСЫХОВНА БОГДАНОВА, ассистент кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-927-246-63-94, e-mail: _alinochka@mail.ru

ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА СИГИТОВА, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-917-396-24-17, e-mail: osigit@rambler.ru

Реферат. Ишемическая болезнь почек длительное время не имеет специфических симптомов, в связи с чем выявляется на поздних стадиях хронической болезни почек. Ранняя диагностика ишемической нефропатии предопределяет успех лечения таких пациентов, позволяя не только уменьшить число случаев терминальной почечной недостаточности, но и изменить судьбу больных.

Ключевые слова: ишемическая болезнь почек, стеноз почечной артерии, диагностика.

MODERN PRINCIPLES OF DIAGNOSIS OF ISCHEMIC KIDNEY DISEASE

ALINA R. BOGDANOVA, assistant professor of the Department of General Practice SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 8-927-246-63-94, e-mail: _alinochka@mail.ru

OLGA N. SIGITOVA, M.D., Head of the Department of General Practice SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Russian Ministry of Health, Kazan, Russia, tel. 8-917-396-24-17, e-mail: osigit@rambler.ru

Abstract. Ischemic kidney disease long time has no specific symptoms in connection with what is detected at advanced stages of chronic kidney disease. Early diagnosis of ischemic nephropathy determines the success of the treatment of these patients will not only reduce the incidence of end-stage renal failure, but also to change the fate of the patients.

Key words: ischemic kidney disease, renal artery stenosis, diagnosis.

В связи с прогрессивным старением населения в индустриально развитых странах проблема атеросклероза и обусловленных им заболеваний у больных пожилого возраста имеет большую популяционную значимость. Ишемическая болезнь почек (ИБП) — заболевание, индуцированное атеросклеротическим поражением почечных артерий (ПА). ИБП имеет прогрессирующее течение с развитием хронической болезни почек (ХБП) и в конечном итоге — терминальную почечную недостаточность. К сожалению, пациенты с ИБП выявляются в основном на поздних стадиях ХБП среди пациентов групп риска: с артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца, почечной недостаточностью — при критическом стенозирующем атеросклерозе почечных артерий, когда консервативное лечение малоэффективно, а оперативное нередко противопоказано из-за сниженной функции почек.

Актуальность проблемы ИБП определяется высоким риском фатальных сердечно-сосудистых осложнений и значимостью этого заболевания в структуре причин терминальной почечной недостаточности, особенно у пожилых людей. ИБП, являясь одновременно маркером и показателем риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, нередко определяет не только тактику ведения больных и влияет на выбор терапии, но и предопределяет прогноз жизни пациентов.

Определение, классификация, этиология ишемической нефропатии

Ишемическая болезнь почек (ишемическая нефропатия) — заболевание почек, обусловленное

атеросклеротическим поражением почечных сосудов различного диаметра с нарушением их проходимости, проявляющееся признаками глобальной почечной гипоперфузии: снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ), АГ и нарастающим нефросклерозом.

Диагностика ИБП основана на выявлении преимущественно одностороннего или двустороннего гемодинамически значимого стеноза ПА, однако гемодинамически значимым стенозом ПА одни авторы считают стеноз >70%, другие >50%. Критичным принято считать стеноз >90% диаметра просвета сосуда.

Общепринятой классификации ишемической нефропатии не существует.

По распространенности процесса выделяют:

- двусторонний атеросклеротический стеноз ПА;
- преимущественно односторонний атеросклеротический стеноз ПА;
- атеросклеротический стеноз артерии единственной функционирующей почки;
- атеросклеротический стеноз артерии почечного трансплантата.

Кроме того, отдельно следует рассматривать ишемическую болезнь почек, сопровождающуюся окклюзией почечной артерии.

По локализации атеросклеротического сужения в ПА:

- преимущественно в устье или в проксимальной трети главных ПА (60—97%);
- в междольевых артериях почки (15—20%).

По клиническим проявлениям:

- острая ИБП — инфаркт почки;
- хроническая ИБП (быстро прогрессирующая, медленно прогрессирующая).

По стадиям: доклиническая; начальная; выраженная; терминальная.

Атеросклеротический стеноз ПА формируется при сочетании нескольких сердечно-сосудистых факторов риска и их выраженности — «агрессивности». Нарушения обмена липопротеидов типичны для большинства больных ишемической нефропатией. В качестве основного немодифицируемого фактора риска ИБП рассматривают пожилой возраст. ИБП несколько чаще встречается у мужчин.

Эссенциальная АГ часто предшествует атеросклеротическому стенозу почечных артерий. Особенно четкая связь установлена между ИБП и повышением систолического артериального давления (АД). Сахарный диабет (СД) II типа — один из главных факторов риска атеросклеротического стеноза почечных артерий. Формирование ИБП также связывают с курением, абдоминальным ожирением, гипергомоцистеинемией.

«Идеальный портрет» больного ИБП — это курящий мужчина в возрасте старше 50 лет с гиперхолестеринемией и, возможно, с СД. Чаще всего к моменту выявления ИБП у него уже диагностирована ишемическая болезнь сердца или он перенес острое нарушение мозгового кровообращения.

Клиническая картина

Клиническая картина ИБП неспецифична. На ранней стадии болезни клинические проявления могут полностью отсутствовать. Но и на более поздних стадиях ИБП часто протекает с незначительными проявлениями или ее симптомы маскируются сопутствующими заболеваниями. Поэтому до настоящего времени у значительной части больных диагноз ставится на терминальной стадии ХБП.

В клинической картине ИБП можно выделить два ведущих синдрома:

- синдром артериальной гипертензии;
- синдром почечной недостаточности.

Артериальная гипертензия наблюдается у 97,4% больных ИБП. У лиц старше 60 лет при нормальном уровне АД атеросклеротическое поражение ПА выявляется в 50% случаев. Зачастую АГ при ИБП рассценивают как эссенциальную, однако некоторые ее характеристики позволяют отличить повышение АД при ИБП от «гипертонической болезни»: развитие АГ в возрасте старше 55 лет; АГ не ниже II или III степени; утрата контроля над АД, ранее снижавшемся при применении стандартных схем антигипертензивной терапии; рефрактерность к комбинированной антигипертензивной терапии; более выраженные, чем при эссенциальной АГ, поражения органов-мишеней; большая частота ассоциированных клинических состояний; развитие артериальной гипотонии при назначении ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (отмечается не у всех больных) — обладают высокой специфичностью для диагностики ИБП; прогностически неблагоприятные

варианты суточного ритма АД, отличающиеся недостаточным его снижением или дальнейшим повышением ночью; преимущественное повышение систолического АД.

Кроме того, АГ при ИБП может обусловить развитие тяжелой застойной сердечной недостаточности, внезапного отека легких при сохранной функции левого желудочка, а также развития нестабильной стенокардии, не поддающейся стандартной терапии.

Для ИБП характерно несоответствие между выраженностью снижения функции почек и отсутствием изменений мочевого осадка и протеинурии (либо протеинурия минимальна). Снижение функции почек на ранних стадиях носит гемодинамический характер, опережает развитие нефросклероза и является обратимым в случае хирургического восстановления кровотока. Увеличение концентрации креатинина крови при ИБП может длительное время оставаться умеренным. Тем не менее для ИБП характерно прогрессирующее снижение почечного кровотока со средними темпами снижения СКФ 4 мл/мин/год, которое в итоге приводит к полной утрате функции почек.

Под воздействием ряда факторов функция почек может резко ухудшаться, приводя к развитию острого повреждения почек (ОПП) — серьезному осложнению ИБП, ухудшающему прогноз. Факторами риска ОПП являются состояния, усугубляющие гипоперфузию почек: сердечная недостаточность и гиповолемия при злоупотреблении диуретиками, при хирургических операциях; обезвоживание из-за неправильного питьевого режима.

Одной из ведущих причин быстрого ухудшения функции почек при ИБП являются рентгеноконтрастные вещества и лекарства: нестероидные противовоспалительные препараты и особенно средства, блокирующие ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС). Ингибиторы АПФ являются первой по частоте причиной ОПП при ИБП (57,4%), превосходящей частоту ОПП при тромбозе ПА (28,5%), холестериновой эмболии с острым тубулоинтерстициальным нефритом (4,7%), а также при введении рентгеноконтрастных агентов (4,7%).

ОПП может развиваться как при первом назначении иАПФ, так и у пациентов, длительно принимающих данные препараты; чаще проявляется изменениями лабораторных показателей — увеличением сывороточных концентраций креатинина и калия без олиго- и анурии, и обратима по крайней мере частично при своевременной отмене препарата. «Манифестная» форма ОПП развивается у 5—6% больных.

Прирост концентрации креатинина более чем на 30% в первые 2 нед терапии иАПФ является прямым указанием на ИБП и требует проведения ультразвуковой доплерографии сосудов почек, а главное — коррекции дозы или отмены препарата.

Для ранней диагностики ИБП и профилактики развития ОПП перед первым назначением иАПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА II) необходимо определить исходный уровень креатинина и калия в сыворотке крови с последующим их контролем через 1 нед. Кроме того, необходимо не

реже 1 раза в 6—12 мес проводить контроль уровня креатинина крови всем больным атеросклерозом, сердечной недостаточностью, АГ, СД, пациентам в возрасте 60 лет и старше и всем, принимающим иАПФ или БРА II.

Другим вариантом патогенеза ОПП при ИБП является эмболия мелких ветвей почечных сосудов кристаллами холестерина, источником которых являются атеросклеротические бляшки в брюшной аорте или непосредственно в ПА.

При острой форме, развивающейся в результате одномоментного массивного попадания атероматозных эмболов в просветы мелких ветвей ПА, наблюдается быстрое повышение АД и олигурия вплоть до развития анурии, связанная не только с падением СКФ в результате окклюзии почечных сосудов, но и с развитием острого аллергического тубулоинтерстициального нефрита, при котором часто обнаруживается значительная протеинурия и микрогематурия. В крови часто обнаруживается эозинофилия.

Хроническая форма холестериновой эмболии манифестирует не столь ярко. Выявляются АГ, умеренное повышение содержания С-реактивного белка в сыворотке крови; эозинофилия (менее выражена). Отдаленный прогноз хронической формы эмболии кристаллами холестерина неблагоприятен, что определяется быстрым развитием нефросклероза и почечной недостаточности.

При обеих формах холестериновой эмболии локализация эмболов в сосудах других органов определяет многообразные «внепочечные» проявления: транзиторные ишемические атаки и инсульты, абдоминалгии (ишемические кишечные боли) и острая кишечная непроходимость, гангрена петель кишечника, острый панкреатит, острая надпочечниковая недостаточность, инфаркт селезенки, сетчатое ливедо, кожные язвы.

Наличие стеноза почечных артерий **следует подозревать** в следующих ситуациях (Всероссийское научное общество кардиологов и Научное общество нефрологов России, 2009):

- развитие АГ в возрасте младше 30 лет или тяжелая АГ в возрасте старше 55 лет ^{I,B;}
- быстро прогрессирующая резистентная или злокачественная АГ ^{I,C;}
- вновь развившаяся азотемия или ухудшение функции почек после назначения иАПФ или БРА II ^{I,B;}
- необъяснимая атрофия почки или разница в размерах почек более 1,5 см ^{I,B;}
- внезапный необъяснимый отек легких ^{I,B;}
- необъяснимая почечная недостаточность, включая случаи начала заместительной терапии ^{II,B.}

Наличие стеноза почечных артерий **маловероятно** в следующих ситуациях:

- мультисосудистая коронарная болезнь ^{IIb,B;}
- необъяснимая сердечная недостаточность ^{IIb,C;}
- рефрактерная стенокардия ^{IIb,C.}

Диагностика

Обоснованием использования современных методов инструментальной диагностики атеро-

склеротического стеноза ПА является первоначальная правильная интерпретация клинических данных. Прежде всего, основываясь на данных анамнеза и общеклинического обследования, выясняют, входит ли данный больной в группу риска ИБП (рис. 1).

Наличие ИБП можно предполагать при сочетании двух и более из перечисленных **клинических критериев предположительного диагноза ишемической болезни почек:**

1. Возраст старше 50 лет.
2. Прогрессирующая почечная недостаточность в отсутствие выраженной протеинурии и изменений мочевого осадка; при этом умеренный мочевого синдром возникает одновременно с нарушением функции почек.
3. ОПП, развившееся в пожилом и старческом возрасте.
4. Повышение уровня сывороточного креатинина и/или артериальная гипотония в ответ на назначение иАПФ.
5. Внезапное развитие тяжелой АГ с кризовым течением.
6. Резкое «озлокачествление» имеющейся эссенциальной АГ с появлением резистентности к комбинированной гипотензивной терапии.
7. Рецидивирующий отек легких.
8. Распространенный атеросклероз с поражением нескольких органов-мишеней
9. Абдоминалгии, люмбалгии.
10. Синдром перемежающейся хромоты, асимметрия пульса, другие признаки атеросклероза артерий конечностей.
11. Длительный анамнез курения.

<i>I этап. Выявление факторов риска развития ИБП, определение показаний к инструментальным исследованиям</i>
Тщательное изучение анамнеза; исследование пульса, АД; аускультация брюшной аорты и почечных артерий. Общий анализ крови. Биохимический анализ крови. Общий анализ мочи, определение суточной протеинурии. Определение антител к кардиолипину и волчаночного антикоагулянта. УЗИ почек и органов брюшной полости; ЭКГ, ЭхоКГ. Осмотр окулистом, неврологом
<i>II этап. Предположительный диагноз ИБП</i>
УЗДГ сосудов почек. Сцинтиграфия почек
<i>III этап. Верификация диагноза, подготовка к хирургическому лечению</i>
Спиральная компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография. Ангиография почек

Рис. 1. Этапы диагностики ишемической болезни почек (Фомин В.В., 2006)

При физикальном обследовании могут быть обнаружены периферические отеки, проявления хронической сердечной недостаточности (гепатомегалия, билатеральная крепитация/влажные хрипы в базальных отделах легких), шумы над

аортой и крупными сосудами, в том числе почечными.

Изменения мочи при ИБП ограничиваются следовой протеинурией, часто транзиторной; гематурия, лейкоцитурия нехарактерны; можно зарегистрировать микроальбуминурию.

На начальном этапе диагностики ИБП предпочтение должно отдаваться неинвазивным методам обследования, которые рекомендуются при диастолическом АД (ДАД) > 120 мм рт. ст.; АГ, рефрактерной к стандартной терапии, начале стабильной АГ II—III стадии в возрасте младше 20 или старше 50 лет; при систолическом шуме над областью почечных артерий; ДАД > 105 мм рт. ст. у курильщиков, пациентов с окклюзирующим поражением артерий других систем или у пациентов с необъяснимым стабильным повышением креатинина сыворотки; при нормализации АД при назначении иАПФ у пациентов с АГ II—III стадии, особенно у курильщиков или с недавним началом АГ.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек позволяет дать полуколичественную оценку массы почек. Различия длины почек более чем на 1,5 см при отсутствии кист почек указывает на преимущественно одностороннее поражение почек. При УЗИ почек нередко выявляют их уменьшение, неровность контуров и истончение коркового слоя.

Ультразвуковая доплерография сосудов почек относится к неинвазивным исследованиям, не требует применения радиофармпрепарата (РФП) или рентгеноконтрастных веществ, позволяет визуализировать артериальное дерево почки от почечной артерии до уровня дуговых, а при высоком разрешении аппарата — до междольковых артерий, выявить добавочные почечные сосуды, визуально оценить интенсивность почечного кровотока.

Диагностическое значение имеют количественные показатели: максимальная систолическая скорость кровотока в месте стеноза > 180 см/с, реноаортальный индекс > 3,5. При сочетании этих симптомов чувствительность метода превышает 95%, специфичность — 90%. Характерно наличие сегментарного сужения диаметра ПА, патологическая извитость магистрального сосуда, турбулентное движение потоков, индекс сопротивления в дуговых и междольковых ПА менее 0,6, низкая скорость кровотока в междольковых и дуговых артериях. Отсутствие визуализации почечного кровотока в сочетании с уменьшением длины почки < 9 см свидетельствует о полной окклюзии ПА.

Дистальнее места стеноза наблюдается обратная картина: внутривенный кровоток резко обеднен, визуализируются только сегментарные, иногда междольковые артерии; скорость кровотока в них замедлена, систолодиастолическое соотношение уменьшено, увеличено время ускорения. На спектрограммах волны выглядят пологими и уплощенными, что описывают как феномен *pulsus parvus et tardus*.

Недостатки метода: невозможность визуализации всей ПА и измерения самой высокой пиковой

систолической скорости кровотока при спектральном доплеровском исследовании; обычно не удается адекватно исследовать дополнительные ПА; большая трудоемкость и временные затраты на проведение исследования; необходимость высокой подготовки исследователя; низкая информативность у пациентов с ожирением, при метеоризме.

Ультразвуковые и доплеровские методы могут применяться у пациентов с выраженной почечной недостаточностью. Они позволяют проследить прогрессирование заболевания ПА и ответ на оперативное вмешательство.

Динамическая реносцинтиграфия позволяет визуализировать и количественно оценить поступление и накопление РФП в почках, которое отражает состояние почечного кровотока и активацию внутривенной РААС. Характерными признаками стеноза ПА являются резкое уменьшение поступления РФП в почку и замедление его накопления. Ренограмма меняет свою форму: становится более уплощенной, при этом сосудистый и секреторный сегменты делаются более пологими, в результате T_{max} значительно увеличивается.

Для повышения чувствительности и специфичности метода используют *фармакологическую пробу с каптоприлом*. В отсутствие стеноза изменения ренограмм после введения каптоприла не отмечаются. При стенозе ПА наблюдается резкое падение СКФ и увеличение продолжительности фаз быстрого и медленного накопления РФП в почке. Данная проба имеет большое значение для ранней диагностики стеноза ПА. Положительная проба с каптоприлом не является прямым указанием на наличие стеноза, а отражает активацию внутривенной РААС. Она может быть положительной в отсутствие значимого стеноза у больных с гиповолемией, при регулярном приеме мочегонных (должны быть исключены за 2 дня до пробы), при резком падении АД в ответ на введение каптоприла.

Выраженная почечная недостаточность (уровень креатинина крови > 3 мг/дл) служит противопоказанием для радиоизотопного исследования.

Спиральная компьютерная томография сосудов почек с внутривенным или внутривенным введением контрастного вещества позволяет получить трехмерное изображение артериальной системы почек с высоким разрешением. Но необходимость введения большой дозы контрастного вещества ограничивает применение метода при выраженной почечной недостаточности.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) может применяться у больных с выраженным нарушением функции почек, поскольку контраст с гадолинием обладает наименьшей нефротоксичностью. МРТ обладает меньшей разрешающей способностью, чем спиральная компьютерная томография, преувеличивает степень стеноза ПА, не позволяет надежно выявлять внутривенный стеноз и может не выявить небольшую добавочную или тромбированную ПА.

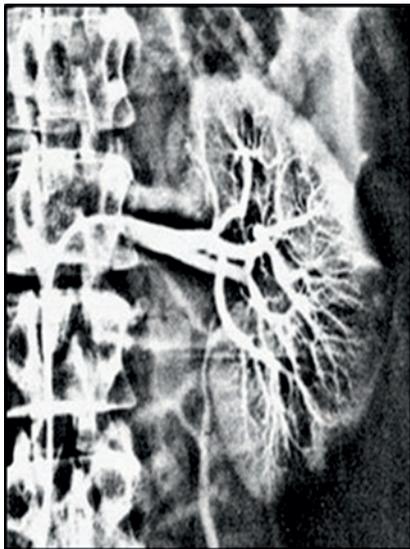


Рис. 2. Нормальная селективная левосторонняя почечная ангиограмма



Рис. 3. Ангиограмма пациента со стенозом левой почечной артерии

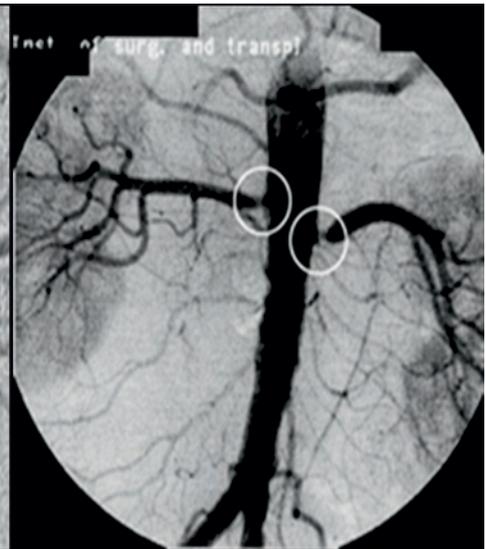


Рис. 4. Ангиограмма пациента с двусторонним стенозом почечных артерий

До настоящего времени «золотым стандартом» диагностики стеноза ПА остается **ангиография с внутриаартериальным введением контраста**. Данный метод позволяет с наибольшим разрешением визуализировать артериальное дерево почки, выявить коллатеральный кровоток, изучить структурные особенности стенозированного участка ПА, а также измерить градиент давления крови до и после стеноза, т.е. дает возможность оценить степень стеноза не только анатомически, но и функционально (рис. 2—4).

Относительные показания к ангиографии:

- ДАД > 120 мм рт. ст. с прогрессирующей почечной недостаточностью;
- рефрактерная АГ у курильщика;
- признаки окклюзирующего поражения артерий других систем;
- при прогрессирующей или злокачественной АГ (ретинопатия III или IV степени);
- АГ с недавним повышением креатинина сыворотки, необъяснимым или транзиторным, при назначении иАПФ;
- АГ II—III степени с выявлением асимметричных размеров почек.

Существенным недостатком метода является риск развития осложнений, связанных с катетеризацией брюшной аорты и ПА (перфорация сосуда, разрушение нестабильных атеросклеротических бляшек и холестериновая эмболия сосудов почек).

Биопсия почки при ИБП, как правило, не проводится. Возможное показание к этому исследованию — быстро прогрессирующий вариант ИБП и ренальное ОПП, которые необходимо дифференцировать с быстро прогрессирующим гломеруло-нефритом.

Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике атеросклеротического стеноза ПА с позиций доказательной медицины представлены в *таблице*.

Рекомендации по диагностике стеноза почечной артерии

Рекомендации	Класс и уровень доказательности
Для диагностики стеноза ПА в первую очередь рекомендуется применять дуплексное сканирование	I, B
Для подтверждения диагноза стеноза ПА рекомендуется проведение КТ-ангиографии (у пациентов с клиренсом креатинина более 60 мл/мин)	I, B
Для подтверждения диагноза стеноза ПА рекомендуется проведение МР-ангиографии (у пациентов с клиренсом креатинина более 30 мл/мин)	I, B
Если диагноз стеноза ПА высоко вероятен, а результаты неинвазивных методов оказываются неоднозначными, рекомендуется проведение дигитальной субтракционной ангиографии	I, C
Сцинтиграфию почек с каптоприлом, селективное измерение уровня ренина в почечной вене, определение активности ренина плазмы и пробу с каптоприлом не рекомендуется использовать для скрининга стеноза ПА	III, B

ИБП — неуклонно прогрессирующее заболевание. Вместе с тем многие пациенты не доживают до развития терминальной почечной недостаточности, погибая от сердечно-сосудистых осложнений. Поэтому необходима ранняя «активная» диагностика ИБП, которая позволит своевременно начать лечение и тем самым изменить прогноз и судьбу пациентов с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артериальная гипертония при ишемической болезни почек: клинические особенности и течение / В.В. Фомин, С.В. Моисеев, М.Ю. Швецов [и др.] // Терапевтический архив. — 2005. — № 6. — С.27—32.

2. *Иванов, Д.Д.* Лекции по нефрологии / Д.Д. Иванов. — Донецк: Изд-во А.Ю. Заславского, 2010. — 200 с.
3. Ишемическая болезнь почек / А.М. Игнатов, А.В. Смирнов, В.А. Добронравов [и др.] // Нефрология. — 2004. — Т. 8, № 2. — С.19—27.
4. Ишемическая болезнь почек / Н.А. Мухин, Л.В. Козловская, И.М. Кутырина [и др.] // Терапевтический архив. — 2003. — № 6. — С.5—11.
5. Ишемическая болезнь почек (атеросклеротическая реноваскулярная гипертензия) — клинический вариант распространенного атеросклероза и причина хронической почечной недостаточности / И.М. Кутырина, М.Ю. Швецов, Н.А. Мухин [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2008. — № 11. — С.24—33.
6. *Мухин, Н.А.* Нефрология: национальное руководство / Н.А. Мухин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 720 с.
7. *Мухин, Н.А.* Рациональная фармакотерапия в нефрологии: руководство для практических врачей / Н.А. Мухин, Л.В. Козловская, Е.М. Шилов [и др.]; под общ. ред. Н.А. Мухина, Л.В. Козловской, Е.М. Шилова. — М.: Литерра, 2006. — 896 с.
8. *Мухин, Н.А.* Атеросклеротический стеноз почечных артерий / Н.А. Мухин, В.В. Фомин // Руководство по атеросклерозу и ишемической болезни сердца. — М.: MediaMedica, 2007. — С.248—273.
9. *Мухин, Н.А.* Ишемическая болезнь почек / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев // Врач. — 2003. — № 3. — С.7—10.
10. Нарастающая азотемия, спровоцированная назначением ингибитора ангиотензинпревращающего фермента при ишемической болезни почек / В.В. Фомин, О.И. Таронишвили, М.Ю. Швецов [и др.] // Терапевтический архив. — 2004. — № 9. — С.66—70.
11. *Сигитова, О.Н.* Ишемическая болезнь почек / О.Н. Сигитова, А.Г. Щербакова // Земский врач. — 2010. — № 4. — С.17—22.
12. *Сигитова, О.Н.* О факторах риска, особенностях течения и критериях диагностики ишемической болезни почек у больных ишемической болезнью сердца / О.Н. Сигитова, А.Р. Богданова, Е.В. Архипов // Архив внутренней медицины. — 2013. — № 5(13). — С.16—20.
13. *Фомин, В.В.* Ишемическая болезнь почек: клиническая картина, патогенез, тактика ведения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Фомин. — М., 2008. — 40 с.
14. *Фомин, В.В.* Ишемическая болезнь почек: клинико-патогенетические особенности, диагностика и лечение / В.В. Фомин // Клиническая медицина. — 2008. — № 4. — С.8—13.
15. *Хирманов, В.Н.* Ишемическая болезнь почек / В.Н. Хирманов // Терапевтический архив. — 2001. — № 6. — С.61—65.
16. *Шилов, Е.М.* Нефрология / Е.М. Шилов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 712 с.
17. *Adamczak, M.* Ischemic nephropathy — pathogenesis and treatment / M. Adamczak, A. Wiecek // Nefrologia (Madr.). — 2012. — Vol. 32(4). — P.432—438.
18. *Ahmed, A.* Renal artery stenosis in patients with peripheral vascular disease in Kuwait / A. Ahmed, M.R. Nampoory, M. Sheikh, K.V. Johny // Med. Princ. Pract. — 2005. — № 14(6). — P.386—389.
19. *Alkazar, J.M.* Ischemic nephropathy: clinical characteristics and treatment / J.M. Alkazar, J.L. Rodicio // Am. J. Kidney Dis. — 2000. — Vol. 36, № 5. — P.883—893.
20. *Baboola, K.* Incidence of end-stage renal disease in medically treated patients with severe bilateral atherosclerotic renovascular disease / K. Baboola, C. Evans, R.H. Moore // American Journal of Kidney Disease. — 1998. — Vol. 31. — P.971—977.
21. *Bonnici, T.* Renal and cardiac arterial disease: parallels and pitfalls / T. Bonnici, D. Goldsmith // Br. J. Cardiol. — 2008. — Vol. 15. — P.261—265.
22. Contrast-induced nephropathy in patients undergoing primary angioplasty for acute myocardial infarction / G. Marenzi, G. Lauri, E. Assanelli [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 2004. — Vol. 44 (9). — P.1780—1785.
23. *Hansen, K.J.* Atherosclerotic renovascular disease: evaluation and management of ischemic nephropathy / K.J. Hansen, R.H. Dean // Rutherford Vascular Surgery. — 2000. — Vol. 45. — P.1665—1682.
24. *Hansen, K.J.* Renovascular disease: an overview / K.J. Hansen // Rutherford Vascular Surgery. — 2000. — Vol. 32. — P.1593—1600.
25. *Jacobson, H.R.* Ischemic renal disease: an overlooked clinical entity? / H.R. Jacobson // Kidney Int. — 1988. — Vol. 34. — P.729—743.
26. *London, G.M.* Atherosclerosis and arteriosclerosis in chronic renal failure / G.M. London, T.B. Druecke // Kidn. Int. — 1997. — Vol. 51. — P.1678—1695.
27. Predictors of long-term beneficial effects on blood pressure after percutaneous transluminal renal angioplasty in atherosclerotic renal artery stenosis / A. Alhadad, I. Mattiasson, K. Ivancev [et al.] // Int. Angiol. — 2009. — Vol. 28 (2). — P.106—112.
28. Prevalence of renovascular disease in the elderly: a population-based study / K.J. Hansen, M.S. Edwards, T.E. Craven [et al.] // J. Vasc. Surg. — 2002. — Vol. 36(3). — P.443—451.
29. *Rimmer, J.M.* Atherosclerotic renovascular disease and progressive renal failure / J.M. Rimmer, F.J. Gennari // Ann. Intern. Med. — 1993. — Vol. 118(3). — P.712—719.
30. *Ruggenenti, P.* Progression, remission, regression of chronic renal diseases / P. Ruggenenti, A. Schieppati, G. Remuzzi // Lancet. — 2001. — № 357. — P.1601—1608.
31. Survival in renal vascular disease / P.J. Conlon, K. Athirakul, E. Kovalik [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. — 1998. — Vol. 9. — P.252—256.
32. *Zeller, T.* Stent angioplasty of severe atherosclerotic ostial renal artery stenosis in patients with diabetes mellitus and nephrosclerosis / T. Zeller, C. Muller, U. Frank [et al.] // Catheter. Cardiovasc. Interv. — 2003. — № 58. — P.510—515.
33. *Zuccala, A.* Ischemic nephropathy diagnosis and treatment / A. Ziiccala, P. Zuccheli // J. Nephrol. — 1998. — Vol. 11. — P.318—324.

REFERENCES

1. Arterial'naya gipertoniya pri ishemicheskoi bolezni почек: klinicheskie osobennosti i techenie [Hypertension in ischemic renal disease: clinical features and course] / V.V. Fomin, S.V. Moiseev, M.YU. SHvecov [i dr.] // Terapevticheskii arhiv [Therapeutic archives]. — 2005. — № 6. — С.27—32.
2. *Ivanov, D.D.* Lekcii po nefrologii [Lectures on nephrology] / D.D. Ivanov. — Doneck: Izd-vo A.Yu. Zaslavskogo, 2010. — 200 s.
3. Ishemicheskaya bolezni' почек [Ischemic kidney disease] / A.M. Ignatov, A.V. Smirnov, V.A. Dobronravov [i dr.] // Nefrologiya [Nephrology]. — 2004. — Т. 8, № 2. — С.19—27.
4. Ishemicheskaya bolezni' почек [Ischemic kidney disease] / N.A. Mulin, L.V. Kozlovskaya, I.M. Kutyryna [i dr.] // Terapevticheskii arhiv [Therapeutic archives]. — 2003. — № 6. — С.5—11.

5. Ishemicheskaya bolezn' pochek (ateroskleroticheskaya renovaskulyarnaya gipertenziya) — klinicheskii variant rasprostranennogo ateroskleroza i prichina hronicheskoi pochechnoi nedostatochnosti [Ischemic kidney disease (atherosclerotic renovascular hypertension) — clinical variant common cause of atherosclerosis and chronic renal failure] / I.M. Kutyryna, M.Yu. Shvecov, N.A. Muhin [i dr.] // Vestnik Rossiiskoi akademii medicinskih nauk [Bulletin of the Russian academy of Medical Sciences]. — 2008. — № 11. — S.24—33.
6. Muhin, N.A. Nefrologiya: nacional'noe rukovodstvo [Nephrology: national leadership] / N.A. Muhin. — M.: GEOTAR-Media, 2009. — 720 s.
7. Muhin, N.A. Racional'naya farmakoterapiya v nefrologii: rukovodstvo dlya prakticheskikh vrachei [Rational pharmacotherapy in nephrology] / N.A. Muhin, L.V. Kozlovskaya, E.M. Shilov [i dr.]; pod obsch. red. N.A. Muhina, L.V. Kozlovskoi, E.M. Shilova. — M.: Litterra, 2006. — 896 s.
8. Muhin, N.A. Ateroskleroticheskii stenoz pochechnykh arterii [Atherosclerotic renal artery stenosis] / N.A. Muhin, V.V. Fomin // Rukovodstvo po ateroskleroze i ishemicheskoi boleznii serdca [Guide to atherosclerosis and coronary heart disease]. — M.: MediaMedica, 2007. — S.248—273.
9. Muhin, N.A. Ishemicheskaya bolezn' pochek [Ischemic kidney disease] / N.A. Muhin, V.S. Moiseev // Vrach. — 2003. — № 3. — S.7—10.
10. Narastayuschaya azotemiya, sprovocirovannaya naznacheniem inhibitora angiotenzinprevrashchayushchego fermenta pri ishemicheskoi boleznii pochek [Increasing azotemia, provoked by the appointment of an angiotensin-converting enzyme in ischemic renal disease] / V.V. Fomin, O.I. Taronishvili, M.YU. SHvecov [i dr.] // Terapevticheskii arhiv [Therapeutic archives]. — 2004. — № 9. — S.66—70.
11. Sigitova, O.N. Ishemicheskaya bolezn' pochek [Ischemic kidney disease] / O.N. Sigitova, A.G. Scherbakova // Zemskii vrach [The Country Doctor]. — 2010. — № 4. — S.17—22.
12. Sigitova, O.N. O faktorah riska, osobennostyah techeniya i kriteriyah diagnostiki ishemicheskoi boleznii pochek u bol'nykh ishemicheskoi bolezn'yu serdca [On the risk factors, especially current and criteria for diagnosis of ischemic renal disease in patients with coronary heart disease] / O.N. Sigitova, A.R. Bogdanova, E.V. Arhipov // Arhiv vnutrennei mediciny [Archives of Internal Medicine]. — 2013. — № 5(13). — S.16—20.
13. Fomin, V.V. Ishemicheskaya bolezn' pochek: klinicheskaya kartina, patogenez, taktika vedeniya: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk [Ischemic renal disease: clinical presentation, pathogenesis, tactics: author's dissertation of the MD] / V.V. Fomin. — M., 2008. — 40 s.
14. Fomin, V.V. Ishemicheskaya bolezn' pochek: kliniko-patogeneticheskie osobennosti, diagnostika i lechenie [Ischemic renal disease: clinical and pathogenetic features, diagnosis and treatment] / V.V. Fomin // Klinicheskaya medicina [Clinical Medicine]. — 2008. — № 4. — S.8—13.
15. Hirmanov, V.N. Ishemicheskaya bolezn' pochek [Ischemic kidney disease] / V.N. Hirmanov // Terapevticheskii arhiv [Therapeutic archives]. — 2001. — № 6. — S.61—65.
16. Shilov, E.M. Nefrologiya [Nephrology] / E.M. Shilov. — M.: GEOTAR-Media, 2008. — 712 s.
17. Adamczak, M. Ischemic nephropathy — pathogenesis and treatment / M. Adamczak, A. Wiecek // Nefrologia (Madr.). — 2012. — Vol. 32(4). — P.432—438.
18. Ahmed, A. Renal artery stenosis in patients with peripheral vascular disease in Kuwait / A. Ahmed, M.R. Nampoory, M. Sheikh, K.V. Johny // Med. Princ. Pract. — 2005. — № 14(6). — P.386—389.
19. Alkazar, J.M. Ischemic nephropathy: clinical characteristics and treatment / J.M. Alkazar, J.L. Rodicio // Am. J. Kidney Dis. — 2000. — Vol. 36, № 5. — P.883—893.
20. Baboola, K. Incidence of end-stage renal disease in medically treated patients with severe bilateral atherosclerotic renovascular disease / K. Baboola, C. Evans, R.H. Moore // American Journal of Kidney Disease. — 1998. — Vol. 31. — P.971—977.
21. Bonnici, T. Renal and cardiac arterial disease: parallels and pitfalls / T. Bonnici, D. Goldsmith // Br. J. Cardiol. — 2008. — Vol. 15. — P.261—265.
22. Contrast-induced nephropathy in patients undergoing primary angioplasty for acute myocardial infarction / G. Marenzi, G. Lauri, E. Assanelli [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 2004. — Vol. 44 (9). — P.1780—1785.
23. Hansen, K.J. Atherosclerotic renovascular disease: evaluation and management of ischemic nephropathy / K.J. Hansen, R.H. Dean // Rutherford Vascular Surgery. — 2000. — Vol. 45. — P.1665—1682.
24. Hansen, K.J. Renovascular disease: an overview / K.J. Hansen // Rutherford Vascular Surgery. — 2000. — Vol. 32. — P.1593—1600.
25. Jacobson, H.R. Ischemic renal disease: an overlooked clinical entity? / H.R. Jacobson // Kidney Int. — 1988. — Vol. 34. — P.729—743.
26. London, G.M. Atherosclerosis and arteriosclerosis in chronic renal failure / G.M. London, T.B. Druecke // Kidn. Int. — 1997. — Vol. 51. — P.1678—1695.
27. Predictors of long-term beneficial effects on blood pressure after percutaneous transluminal renal angioplasty in atherosclerotic renal artery stenosis / A. Alhadad, I. Mattiasson, K. Ivancev [et al.] // Int. Angiol. — 2009. — Vol. 28 (2). — P.106—112.
28. Prevalence of renovascular disease in the elderly: a population-based study / K.J. Hansen, M.S. Edwards, T.E. Craven [et al.] // J. Vasc. Surg. — 2002. — Vol. 36(3). — P.443—451.
29. Rimmer, J.M. Atherosclerotic renovascular disease and progressive renal failure / J.M. Rimmer, F.J. Gennari // Ann. Intern. Med. — 1993. — Vol. 118(3). — P.712—719.
30. Ruggenenti, P. Progression, remission, regression of chronic renal diseases / P. Ruggenenti, A. Schieppati, G. Remuzzi // Lancet. — 2001. — № 357. — P.1601—1608.
31. Survival in renal vascular disease / P.J. Conlon, K. Athirakul, E. Kovalik [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. — 1998. — Vol. 9. — P.252—256.
32. Zeller, T. Stent angioplasty of severe atherosclerotic ostial renal artery stenosis in patients with diabetes mellitus and nephrosclerosis / T. Zeller, C. Muller, U. Frank [et al.] // Catheter. Cardiovasc. Interv. — 2003. — № 58. — P.510—515.
33. Zuccala, A. Ischemic nephropathy diagnosis and treatment / A. Zuccala, P. Zuccheli // J. Nephrol. — 1998. — Vol. 11. — P.318—324.

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕРМАТОЗА У СОТРУДНИКОВ ОВД

ЛЮДМИЛА КОНСТАНТИНОВНА БУНАКОВА, врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», e-mail: blk-vrach@mail.ru

ОЛЕГ АЛЕКСАНДРОВИЧ БУНАКОВ, канд. экон. наук, старший преподаватель кафедры социально-культурного сервиса и туризма ФГБОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», e-mail: oleg-bunakov@mail.ru

ЛЯЙСАН РАФКАТОВНА ГИНЯТУЛЛИНА, зам. начальника ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», врач, майор внутренней службы, e-mail: 1610med@mail.ru

Реферат. В статье представлены результаты экспертной оценки динамического наблюдения сотрудников ОВД с хронической патологией кожи. С помощью теории вероятности и математической статистики, в частности методом распознавания патологических процессов, разработан унифицированный алгоритм для изучения влияния хронического дерматоза на профессиональную деятельность сотрудника, позволяющий проводить индивидуальное прогнозирование течения заболевания.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, сотрудники ОВД, хронические дерматозы (ХД), прогностические коэффициенты, алгоритм.

MATHEMATICAL FORECASTING OF THE CURRENT OF THE CHRONIC DERMATOSIS AT THE STAFF OF DEPARTMENT OF INTERNAL AFFAIRS

LJUDMILA K. BUNACOVA, OLEG A. BUNAKOV, LJAYSAN R. GINJATULLUNA

Abstract. Results of an expert assessment of dynamic supervision of staff of Department of Internal Affairs are presented in article with chronic pathology of skin. By means of the theory of probability and mathematical statistics, in particular the method of recognition of pathological processes, developed the unified algorithm for studying of influence of a chronic dermatosis on professional activity of the employee, allowing to carry out individual forecasting of a course of a disease.

Key words: dispensary supervision, staff of Department of Internal Affairs, chronic dermatosis (CD), predictive coefficients, algorithm.

В современной системе здравоохранения стратегическими целями являются оказание своевременной квалифицированной первичной медико-санитарной и высокотехнологичной медицинской помощи и совершенствование профилактики заболеваний. Эти цели нашли свое отражение в базовом документе по планированию развития системы обеспечения национальной безопасности Российской Федерации, утвержденном Указом Президента РФ от 12.05.2009 № 537 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года». В свою очередь проблема обеспечения высокого качества медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел (ОВД) предусматривает необходимость научного обоснования и совершенствования клиничко-организационных форм работы для сохранения трудоспособности и боеготовности личного состава [4, 5, 6, 10, 14].

Для решения практической задачи по совершенствованию стандартов дерматологической помощи сотрудникам ОВД, имеющим в анамнезе хроническую патологию кожи, проведено комплексное исследование влияния течения хронического дерматоза (ХД) на прогноз дальнейшей службы. При оценке использован метод математического прогнозирования, который в последнее время применяется при научных исследованиях в современной медицине [1, 3, 8, 9].

Материал и методы. Для разработки методики оценки использовалась неоднородная последовательная процедура (НПП) распознавания [1]. Впервые она была предложена А. Вальдом (1947, 1960). НПП распознавания легла в основу методических рекомендаций и значительного числа клинических и экспериментальных исследований в основном в нашей стране (Гублер Е.В., 1978). Данная методика, являясь одномерной, пригодна при любой форме распределений, может быть отнесена к непараметрическим критериям. НПП легко реализуется с помощью табличных методов вычислительной диагностики. По сравнению с другими табличными методами она относительно проста и близка к врачебному мышлению в своей логической основе. К ограничениям НПП можно отнести то, что она является альтернативной, т.е. позволяет отнести состояние пациента к одному из двух возможных.

Для исследования были выбраны сотрудники ОВД, подлечавшие обязательно ежегодному диспансерному наблюдению в 2010—2011 гг. в поликлинике ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ». Группу составили 283 человека, имеющие в анамнезе хронические заболевания кожи. Проведена экспертная оценка медицинских амбулаторных карт этих сотрудников (ф. 025/у), карт диспансерного наблюдения больных хроническими заболеваниями кожи (ф. 30).

При экспертизе использована балльная оценка: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценка «отлично» соответствует осмотру с надлежащим объемом лабораторных и других диагностических обследований с последующим развернутым заключительным диагнозом и планом диспансерного наблюдения. При оценке «неудовлетворительно» оценен осмотр без лабораторных и диагностических обследований, диагноз выставлен при первоначальном осмотре, план диспансерного наблюдения отсутствует.

Данные, полученные в результате анализа показателей, были обработаны методами математической статистики с целью выявления тех из них, которые статистически достоверно повлияли на срок службы пациентов в органах МВД. Проведено определение ошибок репрезентативности и доверительных величин относительно показателя генеральной совокупности. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета Statistica 6.0. Применялись критерии χ^2 , критерий Стьюдента для долей. Примененный t-критерий Стьюдента относится к классу методов статистической проверки гипотез и предназначен для сравнения именно двух групп.

Для разработки методики оценки влияния ХД на дальнейшую службу сотрудника использовалась неоднородная последовательная процедура распознавания. Процесс прогнозирования включал специальное научное исследование оценки состояния здоровья сотрудников ОВД с ХД в анамнезе. При оценке состояния здоровья пациентов использовались следующие показатели: диагноз, сроки диспансеризации, длительность ремиссии ХД, распространенность кожного процесса, длительность временной утраты трудоспособности, связь экстремальных ситуаций с количеством рецидивов ХД, связь заболевания кожи с хроническими соматическими заболеваниями, влияние хронического дерматоза на срок службы в ОВД. Качество наблюдения больного врачом-терапевтом, врачом-дерматологом и прочими специалистами, качество диспансерного наблюдения врачом-дерматологом оценивалось в баллах в соответствии с существующими стандартами. Пациенты были разделены на 2 группы. В группу I были включены лица, для которых заболевание дерматозом послужило основанием для увольнения из органов внутренних дел (16,6%), в группу II — те пациенты, которые продолжили службу, несмотря на наличие заболевания кожи (83,4%).

По частоте встречаемости диагнозов можно отметить, что в целом чаще других встречался диагноз «псориаз» в 31,8% случаев ($p < 0,05$ при сравнении с частотами встречаемости других диагнозов). Группы сравнения практически не отличались друг от друга (рис. 1).

Полученные данные не противоречат статистике хронических дерматозов. Среди пациентов с хронической патологией кожи более 30% составляют больные псориазом.

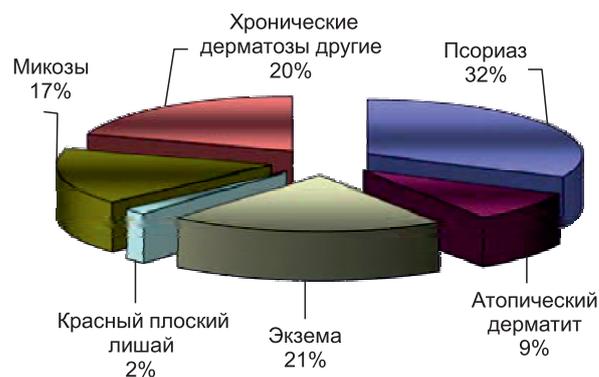


Рис. 1. Частоты встречаемости диагнозов у пациентов в целом

На этапе оценки качества наблюдения пациентов I и II групп терапевтом (табл. 1) можно отметить, что в целом хорошее и отличное качество наблюдения пациентов исследуемых групп встречается с одинаковой частотой (34,6 и 47,3%).

Таблица 1

Качество наблюдения терапевтом пациентов групп сравнения

Качество наблюдения	Группа				В целом	
	I		II			
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Неудовлетворительно	0	0,0	2	0,8	2	0,7
Удовлетворительно	8	17,0	41	17,4	49	17,3
Хорошо	8	17,0	90	38,1	98	34,6
Отлично	31	66,0	103	43,6	134	47,3
Всего	47	100,0	236	100,0	283	100,0

В целом 99,3% пациентов наблюдается у терапевта качественно.

Результат анализа качества наблюдения пациентов групп сравнения прочими специалистами показывает, что пациентов с отличным качеством наблюдения в I группе было больше (55,3%), чем во II (37,7%; $p = 0,037$). Основная часть пациентов (94,3%) наблюдается у прочих специалистов тоже с хорошим качеством. Из данных, характеризующих качество наблюдения у врача-дерматолога, видно, что пациентов I группы, наблюдавшихся у данного специалиста с удовлетворительным качеством, больше (78,7%), чем пациентов II группы (62,3%; $p = 0,047$).

По длительности ремиссии пациенты групп сравнения значительно отличаются друг от друга (табл. 2). Так, с частотой обострения ХД в первый месяц пациентов I группы выявлено 14,9%, тогда как во II группе таких почти не было (2,1%; $p = 0,000$).

У большей части пациентов I группы зафиксирована частота обострений ХД 2 раза в год (63,8%), а среди пациентов II группы таких меньше половины (35,6%; $p = 0,000$). В целом большая часть пациентов болеет 1—2 раза в год (80,2%).

Таблица 2

Длительность ремиссии у пациентов групп сравнения

Длительность ремиссии	Группа				В целом	
	I		II			
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
0—1 мес	7	14,9	5	2,1	12	4,2
2 раза в год	30	63,8	84	35,6	114	40,3
1 раз в год	9	19,1	104	44,1	113	39,9
Несколько лет	1	2,1	43	18,2	44	15,5
Всего	47	100,0	236	100,0	283	100,0

О распространенности кожного процесса можно сказать следующее: больше чем в половине случаев у пациентов I группы был зафиксирован распространенный кожный процесс (57,4%), среди пациентов II группы таких всего 22,9% ($p=0,000$). Большая часть пациентов II группы имела ограниченный кожный процесс (66,1% случаев), среди пациентов I группы таких было меньше половины (42,6%; $p=0,004$). Можно отметить, что у 10,6% пациентов II группы зафиксированы «дежурные» высыпания на коже, тогда как среди пациентов I группы с такими высыпаниями не было зафиксировано ни одного (0,0%; $p=0,041$).

По длительности временной утраты трудоспособности группы сравнения значительно отличаются друг от друга (табл. 3).

Таблица 3

Длительность ВУТ у пациентов групп сравнения

Длительность ВУТ, мес	Группа				В целом	
	I		II			
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
4 и более	19	40,4	17	7,2	36	12,7
2—3	11	23,4	42	17,8	53	18,7
До 1	17	36,2	177	75,0	194	68,6
Всего	47	100,0	236	100,0	283	100,0

Длительность ВУТ 4 и более месяцев зафиксирована у 40,4% пациентов I группы, среди пациентов II группы — всего 7,2% ($p=0,000$). В целом большая часть пациентов болела до 1 мес (68,6% случаев).

Экстремальные ситуации влияют на течение ХД у сотрудников ОВД (рис. 2).

Связь ХД с экстремальными ситуациями на службе выявлена у 51,1% пациентов I группы, среди пациентов II группы — 14,8% ($p=0,000$). В целом среди пациентов связь ХД с наличием экстремальных ситуаций выявлена только у 20,8% обследованных.

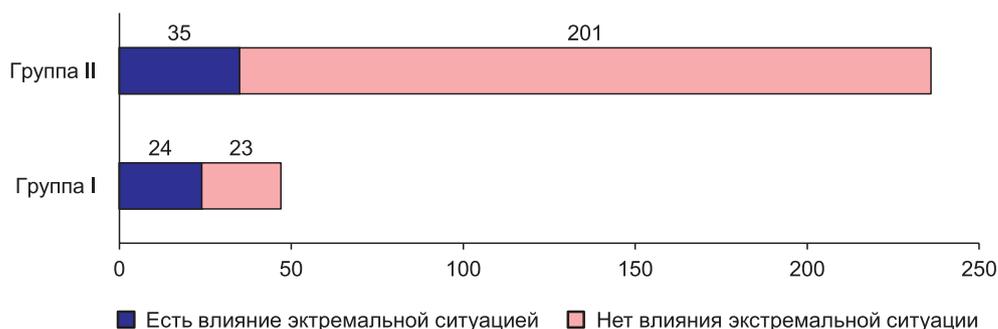


Рис. 2. Наличие связи ХД с экстремальными ситуациями на службе

Примерно такая же ситуация выявлена и при анализе связи ХД с наличием хронических заболеваний: у 53,2% пациентов I группы выявлена связь ХД с хроническим заболеванием, среди пациентов II группы связь выявлена только в 15,7% случаев ($p=0,000$). В целом связь ХД с хроническим заболеванием обнаружена у 21,9% пациентов.

После получения и обработки информации нами была разработана таблица, которая позволяет оценить (спрогнозировать) возможность того, что развитие ХД достигнет такой степени, когда заболевание не позволит сотруднику выполнять должностные обязанности в полном объеме. В результате применения НПП распознавания получается один из трех ответов: «Состояние А» (в нашем случае — увольнение по поводу ХД), «Состояние В» (продолжение работы, несмотря на наличие ХД) или неопределенный ответ, который может свидетельствовать как о недостатке информации, так и о предполагаемом промежуточном состоянии.

На первом этапе вычислений был проведен анализ принадлежности пациентов к I или II группе и признаков, представленных в анкете сотрудников ОВД, что позволило отобрать для прогностической таблицы наиболее информативные из них. Информативность (J) выражает значение вклада данного признака в приближении к одному из вариантов ответа и вычисляется по формуле 1:

$$J(x_j) = \sum_j \left\{ 10 \times \lg \frac{P(x_{ij}/A)}{P(x_{ij}/B)} \times 0,5 \times [P(x_{ij}/A) - P(x_{ij}/B)] \right\}, \quad (1)$$

где $P(x_j/A)$ или $P(x_j/B)$ — вероятность попадания пациента, принадлежащего состоянию А (или В), в диапазон j признака x_j .

Прогностические коэффициенты для каждой градации признака, входящего в таблицу, вычислялись по формуле 2:

$$ПК = 10 \times \lg \frac{P(x_{ij}/A)}{P(x_{ij}/B)}. \quad (2)$$

В табл. 4 представлены результаты проведенных вычислений. В ходе осмотра пациента выясняют градации каждого из признаков, представленных в табл. 4. Затем начинают складывать прогностические коэффициенты, соответствующие этим градациям. Когда сумма станет больше или меньше порогового

значения, вычисления прекращаются, и делается вывод о принадлежности пациента к одному из прогнозируемых состояний. Если все коэффициенты просуммированы, а величина порогового значения не достигнута, то по результатам применения prognostической таблицы дается неопределенный ответ. При уровне ошибки в 5% величина пороговой суммы составляет ± 13 .

Таблица 4

Пример индивидуального прогнозирования течения ХД у пациента С

Параметр и его градации		Прогностические коэффициенты	Оценка в баллах
Длительность ремиссии	0—1 месяц	4,6	—
	2 раза в год	2,5	—
	1 раз в год	-3,6	-3,6
	Несколько лет	-4,3	—
Длительность ВУТ	2—3 месяца	3,5	—
	До 1 месяца	1,2	1,2
	Не отмечалась	-2,2	—
Распространенность кожного процесса	Распространенный, сливной	4,5	—
	Распространенный	2,3	2,3
	Ограниченный	-1,9	—
	«Дежурные» высыпания	-1,0	—
Связь с хроническими заболеваниями	Имеется	3,3	3,3
	Отсутствует	-2,6	—
Связь с экстремальной ситуацией	Имеется	3,6	—
	Отсутствует	-2,4	-2,4
Оценка эффективности наблюдения больных с ХД терапевтом	Неудовлетворительно	2,0	—
	Удовлетворительно	-0,1	—
	Хорошо	-1,5	-1,5
	Отлично	1,8	—
Итоговая сумма			-0,7
Вывод	Низкий риск неблагоприятного течения хронического дерматоза		

Клинический пример.

Больной С., 37 лет, длительность ремиссии-обострения — 1 раз в год (ПК = -3,6; см. табл. 1). Длительность ВУТ — до 1 мес (ПК = 1,2; сумма = -2,4). Связь с хроническими заболеваниями есть (ПК = 3,3; сумма = 0,9). Связь с экстремальной ситуацией отсутствует (ПК = -2,4; сумма = -1,5). Распространенность кожного процесса — распространенный (ПК = 2,3; сумма = 0,8). Оценка эффективности наблюдения больных ХД терапевтом «хорошо» (ПК = -1,5; сумма = -0,7). Следовательно, у данного пациента ХД протекает благоприятно и с высокой степенью вероятности не повлияет отрицательно на трудовую деятельность.

С помощью разработанного алгоритма прогнозирования течения дерматоза и его влияния на дальнейшую службу сотрудника ОВД составляется индивидуальный вариант на каждого пациента. Для этого достаточно изучить записи в амбулаторной карте сотрудника ОВД с ХД.

Выводы. Математические методы прогнозирования применимы для оценки влияния хронических дерматозов на профессиональную деятельность сотрудников ОВД. Составленный прогноз позволяет оценить влияние хронической патологии кожи у отдельно взятого пациента, на его основании дать индивидуальные рекомендации при проведении диспансеризации или прохождении военно-врачебной комиссии. При расчетах прогностический коэффициент (ПК) более 13 свидетельствует о повышенном риске влияния хронического дерматоза на дальнейшую службу в ОВД, ПК менее 13 говорит о низком риске влияния.

Предложенный алгоритм может послужить основой при внедрении профилактических мер, направленных на совершенствование оказания дерматологической помощи больным хроническими дерматозами сотрудникам ОВД и стать реальным вкладом в национальную безопасность Российской Федерации в настоящее время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гублер, Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер. — Л.: Медицина, 1978. — 296 с.
2. Законодательное регулирование охраны здоровья работников: учеб. пособие: в 2 ч. / Казан. гос. мед. ун-т Федер. агентства по здравоохранению и соц. развитию; сост.: Л.М. Фатхутдинова, Н.Х. Амиров. — 2010. — Ч. 2. — 367, [1] с.
3. Использование классификационно-прогностического моделирования в медико-биологических исследованиях / М.С. Аксенова [и др.] // Прикладные задачи моделирования и оптимизации: межвуз. сб. науч. тр. — Воронеж: ВГТУ, 2008. — С.87—92.
4. Копейкин, Н.Ф. Условия труда и заболеваемость сотрудников органов внутренних дел / Н.Ф. Копейкин, В.М. Белянский // Гигиена и санитария. — 2003. — № 2. — С.26—27.
5. Круглов, А.Г. Здоровье сотрудника — важнейший элемент боеготовности МВД России / А.Г. Круглов // Медицинский вестник МВД. — 2002. — № 1. — С.1—2.
6. Масюкова, С.А. Особенности организации оказания медицинской помощи военнослужащим при микробной экземе / С.А. Масюкова, О.Н. Маркова, М.В. Устинов // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 16. — С.1090—1096.
7. Связь заболевания с профессией с позиций доказательной медицины: материалы Всерос. науч.-практ. конф.; 19—20 мая 2011 г. / под ред. Н.Х. Амирова. — Казань, 2011. — 428 с.
8. Медик, В.А. Математическая статистика в медицине: учеб. пособие / В.А. Медик, М.С. Токмачев. — М.: Финансы и статистика, 2007. — 800 с.
9. Медицинская статистика. Статистическая обработка данных в MS Excel: учеб.-метод. пособие / Казан. гос. мед. ун-т Минздравсоцразвития России, кафедра обществ. здоровья и орг. здравоохранения с курсом мед. информатики. — 2011. — Разд. I. — 78 с.
10. Морозов, Д.В. О совершенствовании медицинского обеспечения личного состава органов внутренних дел Российской Федерации / Д.В. Морозов // Медицинский вестник МВД. — 2008. — № 1. — С.1—8.
11. Перспективы развития амбулаторно-поликлинической службы / Ш.М. Вахитов [и др.] // Казанский медицинский журнал. — 2004. — № 1. — С.64—67.
12. Потапова, М.В. Научное обоснование повышения качества медицинского обеспечения сотрудников органов внутренних дел (по материалам МВД по Республике

- Татарстан): дис. ... канд. мед. наук / М.В. Потапова. — Казань: КГМУ, 2008. — 178 с.
13. Профессия и здоровье: материалы V Всерос. конгр.; Москва, 30 октября — 2 ноября 2006 г. — М.: Дельта, 2006. — 711 с.
 14. *Сабанин, Ю.В.* Медицинская служба внутренних войск МВД России / Ю.В. Сабанин // Военно-медицинский журнал. — 2005. — № 8. — С.26—27.
 15. Современные подходы к изучению и оценке здоровья экономически активного населения: учеб. пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / И.Г. Низамов, К.Ш. Зыятдинов, А.А. Гильманов [и др.] — Казань: Медицина, 2005. — 72 с.
 16. *Щепин, О.П.* Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. — М.: Медицина, 2010. — 592 с.

REFERENCES

1. *Gubler, E.V.* Vychislitel'nye metody analiza i raspoznavaniya patologicheskikh processov / E.V. Gubler. — L.: Medicina, 1978. — 296 s.
2. *Zakonodatel'noe regulirovanie ohrany zdorov'ya rabotnikov: ucheb. posobie: v 2 ch. / Kazan. gos. med. un-t Feder. agentstva po zdavoohraneniyu i soc. razvitiyu; sost.: L.M. Fathutdinova, N.H. Amirov. — 2010. — Ch. 2. — 367, [1] s.*
3. Ispol'zovanie klassifikacionno-prognosticheskogo modelirovaniya v mediko-biologicheskikh issledovaniyah / M.S. Aksenova [i dr.] // Prikladnye zadachi modelirovaniya i optimizacii: mezhvuz. sb. nauch. tr. — Voronezh: VGTU, 2008. — S.87—92.
4. *Kopeikin, N.F.* Usloviya truda i zaboлеваemost' sotrudnikov organov vnutrennih del / N.F. Kopeikin, V.M. Belyanskii // Gigiena i sanitariya. — 2003. — № 2. — S.26—27.
5. *Kruglov, A.G.* Zdorov'e sotrudnika — vazhneishii element boegotovnosti MVD Rossii / A.G. Kruglov // Medicinskii vestnik MVD. — 2002. — № 1. — S.1—2.
6. *Masyukova, S.A.* Osobennosti organizacii okazaniya medicinskoj pomoschi voennoslužhaschim pri mikrobnoi ekzeme / S.A. Masyukova, O.N. Markova, M.V. Ustinov // *Russkii medicinskii zhurnal.* — 2005. — Т. 13, № 16. — С.1090—1096.
7. *Svyaz' zabolevaniya s professiei s pozicii dokazatel'noi medicin: materialy Vseros. nauch.-prakt. konf.; 19-20 maya 2011 g. / pod red. N.H. Amirova. — Kazan', 2011. — 428 s.*
8. *Medik, V.A.* Matematicheskaya statistika v medicine: ucheb. posobie / V.A. Medik, M.S. Tokmachev. — M.: Finansy i statistika, 2007. — 800 s.
9. *Medicinskaya statistika. Statisticheskaya obrabotka dannyh v MS Excel: ucheb.-metod. posobie / Kazan. gos. med. un-t Minzdravsocrazvitiya Rossii, kafedra obschestv. zdorov'ya i org. zdavoohraneniya s kursom med. informatiki. — 2011. — Razd. I. — 78 s.*
10. *Morozov, D.V.* O sovershenstvovanii medicinskogo obespecheniya lichnogo sostava organov vnutrennih del Rossiiskoi Federacii / D.V. Morozov // *Medicinskii vestnik MVD.* — 2008. — № 1. — S.1—8.
11. *Perspektivy razvitiya ambulatorno-poliklinicheskoi sluzhby / Sh.M. Vahitov [i dr.] // Kazanskii medicinskii zhurnal. — 2004. — № 1. — С.64—67.*
12. *Potapova, M.V.* Nauchnoe obosnovanie povysheniya kachestva medicinskogo obespecheniya sotrudnikov organov vnutrennih del (po materialam MVD po Respublike Tatarstan): dis. ... kand. med. nauk / M.V. Potapova. — Kазань: КГМУ, 2008. — 178 s.
13. *Professiya i zdorov'e: materialy V Vseros. kongr.; Moskva, 30 oktyabrya — 2 noyabrya 2006 g. — M.: Del'ta, 2006. — 711 s.*
14. *Sabanin, Yu.V.* Medicinskaya sluzhba vnutrennih voisk MVD Rossii / Yu.V. Sabanin // *Voенно-медицинский журнал.* — 2005. — № 8. — S.26—27.
15. *Sovremennye podhody k izucheniyu i oцenke zdorov'ya ekonomicheski aktivnogo naseleniya: ucheb. posobie dlya sistema poslevuzovskogo professional'nogo obrazovaniya vrachei / I.G. Nizamov, K.SH. Zyyatdinov, A.A. Gil'manov [i dr.] — Kazan': Medicina, 2005. — 72 s.*
16. *Schepin, O.P.* Obschestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: uchebnik / O.P. Schepin, V.A. Medik. — M.: Medicina, 2010. — 592 s.

© И.А. Буренина, 2014

УДК 615.832.9

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ КРИОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ИРИНА АЛЕКСЕЕВНА БУРЕНИНА, канд. мед. наук, доцент кафедры реабилитологии и спортивной медицины ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. 8-917-391-62-26

Реферат. Статья посвящена вопросам обоснования использования, механизму действия, технике и методике применения современных методов локальной и общей криотерапии.

Ключевые слова: криотерапия, криосауна, аэрокриотерапия, общая криотерапия, локальная криотерапия.

MODERN TECHNIQUES OF CRYOTHERAPY IN CLINICAL PRACTICE

IRINA A. BURENINA

Abstract. The article is designated to the issues of use, mechanisms of action, technics and methods of application of the contemporary methods of local and general cryotherapy.

Key words: cryotherapy, cryosauna, aerocryotherapy, cryotherapy, local cryotherapy.

Криотерапия [kryos — холод; therapya — лечение (греч.)] — раздел физиотерапии, включающий физические методы лечения, отличительным

признаком которых является применение холода в качестве основного действующего физического фактора.

Лечебное воздействие холодом путем применения водосодержащих криоагентов в терапевтических целях имеет многовековую историю. На протяжении многих веков целебные свойства холода использовали для лечения различных болезней, обезболивания, закаливания, восстановления бодрости духа [4, 8]. Конец XX столетия охарактеризовался разработкой новых крионосителей, изучением влияния холода на разные системы организма и раскрытием механизмов адаптации человека к его действию. Предложенный в середине 70-х гг. японским ученым Тосимо Ямаучи метод общего и локального воздействия с помощью охлажденного до температуры минус 100—180°C воздуха произвел полную революцию в криотерапии.

В связи с появлением новых технических возможностей генерации холода в настоящее время во всем мире возрос интерес к криотерапии (КТ). Криотерапия получила признание и распространение в самых различных областях медицины в связи с высокой клинической эффективностью данного метода [2, 5, 10].

Физиологическое обоснование криотерапии

Действие холода на организм человека количественно определяется степенью охлаждения. Известно, что температура распределяется в организме неравномерно. Так, нормальная температура верхних конечностей находится обычно на уровне 30—32°C. Периферические участки нижних конечностей на стопах имеют температуру около 26—28°C. Температура внутренних органов более постоянна (несколько выше 37°C). Понижение температуры тела человека на 1°C вызывает уменьшение интенсивности основного обмена на 6—7%. Установлено, что в коре головного мозга холодовая рецепция отображена значительно сильнее, чем тепловая. Так, на 1 см² кожи размещаются 100—200 болевых точек, около 25 точек давления, 12—15 холодовых и только 1—2 тепловых.

В ответ на острое охлаждение тела наблюдается ряд стандартных реакций здорового человека, направленных на сохранение теплового баланса организма, таких как: 1) сужение сосудов поверхностных тканей тела, в которых выделяют три функционально различающиеся зоны — акральные области (пальцы, кисти рук, ушные раковины, губы и нос), туловище и проксимальные части конечностей — голова и лоб; 2) незначительный рост частоты сердечных сокращений, систолического и диастолического АД; 3) увеличение объема легочной вентиляции; 4) пилоэрекция; 5) активное выделение адреналина и норадреналина надпочечниками; 6) нейрогуморальная активация гипоталамуса с высвобождением гормонов аденогипофиза, в первую очередь АКТГ и ТТГ; 7) дрожь (с ростом энергетического обмена на 300%); 8) рефлекс Левиса — периодическое

расширение периферических сосудов с ростом температуры кожи [3, 8].

Классификация методов криотерапии

По степени криовоздействия, достигаемой при помощи хладоносителей, находящихся в твердом, жидком или газообразном агрегатном состоянии, методы криотерапии могут быть разделены на две группы: 1) использование умеренно низких температур от +20 до -30 °C; 2) применение низких температур от минус 30 до минус 180°C.

В зависимости от площади тела, подвергаемой воздействию, различают **локальную** и **общую криотерапию**.

ЛОКАЛЬНАЯ КРИОТЕРАПИЯ

Локальная криотерапия — это метод физиотерапии, заключающийся в воздействии твердыми, жидкими или газообразными хладоагентами для отведения тепла от отдельных участков поверхности тела человека в той мере, чтобы температура тканей снижалась в пределах их криоустойчивости и не происходило значимых сдвигов терморегуляции организма. Хладоагенты охлаждают ткани за счет поглощения теплоты (плавления, нагревания, испарения и пр.).

Механизмы лечебных эффектов локальной криотерапии. Основные эффекты действия локальной криотерапии: снятие боли, уменьшение воспалительного отека и ликвидация мышечного спазма. По данным ряда авторов, холод оказывает антигипоксическое, гемостатическое и репаративное действие [5, 8]. Местное холодое воздействие приводит к локальному замедлению обменных процессов в охлажденных тканях, снижению потребности и потребления ими кислорода. Начальная реакция мелких и средних сосудов на охлаждение выражается сужением мелких капилляров и артериол кожи, замедлением скорости кровотока. Этим объясняют гемостатические свойства криотерапии.

В настоящее время считается, что сужение сосудов при криовоздействии является 1-й защитной реакцией на охлаждение и направлено на сохранение тепла, 2-я защитная реакция — расширение просвета кровеносных сосудов, что способствует усиленному теплообразованию. Таким образом, после локальной криотерапии возникает холодовая гиперемия, в механизме которой играют роль образование комплекса сосудорасширяющих веществ, снижение мышечного тонуса, аксон-рефлексы. Ритмические колебания процессов сужения и расширения сосудов кожи предотвращают ишемическое повреждение тканей.

Влияние криотерапии на нервно-мышечный аппарат связано прежде всего с возбуждением кожных рецепторов. Длительное охлаждение вызывает их торможение, в связи с чем появляются и субъективные ощущения: вначале чувство холода, затем жжения и покалывания, далее боль, которая сменяется анестезией и анальгезией. Возможность регулирования мышечного тонуса

при помощи криотерапии имеет большое практическое значение. В зависимости от интенсивности и длительности криовоздействия можно добиться релаксации мышц или повышения их тонуса [1, 6, 7].

Криотерапия способствует быстрому подавлению активности воспалительного процесса, особенно при остром воспалении, одновременно происходит стимуляция процессов регенерации и повышение общей резистентности организма. Противовоспалительный эффект тесно связан с анальгетическим действием криотерапии. Противоболевое воздействие КТ объясняют «блокированием» болевых рецепторов кожи и аксон-рефлексов, нормализацией возбудимости нейронов спинного мозга, участием эндогенных опиоидов в реализации эффектов криотерапии, а также уменьшением воспалительной реакции, регуляцией сосудистого тонуса и разрывом порочного круга «боль — мышечный спазм — боль».

Степень проявления лечебных воздействий криотерапии зависит от следующих параметров: интенсивность, длительность, динамика воздействия, площадь охлаждаемой поверхности тела, временной интервал между воздействиями, а также от характера патологии, индивидуальных особенностей и возраста пациента. Чем меньше время процедуры, тем выше тонизирующая способность криотерапии. Более продолжительная процедура, наоборот, оказывает спазмолитическое действие. Многие исследователи полагают, что для сохранения анальгетического эффекта криотерапии целесообразно повторять процедуры с интервалом 4—5 ч [2, 9].

Локальная криотерапия подразделяется на неаппаратную и аппаратную криотерапию:

1. *Неаппаратная локальная криотерапия* проводится с помощью водосодержащих криоагентов: ледяные аппликации, массаж кубиками льда (+4—0°C) или аппликации синтетических криопакетов «Kryoberg», «Pino», «Cryogel», «Дельта-терм» (-10—20°C).

2. *Аппаратная криотерапия* может проводиться с помощью 2 типов физиотерапевтических аппаратов. 1-й тип — аппараты, использующие для охлаждения газы (хлорэтил, углекислый газ, жидкий азот). Преимуществом данных аппаратов является высокая скорость охлаждения, к недостаткам можно отнести необходимость заправки сосудов газами. 2-й тип — аппараты, генерирующие сухой холодный воздух до температуры минус 30—60°C. Такими установками для локальной криотерапии являются аппараты Criojet (Криоджет С50, С100 и С200, Криоджет MINI, Криоджет С 600), CryoAir, Cryoflow 700, 100 (Германия). Данный тип физиотерапевтических аппаратов обеспечивают подачу охлажденной, осушенной, регулируемой воздушной струи с температурой до минус 30—60°C с помощью гибкого шланга через сменные сопла на любой участок тела, предназначенный для локальной терапии. Недостатком данного типа аппаратуры является низкая

скорость охлаждения, преимущества — лучшая переносимость процедур и более мягкое воздействие, так как теплоемкость и теплопроводность у воздушной среды ниже, чем у твердых и жидких хладагентов, а также отсутствие расходного материала.

Продолжительность процедур локальной криотерапии твердыми и жидкими криоагентами в среднем составляет 3—10 мин. Процедуры проводят ежедневно, иногда 2 раза в день с интервалом не менее 6 ч. Курс лечения 5—15 процедур. Повторный курс — через 1 мес.

Показания к локальной криотерапии

1. Хирургия: раны, ожоги, трофические язвы, пролежни, рожистое воспаление, послеоперационный период.

2. Травматология и ортопедия: заболевания и травмы мягких тканей, связок, сухожилий, суставов и костей, в том числе свежие спортивные травмы, травматические повреждения опорно-двигательного аппарата у детей, постиммобилизационные контрактуры, нарушения двигательных функций разного генеза.

3. Неврология: спастический геми- и парапарез, мигрень, невралгии, рассеянный склероз, состояния после нарушения мозгового кровообращения, вертеброгенная патология.

4. Ревматология: воспалительные заболевания суставов (ревматоидный, подагрический, псориатический артрит и т. д.); ревматическое поражение мягких тканей (периартрит, спондилоартрит и т. д.), дегенеративные заболевания суставов (остеоартрозы I—IV стадии).

5. Дерматология и косметология: воспалительные экссудативные болезни кожи, угревая сыпь, розацеа, себорея, атопический дерматит, псориаз и др.

6. Реабилитационные программы: эстетического профиля, антицеллюлитная, посттравматическая.

Противопоказаниями к локальной криотерапии являются общие противопоказания к физиотерапии: инфаркт миокарда в анамнезе, нарушения периферического кровообращения, болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит, серповидноклеточная анемия, гиперчувствительность к холодному фактору, наличие в тканях имплантатов, изменяющих свои свойства под влиянием снижения температуры.

Следует соблюдать осторожность при использовании метода у больных раннего детского возраста и пожилых людей в связи с особенностями терморегуляции. Локальная криотерапия хорошо сочетается с другими физиотерапевтическими процедурами.

ОБЩАЯ КРИОТЕРАПИЯ

Общая криотерапия — метод физиотерапии, заключающийся в воздействии жидкими или газообразными хладагентами для отведения тепла от всей поверхности тела человека в той мере, чтобы температура тканей снижалась в пределах их крио-

устойчивости и не происходило значимых сдвигов терморегуляции организма.

В настоящее время для общей криотерапии находят применение оба криоагента: азотно-воздушная смесь и атмосферный воздух. Обычно для этого используют комплекс оборудования, называемый «криокамера».

Механизмы лечебных эффектов общей криотерапии

Каких-либо кардинальных различий в синдромно-патогенетическом профиле локальной и общей воздушной криотерапии нет. Все физиологические сдвиги, возникающие в организме под влиянием локальной воздушной криотерапии, проявляются более выражено после процедур общей криотерапии.

Основные клинические эффекты общей криотерапии

Исследования доказали, что кратковременное общее воздействие низких температур активизирует все адаптационные ресурсы организма: терморегуляцию, иммунную, эндокринную и нейрогуморальную системы.

В условиях патологии общая криотерапия оказывает антидепрессивное, противотревожное, обезболивающее, противовоспалительное, противоотечное, сосудорасширяющее, релаксирующее, трофико-регенераторное, десенсибилизирующее, иммуномодулирующее действие, нормализует тонус венозных и лимфатических (лимфодренаж) сосудов. Для здорового организма общая криотерапия — это метод повышения устойчивости к стрессам и перегрузкам. Ее реабилитационное воздействие основано прежде всего на восстановлении гомеостатических механизмов, причем эффект гармонизации после одного курса крио-процедур (10—15 сеансов) сохраняется не менее 6 мес.

Общетренирующий (закаливающий) эффект проявляется в повышении уровня функционирования основных регуляторных, адаптационно-приспособительных систем организма у практически здоровых людей. Максимальное сужение сосудов кожи отмечается при общем воздействии азотно-воздушной смесью при температуре минус 160—170°C в течение 2—3 мин. Происходит мгновенное снижение температуры кожи до 0°C, после чего продолжается сужение кожных сосудов в течение 20 мин. Данное сужение является первой защитной фазой сосудистой реакции на охлаждение, направленной на предотвращение проникновения холодового фактора через кожные покровы и подкожную клетчатку к глубоко лежащим внутренним органам и системам организма. Через 20 мин после воздействия холодового фактора развивается вторая защитная фаза сосудистой реакции в виде выраженного расширения периферических артериальных сосудов, что приводит к активной артериальной гиперемии, продолжающейся в течение 1—3 ч. Эта фаза является компенсаторной, способствующей усиленному теплообразованию,

которое препятствует ишемии и нарушению питания тканей [3, 7, 8].

Фазовые изменения состояния сосудов кожи и подкожной клетчатки дают адекватную тренирующую нагрузку системе кровообращения. Расширение кожных сосудов во вторую фазу сосудистой реакции снижает общее периферическое сосудистое сопротивление, тем самым уменьшает нагрузку на сердце. Наряду с изменениями артериального и капиллярного кровообращения при общей криотерапии происходит умеренное улучшение венозного и лимфатического оттока.

Общая криотерапия оказывает благоприятное воздействие на состояние периферической нервной и мышечной систем. Кратковременное возбуждение периферических кожных рецепторов сменяется длительной фазой торможения, чем объясняется анальгетический эффект, снижается тонус поперечно-полосатых мышц, ликвидируются мышечные спазмы, например мышечно-тонический синдром при радикулопатиях.

Лечение холодом приводит к изменению деятельности высших вегетативных центров и систем нейроэндокринной регуляции, оказывая тренирующее влияние на них. По данным многих авторов, общая криотерапия активизирует адренорезистивную систему и приводит к усилению выработки АКТГ передней долей гипофиза и кортизола корой надпочечников. У больных с заболеваниями периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата ревматического происхождения, в частности, страдающих ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева, происходит значительное снижение выраженности симптомов заболевания. Стимуляция лимбической системы головного мозга приводит к усилению выработки эндорфинов, обладающих мощным обезболивающим, седативным, эйфоризирующим действием [3, 7, 8].

Техника и методика проведения процедур

Для общей криотерапии применяют специальные установки — криосауны, в которых общее охлаждение происходит при температуре до минус 120—150°C и осуществляется с помощью азотно-воздушной смеси (криосауна «КРИОМЕД-20/150-01», Москва, криосауна «КАЭКТ-01-Крион», Санкт-Петербург) или с помощью воздуха, охлажденного до экстремально низких температур (КриоСпейс, Kryosauna, Германия).

Криосауны, основанные на использовании жидкого азота, рассчитаны, как правило, на одного пациента и состоят из кабины открытого типа, сосуда Дьюара на 40 л жидкого азота и системы подачи парожидкостной струи азота в кабину. Криосауны, основанные на использовании охлажденного воздуха, чаще всего рассчитаны на одновременное проведение процедуры нескольким пациентам.

По данным многих исследователей, наиболее эффективной является температура минус 130°C. Продолжительность процедуры общей криотера-

пии составляет от 2 до 3,5 мин [5, 8]. В отличие от локальной технологии, методика общей воздушной КТ неизменна при любом заболевании. При проведении сеанса общей криотерапии используют защитные приспособления для рук, стоп и лица пациентов (перчатки, ботинки, хирургическая маска и т.п.). Допускается проведение двух процедур криотерапии в один день или совмещение общей криотерапии с локальной тоже в один день. В этом случае перерыв между воздействиями составляет 2—3 ч. На курс лечения назначают 10—25 процедур.

Общая криотерапия в настоящее время применяется в ревматологии (ревматические поражения мягких тканей, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, деформирующий полиостеоартроз), в неврологии (вертеброгенная патология с болевыми синдромами), дерматологии (системные заболевания кожи), травматологии (травмы мышечно-связочного аппарата), а также при психосоматической патологии, неврозах, депрессивных и стрессовых состояниях, для профилактики заболеваний и медико-психологической реабилитации лиц опасных профессий. В Германии общая воздушная КТ используется для улучшения качества процесса подготовки спортсменов, оптимизации физических нагрузок и процесса восстановления после них, полного раскрытия биологических резервов индивидуума с главной целью — достичь все более и более высоких спортивных результатов без ущерба для здоровья спортсменов [2, 4, 8].

Противопоказания для общей криотерапии

те же, что для локальной криотерапии, плюс клаустрофобия, возраст до пяти лет. Общая воздушная криотерапия хорошо комбинируется с другими методами физиотерапии, проводимыми в тот же день, исключая теплолечение, пелоидо- и фототерапию в инфракрасном диапазоне.

Таким образом, более 10 лет применения методик криотерапии в клиниках России обеспечили накопление большого объема практической информации, а также большой выбор криотерапевтической аппаратуры и привели к тому, что криотерапия в нашей стране приобретает все большую популярность как у врачей, так и у пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Асланов, М.Л.* Опыт применения экстремальной аэрокриотерапии аппаратом «КАЭКТ-01-КРИОН» в комплексном лечении диабетической полинейропатии / М.Л. Асланов // Криотерапия в России-2009: сб. докл. участников Междунар. науч.-практ. конф. — СПб.: СПбГУ НИПТ, 2009. — 180 с.
2. *Баранов, А.Ю.* Лечение холодом / А.Ю. Баранов, В.Н. Кидалов. — М.: Апрель, 2000. — 160 с.
3. *Баранов, А.Ю.* О многостороннем изучении изменений в организме здорового человека в ответ на криотерапевтическое воздействие / А.Ю. Баранов, И.М. Коваленко, А.Н. Ятманов [и др.] // Вестник СПб ГМА им. И.И. Мечникова. — 2005. — № 2(6). — С.147—150
4. *Баранов, А.Ю.* Криогенная физиотерапия / А.Ю. Баранов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2005. — № 3. — С.25—31.
5. Воздушная криотерапия: общая и локальная: сб. ст. и пособий для врачей / под ред. В.В. Портнова. — М., 2007.
6. *Галанова, С.К.* Влияние общей аэрокриотерапии на иммунологические показатели у мужчин с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга / С.К. Галанова, Д.Ш. Альтман, Е.Е. Куракалова, Э.Х. Рахматулина // Аллергология и иммунология. — 2008. — Т. 9 (№ 1). — С.110.
7. *Галанова, С.К.* Влияние общей криотерапии на психоэмоциональное состояние пациентов с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга / С.К. Галанова, Д.Ш. Альтман, С.Н. Теплова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2008. — № 4. — С.12—15.
8. Криотерапия: учеб.-метод. пособие / А.В. Волотовская, Г.К. Колтович, Л.Е. Козловская, А.Н. Мумин. — Минск: БелМАПО, 2010. — 26 с.
9. *Пономаренко, Г.Н.* Физиотерапия: национальное руководство / Г.Н. Пономаренко; под ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
10. *Хан, М.А.* Воздушная локальная криотерапия при травматических повреждениях у детей: пособие для врачей / М.А. Хан, О.М. Конова, Д.Ю. Выборнов. — М., 2003.

REFERENCES

1. *Aslanov, M.L.* Opyt primeneniya ekstremal'noi aerokrioterapii apparatom «KAÉKT-01-KRION» v kompleksnom lechenii diabeticheskoi polineiropatii / M.L. Aslanov // Krioterapiya v Rossii-2009: sb. dokl. uchastnikov Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. — SPb.: SPbGU NiPT, 2009. — 180 s.
2. *Baranov, A.Yu.* Lechenie holodom / A.Yu. Baranov, V.N. Kidalov. — M.: Aprel', 2000. — 160 s.
3. *Baranov, A.Yu.* O mnogostoronnem izuchenii izmenenii v organizme zdorovogo cheloveka v otvet na krioterapevticheskoe vozdeistvie / A.Yu. Baranov, I.M. Kovalenko, A.N. Yatmanov [i dr.] // Vestnik SPb GMA im. I.I. Mechnikova. — 2005. — № 2(6). — S.147—150
4. *Baranov, A.Yu.* Kriogennaya fizioterapiya / A.Yu. Baranov // Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitaciya. — 2005. — № 3. — S.25—31.
5. *Vozdushnaya krioterapiya: obschaya i lokal'naya: sb. st. i posobii dlya vrachei / pod red. V.V. Portnova.* — M., 2007.
6. *Galanova, S.K.* Vliyanie obschei aerokrioterapii na immunologicheskie pokazateli u muzhchin s nachal'nymi proyavleniyami nedostatochnosti krovosnabzheniya mozga / S.K. Galanova, D.Sh. Al'tman, E.E. Kurakalova, E.H. Rahmatulina // Allergologiya i immunologiya. — 2008. — T. 9(№ 1). — S.110.
7. *Galanova, S.K.* Vliyanie obschei krioterapii na psihoemocional'noe sostoyanie pacientov s nachal'nymi proyavleniyami nedostatochnosti krovosnabzheniya mozga / S.K. Galanova, D.Sh. Al'tman, S.N. Teplova // Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitaciya. — 2008. — № 4. — S.12—15.
8. *Krioterapiya: ucheb.-metod. posobie / A.V. Volotovskaya, G.K. Koltovich, L.E. Kozlovskaya, A.N. Mumin.* — Minsk: BelMAPO, 2010. — 26 s.
9. *Ponomarenko, G.N.* Fizioterapiya: nacional'noe rukovodstvo / G.N. Ponomarenko; pod red. G.N. Ponomarenko. — M.: GEOTAR-Media, 2009.
10. *Han, M.A.* Vozdushnaya lokal'naya krioterapiya pri travmaticheskikh povrezhdeniyah u detei: posobie dlya vrachei / M.A. Han., O.M. Konova, D.Yu. Vybornov. — M., 2003.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЕСКОНТАКТНОЙ ГИДРОМАССАЖНОЙ ВАННЫ «АКВАРЕЛАКС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЬЮ В СПИНЕ

ИРИНА АЛЕКСЕЕВНА БУРЕНИНА, канд. мед. наук, доцент кафедры реабилитологии и спортивной медицины ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. 8-917-391-62-26

Реферат. Было проведено исследование эффективности применения бесконтактной гидромассажной ванны «АКВАРЕЛАКС» в комплексном лечении больных с болью в спине, обусловленной вертеброгенной патологией. Полученные положительные результаты свидетельствуют о целесообразности включения данного метода лечения (при отсутствии противопоказаний) в комплексную терапию больных, страдающих болями в спине.

Ключевые слова: боль в спине, дорзалгия, дорзопатия, бесконтактный гидромассаж.

EFFECTIVENESS OF «AQUARELAX» CONTACTLESS HYDROMASSAGE BATH USE IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH BACK PAIN

IRINA. A. BURENINA

Abstract. The research has been conducted, studying the effectiveness of contactless hydromassage bath «Aquarelax» use in complex treatment of the patients with back pain, specified with vertebral pathology. The results obtained came to be positive and proved that studied method is suitable and effective way of back pain treatment and therefore should be included in complex therapy.

Key words: back pain, low back pain, contactless hydromassage.

Боль в спине по-прежнему остается ведущей причиной обращения за медицинской помощью. Боль в спине является второй по частоте после респираторных заболеваний причиной обращаемости к врачу и третьей причиной госпитализации. По результатам эпидемиологического исследования, которое включало опрос более 46 тыс. жителей разных стран Европы и Израиля, хронической болью в спине (без уточнения локализации) страдает 24% населения, болью в поясничной области — 18%, болью в шее — 8%. Этот синдром наиболее значительно снижает качество жизни и работоспособность пациента [2, 6]. Болями в спине могут страдать все возрастные категории, однако пик заболеваемости приходится на возраст от 30 до 60 лет, т.е. в период максимальной трудоспособности [5, 8].

Чаще всего боль в спине — это симптом дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике. Кроме дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, причиной болей могут быть его врожденные или приобретенные деформации (сколиоз, лордоз, кифоз, кифосколиоз и др.), анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), травматические поражения позвоночника, остеопороз, заболевания внутренних органов [2, 8].

Таким образом, боль в спине — неспецифический симптом, который может быть вызван множеством причин. В настоящее время пока причина, обуславливающая боль в спине, не уточнена, принято ставить диагноз «дорзопатия», представляющая собой не конкретную нозологическую форму, а целую группу заболеваний со сходными клиническими проявлениями [6]. Обычно ее классифицируют по анатомическому и временному признакам (вертеброгенная и невертеброгенная, острая, подострая и хроническая боль), а также различают механическую и воспали-

тельную, первичную и вторичную, специфическую и неспецифическую дорсалгию [6, 8].

Физиотерапевтические методы лечения широко используются в борьбе с различными болевыми синдромами [1,3]. Оптимальный физический фактор выбирается дифференцированно в зависимости от этиологии и патогенеза возникновения болевого синдрома, стадии заболевания, индивидуальной переносимости и наличия сопутствующих заболеваний [1, 3, 7].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения бесконтактной гидромассажной ванны «АКВАРЕЛАКС» (производитель ООО НВП «ОРБИТА», Уфа) в комплексном лечении больных с болью в спине, обусловленной вертеброгенной патологией и анкилозирующим спондилоартритом.

Бесконтактная гидромассажная ванна «АКВАРЕЛАКС» представляет собой стеклопластиковую ванну, заполненную дистиллированной водой, герметично закрытую сверху тонкой эластичной водонепроницаемой мембраной, позволяющей полностью исключить контакт пациента с водой, но при этом сохранять все лечебные эффекты, которые можно получить от гидромассажа (рисунки). При этом исключаются практически все противопоказания, которые имеются при проведении процедур с классическим подводным струйным или вихревым гидромассажем. Бесконтактный гидромассаж «АКВАРЕЛАКС» может назначаться пациентам с сопутствующими кожными заболеваниями: нейродермите, atopическом дерматите, экземе, псориазе и других патологических состояниях, при которых ранее, как правило, гидромассаж не применялся.

При выполнении процедур в автоматическом режиме могут быть реализованы следующие четыре вида программ гидромассажа: «релаксация», «ин-



тенсивная», «силовая», «пульсация». Кроме того, ванна может работать в режиме ручного управления. «Ручной режим» позволяет производить гидромассаж в шести отдельных зонах спины пациента, всего тела, нижней части тела (область ягодиц и ног), верхней части тела (область спины, плеч и пояса), зональный секционный массаж в радиусе 15 см от выбранной зоны.

Основные лечебные эффекты от использования ванны «АКВАРЕЛАКС»: купирование боли, снижение мышечных спазмов, напряжений, коррекция мышечно-дисбаланса, улучшение местного кровообращения и метаболизма, усиление венозного и лимфатического оттока, уменьшение подкожных жировых отложений, устранение целлюлита, положительное влияние на вегетативную нервную систему, что благотворно воздействует на внутренние органы (сердечно-сосудистую, дыхательную систему), лечение бессонницы, климатических неврозов, депрессий.

Перечень показаний к применению бесконтактного гидромассажа: боли в спине и суставах, мышечное напряжение (в том числе и вызванное стрессом), шейные мигрени, миофасциальный болевой синдром, обратимые функциональные нарушения позвоночника, при реабилитации после травм, для снятия «перетренированности» спортсменов и восстановления после интенсивных спортивных нагрузок и т.д. [4, 7].

Под нашим наблюдением находилось 40 пациентов в возрасте от 24 до 58 лет с болью в спине, обусловленной вертеброгенной патологией (36 пациентов) и анкилозирующим спондилоартритом (4 пациента). Средний возраст больных составил 36 лет, группа пациентов состояла из 26 мужчин и 14 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 и наличие общих противопоказаний к проведению физиолечения.

Все пациенты прошли обследование, включающее клинико-неврологический осмотр, нейроортопедический осмотр, рентгенографию поясничного отдела позвоночника либо компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ) позвоночника по показаниям. В начале и в конце курса лечения всем пациентам были проведены диагностические пробы Шобера и Томайера для выявления болевого синдрома и ограничения подвижности позвоночника. Проба Шобера: от L_4 отмеряют вверх 10 см и делают отметку. При максимальном наклоне вперед у здоровых лиц это расстояние увеличивается на 4—5 см, а при поражении поясничного отдела позвоночника практически не меняется. Проба Томайера определяется путем измерения в сантиметрах расстояния от III пальца вытянутых рук до пола при максимальном наклоне вперед. Это расстояние в норме равно 0 и увеличивается при ограничении сгибания позвоночника.

Психометрическое тестирование включало в себя субъективную оценку болевого синдрома по ВАШ (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 бесконтактным гидромассажем «АКВАРЕЛАКС». Сеансы бесконтактного гидромассажа проводились ежедневно курсом 10 процедур. Вторую (контрольную) группу составили 10 больных, получавших только стандартный комплекс лечения. Для пациентов обеих групп стандартный комплекс лечения включал нестероидные противовоспалительные препараты, сосудистые препараты, витамины группы В и др., низкочастотную импульсную терапию (СМТ или ДДТ), магнитолазерную терапию, массаж и ЛФК.

Эффективность проведенного лечения оценивали по выраженности болевого синдрома по ВАШ (табл. 1), динамике подвижности позвоночника по пробам Томайера и Шобера и по тесту субъективной оценки состояния «САН».

Таблица 1

Динамика интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) до и после лечения у пациентах с болями в спине (n — 40)

Группа больных	Боль в баллах по ВАШ при поступлении на курс лечения	Боль в баллах по ВАШ после окончания курса лечения у больных
Основная группа (n — 30)	6,3±0,6	3,6±0,4
Контрольная группа (n — 10)	6,1±0,8	4,3±0,4

После окончания курса лечения (10 процедур) уровень боли снизился у пациентов основной группы на 43% (с 6,3±0,6 до 3,6±0,4), а у пациентов контрольной группы — на 30% (с 6,1±0,8 до 4,3±0,4).

По данным проб Шобера и Томайера, ограничение объема активных движений в поясничном отделе позвоночника выявлено у 100% пациентов (табл. 2).

Динамика подвижности позвоночника до и после курса лечения у пациентов с болью в спине ($n = 40$)

Показатель	Вид данных	Основная группа ($n = 30$)	Контрольная группа ($n = 10$)
Тест Шобера	Исходные	11,35±1,30	11,55±1,50
	Конечные	14,1±1,50	12,5±1,10
Тест Томайера	Исходные	8,50±2,50	7,90±2,75
	Конечные	3,50±2,20	5,20±2,20

Динамика основных показателей теста «САН» до и после лечения у пациентов с болью в спине ($n = 40$)

Группа больных	Основные показатели теста «САН»					
	Самочувствие		Активность		Настроение	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Основная группа ($n = 30$)	2,6±0,8	5,8±0,8	2,4±0,6	6,2±0,8	2,2±0,6	6,9±0,4
Контрольная группа ($n = 10$)	2,4±0,4	4,2±0,6	2,3±0,7	4,4±0,6	2,3±0,4	5,3±0,4

Из табл. 2 видно, что после окончания курса лечения у пациентов основной группы произошло наиболее значительное улучшение показателей подвижности позвоночника, выявленное при проведении проб Шобера и Томайера, чем у пациентов контрольной группы.

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» показатели возросли на 3,8 балла в основной группе, в контрольной — на 1,8 балла. Показатели «активности» возросли в основной группе на 3,8 балла, в контрольной — на 2,1 балла, а уровень настроения — на 4,7 и 3,1 балла соответственно (табл. 3).

Полученные положительные результаты лечения, а также хорошая переносимость процедур пациентами позволяет рекомендовать использование бесконтактного гидромассажа позвоночника на аппарате «АКВАРЕЛАКС» в комплексном лечении пациентов с болями в спине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодрова, Р.А. Эффективность комбинированного физиотерапевтического воздействия при болях в спине / Р.А. Бодрова, А.А. Исмагилова // Нелекарственная медицина. — 2007. — № 3. — С.42—45.
2. Боль в спине: монография // Боль в клинической практике / под ред. Л.Р. Ахмадеевой, Н.Ш. Загидуллина. — Уфа: Вагант, 2011. — 186 с.
3. Буренина, И.А. Эффективность применения многофункциональной массажной кровати «NUGA-BEST NM 5000» в комплексном лечении больных с вертеброгенной люмбагией / И.А. Буренина, Д.Р. Закирова // Вестник современной клинической медицины. — 2008. — Т. 1, № 1. — С.25—27.
4. Гиниятуллин, Н.И. Акварелакс — современный подход к гидромассажу / Н.И. Гиниятуллин // Курортные ведомости. — 2013. — № 1(76).
5. Гольдблат, Ю.В. Немедикаментозные методы лечения болевых синдромов / Ю.В. Гольдблат // Нелекарственная медицина. — 2007. — № 3. — С.20—25.
6. Егоров, И.В. Болезнь Бехтерева. Описание клинического случая и обзор литературы / И.В. Егоров // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2012. — Вып. 3.

7. Пономаренко, Г.Н. Физиотерапия: национальное руководство / Г.Н. Пономаренко; под ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
8. Федин, А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика) / А.И. Федин // Атмосфера. Нервные болезни. — 2002. — № 2. — С.2—8.
9. Birklein, F. Mechanism-based treatment principles of neuropathic pain / F. Birklein // Fortschr Neurol Psychiatr. — 2002. — № 70(2). — P.88—94.
10. Waters, P.S. Relationship of depression to overt motor pain behavior and pain reports in depressed low back pain patients / P.S. Waters, F. Keefe [et al.] // The Journal of Pain. — 2006. — Vol. 7, issue 4. — P.S73—S73.

REFERENCES

1. Bodrova, R.A. Effektivnost' kombinirovannogo fizioterapevticheskogo vozdeistviya pri bolyah v spine / R.A. Bodrova, A.A. Ismagilova // Nelekarstvennaya medicina. — 2007. — № 3. — S.42—45.
2. Bol' v spine: monografiya // Bol' v klinicheskoi praktike / pod red. L.R. Ahmadeevoi, N.Sh. Zagidullina. — Ufa: Vagant, 2011. — 186 s.
3. Burenina, I.A. Effektivnost' primeneniya mnogo-funktional'noi massazhnoi krovati «NUGA-BEST NM 5000» v kompleksnom lechenii bol'nyh s vertebrogennoi lyumbalgiei / I.A. Burenina, D.R. Zakirova // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny. — 2008. — T. 1, № 1. — S.25—27.
4. Giniyatullin, N.I. Akvarelaks — sovremenniy podhod k gidromassazhu / N.I. Giniyatullin // Kurortnye vedomosti. — 2013. — № 1(76).
5. Gol'dblat, Yu.V. Nemedikamentoznye metody lecheniya bolevykh sindromov / Yu.V. Gol'dblat // Nelekarstvennaya medicina. — 2007. — № 3. — S.20—25.
6. Egorov, I.V. Bolezni' Behtereva. Opisanie klinicheskogo sluchaya i obzor literatury / I.V. Egorov // Nevrologiya, neiropsihiatriya, psihosomatika. — 2012. — Vyp. 3.
7. Ponomarenko, G.N. Fizioterapiya: nacional'noe rukovodstvo / G.N. Ponomarenko; pod red. G.N. Ponomarenko. — M.: GEOTAR-Media, 2009.
8. Fedin, A.I. Dorsopatii (klassifikaciya i diagnostika) / A.I. Fedin // Atmosfera. Nervnye bolezni. — 2002. — № 2. — S.2—8.
9. Birklein, F. Mechanism-based treatment principles of neuropathic pain / F. Birklein // Fortschr Neurol Psychiatr. — 2002. — № 70(2). — P.88—94.
10. Waters, P.S. Relationship of depression to overt motor pain behavior and pain reports in depressed low back pain patients / P.S. Waters, F. Keefe [et al.] // The Journal of Pain. — 2006. — Vol. 7, issue 4. — P.S73—S73.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

МАРАТ МАЗГАРОВИЧ ВАЛЕЕВ, докт. мед. наук, профессор кафедры травматологии и ортопедии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа

РУСТАМ АЙДАРОВИЧ ХАЛИКОВ, начальник диспансерного отделения № 2 Госпиталя МСЧ МВД России по РБ, Уфа

ЗЕМФИР ЗАМИРОВИЧ КУТУЕВ, канд. мед. наук, зам. начальника Госпиталя МСЧ МВД России по РБ, Уфа

АНДРЕЙ ЮРЬЕВИЧ ДАЖИН, зав. травматологическим отделением больницы № 3 г. Уфы, Республика Башкортостан

ЭЛИНА МАРАТОВНА БИКТАШЕВА, аспирант кафедры травматологии и ортопедии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа

Реферат. Проведен анализ хирургического лечения 27 больных с переломами костей предплечья в области диафизов (из них трое с переломами обеих костей предплечья), которым выполнен остеосинтез интрамедуллярным стержнем с блокированием. Внешнюю иммобилизацию не проводили, на 2—3-е сут после операции начинали пассивную разработку движений в суставах конечности, активные — через 10—15 сут после операции. При комплексной оценке отдаленных результатов лечения у 26 больных функциональный результат оценен как «хороший» и «отличный» — во всех наблюдениях отмечена консолидация переломов в сроки от 8 до 26 нед в зависимости от характера переломов. Восстановление функции конечности без ограничений движений в суставах получено у 25 больных. Стойкая контрактура локтевого сустава отмечена у одного больного, которого оперировали через год после травмы на фоне ложного сустава.

Ключевые слова: перелом, кости предплечья, диафиз, интрамедуллярный остеосинтез, блокирование.

LOCKED INTRAMEDULLARY OSTEOSYNTHESIS OF THE ULNA AND RADIUS SHAFT FRACTURES

MARAT M. VALEEV, RUSTAM A. KHALIKOV, ZEMFIR Z. KUTUEV, ANDREY U. DAZHIN, ELINA M. BIKTASHEVA

Abstract. The treatment analysis of 27 patients with shaft ulna and radius fractures (free with compound ulna and radius fractures) after locked intramedullary osteosynthesis fixation had been made. External immobilization didn't applied, passive motions recommended after 2—3 days, active movements after 10—15 day post op. Any non unions of the bone fragments didn't revealed.

Key words: forearm fractures, locked intramedullary osteosynthesis.

Введение. Переломы диафиза обеих костей предплечья — достаточно частые повреждения скелета. Подобные переломы возникают в результате как прямого воздействия на предплечье — удара, сдавления тяжелым предметом, так и непрямого — при падении на кисть вытянутой руки. Наблюдаются преимущественно поперечные, косые и оскольчатые переломы. Основная проблема в лечении больных с переломами костей предплечья заключается в сложности и особенности топографической анатомии предплечья, тонком биомеханическом взаимодействии костей предплечья, огромного количества вариантов повреждений, в необходимости точного восстановления анатомии и биомеханики предплечья [3, 6].

Главными принципами лечения больных с переломами костей предплечья является точное сопоставление костных отломков, их стабильная фиксация, ранняя адекватная функциональная нагрузка [2, 5, 7]. Благодаря улучшению оперативной техники удалось добиться значительного улучшения анатомо-функциональных результатов при лечении подобных переломов. Исходя из этого, показания к оперативному лечению в настоящее время значительно расширились. В настоящее время основным методом лечения

при диафизарных переломах костей предплечья является хирургический, при котором, по данным разных авторов, наибольшую распространенность получил накостный остеосинтез. Менее популярны внеочаговый и интрамедуллярный остеосинтез [4, 8].

Компрессионно-дистракционный остеосинтез в настоящее время несколько ограничен в силу высокой чувствительностью скользящих структур предплечья к длительному нахождению в мягких тканях металлических спиц, блокирующих движения мышц и сухожилий, и значительным количеством инфекционных осложнений [2, 5, 6, 7].

Накостная фиксация костных отломков сопровождается значительным повреждением периостальной и медуллярной систем кровообращения отломков, мягких тканей сегмента, что в 5,7% случаев приводит к замедленной консолидации, в 3—10% — к несращениям, 3—5,3% — к инфекционным осложнениям. Высокая частота ротационных контрактур и случаев несращения костей, инфекционных осложнений операционной раны, образования грубых рубцов на предплечье заставляет во время выбора имплантата ориентироваться на малоинвазивные способы фиксации с высокой стабильностью [2, 3, 4, 8].



а



б



в



г



д



е

Больной Я., 24 года. Закрытый перелом левого плеча, костей левого предплечья, травматический неврит лучевого нерва: а — до операции; б, в, г, д, е — результат лечения

Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез незаменим в ситуациях, когда нагрузка на пораженную конечность невозможна, особенно у пациентов с множественной травмой, что приводит к невозможности дать на пораженную нижнюю конечность аксиальную нагрузку [1].

Материал и методы. В клинике травматологии и ортопедии Башкирского государственного медицинского университета остеосинтез интрамедуллярным стержнем с блокированием выполнен 27 больным с переломами костей предплечья в области диафиза (из них трое — с переломами обеих костей предплечья). Все переломы костей предплечья были «закрытыми». Возраст пациентов составил от 18 до 64 лет. Из них 19 пациентов были прооперированы в первые трое суток после травмы, у 8 оперативное вмешательство проведено после формирования ложного сустава, в отдаленные сроки после накостного остеосинтеза или консервативного лечения. Послеоперационный период проводился по общепринятой методике. Внешнюю иммобилизацию не проводили и на 2—3-и сут после операции начинали пассивную разработку движений в суставах конечности, активные — через 10—15 сут после операции. Случаев несращения костных отломков не было.

Клинический пример

Больной Я., 24 года, госпитализирован в клинику травматологии и ортопедии Башкирского государственного медицинского университета после получения производственной травмы левого плеча и костей левого предплечья. При клиническом осмотре выявлен травматический неврит лучевого нерва слева. Выполнена операция интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием левой плечевой кости, костей левого предплечья, транспозиции левого лучевого нерва. В послеоперационном периоде проведен полный курс реабилитационного лечения. При осмотре через один год на рентгенограмме имеются признаки сращения костных отломков, движения в суставах конечности выполняются в полном объеме (рисунк).

Результаты и их обсуждение. При комплексной оценке отдаленных результатов лечения у 26 больных функциональный результат оценен как «хороший» и «отличный», во всех наблюдениях отмечена консолидация переломов в сроки от 8 до 26 нед в

зависимости от характера переломов. Восстановление функции конечности без ограничений движений получено у 25 больных. Образование контрактур отмечено у одного больного, которого оперировали через год после травмы на фоне ложного сустава.

Интрамедуллярный остеосинтез блокированными штифтами обеспечивает «относительную» стабильность костных отломков, позволяет восстановить функцию конечности в ближайшие сроки после операции, сократить срок временной нетрудоспособности пациентов. Данный метод отвечает всем требованиям современного биологического остеосинтеза. Отсутствие внешней иммобилизации, даже при оскольчатых переломах, позволяет проводить раннюю активную реабилитацию травмированной верхней конечности. В то же время выполнение остеосинтеза свыше 7—10 сут после травмы затрудняет закрытую репозицию отломков и увеличивает время операции. Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез при переломах диафиза костей предплечья может использоваться в качестве альтернативы таким широко распространенным методам, как накостный остеосинтез пластинами, пластинами с угловой стабильностью.

Оценку результатов лечения в сроки от одного года до 10 лет проводили с помощью специализированных опросников качества жизни для пациентов с ограниченными возможностями верхней конечности. Использовалась полная русскоязычная версия DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) — функциональные ограничения кисти, плеча и предплечья. Оценка функций и симптомов производилась следующим образом. Подсчитывалась сумма баллов по 30 утверждениям шкалы таблицы, касающимся часто встречающихся бытовых навыков. Чем больше баллов насчитывалось в результате, тем больше был дефицит функции конечности у пациента (Белова А.Н., Буйлова Т.В., Булюбаш И.Д. и др., 2002).

Второй, дополнительный раздел предназначен для оценки функциональных возможностей обследуемого при занятии спортом, игре на музыкальных инструментах, работе. Каждый вопрос дополнительного раздела состоит из четырех вопросов, ответы на которые даются в зависимости от склонности пациента. Цель дополнительного раз-

Отдаленные функциональные результаты лечения больных с переломами костей предплечья (объем движений в суставе в градусах, оценка боли по ВАШ и недостаточность функции руки по DASH в баллах, динамометрия кисти в кг)

Показатель восстановления	Среднее значение		p	Стандартное отклонение	
	Накостный остеосинтез	Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез		Накостный остеосинтез	Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез
Сгибание	45,69	46,77	0,000482	2,98	2,76
Разгибание	55,95	56,29	0,255965	2,79	2,94
Супинация	64,24	81,85	0,000000	2,77	2,71
Пронация	72,63	83,07	0,000000	2,80	2,78
Отведение	23,02	18,77	0,000000	2,88	2,94
Приведение	20,16	30,04	0,000000	2,89	2,68
ВАШ	3,82	1,81	0,000000	0,28	0,28
DASH	29,03	10,25	0,000000	2,89	2,82
Сила кулачного схвата	12,7	27,7	0,000538	6,5	7,3

дела — включение пунктов, важных для выполнения профессиональных навыков в спорте, музыке, работе, у пациентов, повседневная жизнь которых не изменилась, а профессиональная деятельность претерпела изменения.

Объем супинации/пронации составил $81,85 \pm 2,71 / 83,07 \pm 2,78$, кисти после интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза предплечья достоверно больше, чем после накостного остеосинтеза — $64,24 \pm 2,77 / 72,63 \pm 2,80$. Динамометрия кулачного схвата кисти после накостного остеосинтеза составила $(12,7 \pm 6,5)$ кг, это меньше, чем у больных при интрамедуллярном остеосинтезе — $(27,7 \pm 7,3)$ кг.

Малая травматичность стабильно-функционального малоинвазивного остеосинтеза сказалась и на субъективной оценке по ВАШ и вопроснику DASH функциональной недостаточности верхней конечности у группы пациентов с переломами костей предплечья после накостного остеосинтеза — $(3,82 \pm 0,28)$ балла; у оперированных больных после интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза предплечья — $(1,81 \pm 0,28)$ балла. Функциональная недостаточность верхней конечности по вопроснику DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) у больных, пролеченных путем интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза предплечья, выражена меньше — $(10,25 \pm 2,82)$ балла, чем у пациентов, перенесших операцию по накостному остеосинтезу, — $(29,03 \pm 2,89)$ балла, что коррелирует с разницей объемов движений в суставах, разницей в мышечной силе при динамометрии между группами больных с переломами костей предплечья.

При интрамедуллярном остеосинтезе образование контрактур отмечено у одного больного, которого оперировали через год после травмы на фоне ложного сустава. Интрамедуллярный остеосинтез заблокированными штифтами обеспечивает стабильность костных отломков, позволяет восстановить функцию конечности в ближайшие сроки после операции, сократить сроки временной нетрудоспособности пациентов. Данный метод отвечает всем требованиям современного биологического остеосинтеза. Отсутствие внешней иммобилизации, даже при оскольчатых переломах, позволяет проводить раннюю активную реабилитацию травмированной верхней конечности. В то же время выполнение остеосинтеза свыше 7—10 сут после травмы затрудняет закрытую репозицию отломков и увеличивает время операции.

Использование малых хирургических доступов, не нарушающих васкуляризацию в области перелома; сознательный отказ от точной репозиции с целью сохранения кровоснабжения костных отломков; стабильная фиксация, достаточная для раннего функционального лечения, создают оптимальные условия для ранней социальной, бытовой и профессиональной реинтеграции подобной категории больных. Наш опыт показывает, что закрытый интрамедуллярный блокирующий остеосинтез при переломах костей предплечья в области диафизов имеет неоспоримые преимущества.

Таким образом, закрытый интрамедуллярный блокируемый остеосинтез при переломах диафиза

костей предплечья радикально отличается от традиционных методов оперативной фиксации. Его преимуществами являются: малая травматичность вмешательства; стабильная фиксация, позволяющая избежать внешней иммобилизации, возможность ранней мобилизации оперированной конечности; хороший функциональный и косметический результат и небольшое количество осложнений. Использование малых хирургических доступов, не нарушающих васкуляризацию в области перелома, сознательный отказ от точной репозиции с целью сохранения кровоснабжения костных отломков, стабильная фиксация, достаточная для раннего функционального лечения, создают оптимальные условия для ранней социальной, бытовой и профессиональной реинтеграции подобной категории больных.

Выводы:

1. Высокая частота ротационных контрактур, образование грубых рубцов на предплечье заставляет во время выбора имплантата ориентироваться на малоинвазивные способы фиксации костных отломков, каким является интрамедуллярный блокируемый остеосинтез.

2. Применение компрессионного стержневого остеосинтеза напрямую зависит от аксиальной стабильности перелома. Поперечные и косопоперечные переломы, пороки сращения переломов являются прямым показанием к применению интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза.

3. Использование малых хирургических доступов, не нарушающих васкуляризацию в области перелома, сознательный отказ от точной репозиции с целью сохранения кровоснабжения костных отломков, стабильная фиксация, достаточная для раннего функционального лечения, создают оптимальные условия для сращения костных отломков при сохранении скользящих структур сегмента конечности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кривеков, С.Н. Лечение переломов и переломовывихов предплечья аппаратом с отдельной репозицией и фиксацией костей / С.Н. Кривеков, В.В. Пастернак, Е.В. Васильев // Травма. — 2002. — Т. 3, № 3. — С.287—292.
2. Кочетков, Ю.С. Биологические и хирургические аспекты стимуляции остеогенеза: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю.С. Кочетков. — Курган, 2002. — 46 с.
3. Сысенко, Ю.М. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении больных с закрытыми и диафизарными оскольчатыми переломами длинных трубчатых костей верхней конечности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю.М. Сысенко. — Курган, 2001. — 47 с.
4. Челноков, А.Н. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез: новые решения / А.Е. Виноградский, Д.А. Бекреев // Научно-исследовательские работы Уральского НИИ травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина, 2001—2005: сб. статей. — Екатеринбург, 2006. — С.108—118.
5. Хмызов, С.А. Анализ ошибок и осложнений при использовании аппаратов внешней фиксации для коррекции деформаций костей предплечья / С.А. Хмызов, А.А. Тихоненко // Ортопедия, травматология. — 2002. — № 4. — С.33—37.
6. Швед, С.И. Чрескостный остеосинтез при закрытых переломах длинных трубчатых костей / С.И. Швед //

Современные методы лечения больных с травмами и их осложнениями: матер. Всерос. науч.-практ. конф. — Курган, 2006. — С.439.

7. Писарев, В.В. Инфекционные осложнения послеоперационной раны при металлоостеосинтезе закрытых переломов длинных трубчатых костей / В.В. Писарев [и др.] // Травматология и ортопедия России. — 2008. — № 1. — С.14—19.
8. Шаталин, А.Е. Лечение диафизарных переломов костей предплечья у детей методом закрытого интрамедуллярного остеосинтеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Е. Шаталин. — Нижний Новгород, 2006. — 25 с.

REFERENCES

1. Krivekov, S.N. Lechenie perelomov i perelomovyvivohtov predplech'ya apparatom s razdel'noi repoziciei i fiksaciei kostei / S.N. Krivekov, V.V. Pasternak, E.V. Vasil'ev // Travma. — 2002. — Т. 3, № 3. — С.287—292.
2. Kochetkov, Yu.S. Biologicheskie i hirurgicheskie aspekty stimulyatsii osteogeneza: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk / Yu.S. Kochetkov. — Kurgan, 2002. — 46 s.
3. Sysenko, Yu.M. Chreskostnyi osteosintez po Ilizarovu pri lechenii bol'nyh s zakrytymi i diafizarnymi oskol'chatymi perelomami dlennyh trubchatyh kostei verhnei konechnosti: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk / Yu.M. Sysenko. — Kurgan, 2001. — 47 s.
4. Chelnokov, A.N. Zakrytyi intramedullyarnyi osteosintez: novye resheniya / A.E. Vinogradskii, D.A. Bekreev // Nauchno-issledovatel'skie raboty Ural'skogo NII travmatologii i ortopedii im. V.D. Chaklina, 2001—2005: sb. statei. — Ekaterinburg, 2006. — S.108—118.
5. Hmyzov, S.A. Analiz oshibok i oslozhnenii pri ispol'zovanii apparatov vneshnei fiksacii dlya korrekcii deformacii kostei predplech'ya / S.A. Hmyzov, A.A. Tihonenko // Ortopediya, travmatologiya. — 2002. — № 4. — S.33—37.
6. Shved, S.I. Chreskostnyi osteosintez pri zakrytyh perelomah dlennyh trubchatyh kostei / S.I. Shved // Sovremennyye metody lecheniya bol'nyh s travmami i ih oslozhneniyami: mater. Vseros. nauch.-prakt. konf. — Kurgan, 2006. — S.439.
7. Pisarev, V.V. Infekcionnye oslozhneniya posleoperacionnoi rany pri metalloosteosinteze zakrytyh perelomov dlennyh trubchatyh kostei / V.V. Pisarev [i dr.] // Travmatologiya i ortopediya Rossii. — 2008. — № 1. — S.14—19.
8. Shatalin, A.E. Lechenie diafizarnykh perelomov kostei predplech'ya u detei metodom zakrytogo intramedullyarnogo osteosinteza: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / A.E. Shatalin. — Nizhniy Novgorod, 2006. — 25 s.

© Д.А. Валиева, 2014

УДК 616.379-008.64:616.89

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ДИНА АНВАРОВНА ВАЛИЕВА, врач-терапевт ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», Казань, Россия, тел. 8-937-776-10-07, e-mail: valievadina@mail.ru

Реферат. Цель исследования — изучение психоэмоциональных особенностей больных сахарным диабетом I и II типа с позиции врача-терапевта, эндокринолога с целью улучшения прогноза сахарного диабета. Актуальность проблемы. Одним из самых распространенных хронических заболеваний нашего времени является сахарный диабет (СД), представляющий не только угрозу жизни больного, но и фактор, влияющий на качество жизни. Сахарный диабет сопровождается ранней потерей трудоспособности, инвалидизацией, приводит к развитию тяжелых осложнений и снижению ресурсных запасов больного. Анализ литературы показывает, что вопросы изучения сахарного диабета касаются в основном соматического состояния больных. Работ, посвященных оценке психики при сахарном диабете, очень мало, они носят разрозненный характер, недостаточно глубоки и систематизированы, что обусловлено сложностью и полимодальностью предмета изучения. Кроме того, недостаточно внимания уделяется проблеме дифференциации внутри нозологии больных, в том числе роли разных типов сахарного диабета в течении и исходе заболевания, хотя доказано, что психологические отношения во многом определяют потенциал личности и являются ее движущей силой.

Ключевые слова: сахарный диабет, психоэмоциональная сфера.

PSYCHOEMOTIONAL FEATURES OF PATIENTS WITH DIABETES

DINA A. VALIEVA, therapist of the Medical and Sanitary Department of the Russian Interior Ministry in Tatarstan, Kazan, Russia, tel. 8-937-776-10-07, e-mail: valievadina@mail.ru

Abstract. One of the most widespread chronic diseases of our time is the diabetes posing not only threat to life of the patient, but also the factor influencing quality of life. Diabetes is accompanied by early disability, an invalidization, leads to development of heavy complications and decrease in resource stocks of the patient. The analysis of literature shows that questions of studying of diabetes concern generally a somatic condition of patients. The works devoted to an assessment of mentality at diabetes, very few, they have separate character, are insufficiently deep and systematized that is caused by complexity and a polymodality of a subject of studying. Besides, not enough attention is paid to a differentiation problem in a nosology of patients, including a role of different types of diabetes during and a disease outcome though it is proved that the psychological relations in many respects determine the potential of the personality and are her driving force.

Key words: diabet, psychoemotional sphere.

В последние десятилетия в связи с развитием идей восстановительной медицины становится все более актуальной задача определения ресурсов организма человека и его личности для

успешного преодоления последствий различных заболеваний, сохранения или повышения способности к выполнению различных видов жизнедеятельности. В связи с этим для практиков, работающих

в лечебных учреждениях, а также в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации, является крайне важным аспектом их деятельности. Определение не только клинического прогноза, но и социально-психологического прогноза, от которого зависит успешность адаптации больного к условиям жизни, связанным с болезнью.

Современная концепция сопровождения больных сахарным диабетом трактует это заболевание как «образ жизни», к которому они должны адекватно приспособиться, максимально используя свои собственные возможности и мероприятия по восстановлению и компенсации имеющихся нарушений. Любые меры восстановительного лечения и реабилитационные программы могут быть реализованы лишь при сложившейся у больного личной потребности к адаптации в условиях хронического заболевания, а также при адекватной оценке его организма и психики.

К объективным факторам, снижающим возможности психики относятся: преморбидные особенности, возраст, форма, степень тяжести и длительность заболевания, наличие осложнений, психотравмирующие ситуации. Большое внимание уделяется изучению психологических факторов при сахарном диабете. Изучаются познавательные, интеллектуальные возможности больных сахарным диабетом, их эмоциональные и личностные особенности, отношение, адаптация к заболеванию, качество жизни, изменения психологических отношений в связи с болезнью.

Несмотря на многообразие таких работ, в них в основном лишь констатируются факты выявленных особенностей психики при сахарном диабете без попыток их дифференцированного типологического анализа, хотя известно, что типологический подход к изучению личности с определением ее особенностей необходим для понимания реабилитационных и адаптационных возможностей больного.

Еще более проблемным является вопрос о методологии и методиках оценки функциональных, в том числе психологических, ресурсов человека, которые были бы доступны в работе с больными.

Материал и методы. Исследование проводилось в течение 2011—2012 гг. Проведено психодиагностическое обследование 32 человек, страдающих сахарным диабетом, имеющих различные медико-социальные показатели по полу, типу сахарного диабета. Исследование проводилось на базе МУЗ «Городская поликлиника № 18».

Для достижения поставленных задач выделены две группы больных с диагнозом «сахарный диабет» в возрасте от 38 до 58 лет. Средний возраст составил $(47,08 \pm 1,35)$ года. Из обследуемых с СД I типа было 16 человек, с СД II типа — 16 человек. Женщин 16 человек, мужчин 16 человек. Длительность СД по группе составила от 1 мес до 41 года. По степени тяжести заболевания легкую имели 1 человек, среднюю — 14 человек, тяжелую — 17 человек. Большинство больных имели группу инвалидности: 5% — I группу, 58% — II группу, 37% — III группу. У остальных группа инвалидности отсутствовала, чаще всего по личным установкам больных (желание продолжать работать).

В качестве метода использовались тесты:

1. Методика СМОЛ.
2. Шкала депрессии Бека.
3. Шкала тревоги Тейлора.

Опросник СМОЛ. Мини-мулт представляет собой сокращенный вариант СМОЛ, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 оценочные. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую с чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности. Время проведения опроса не ограничивается. Производится подсчет «сырых» баллов по всем 11 показателям (оценочным и базовым) в соответствии с ключом к опроснику. Набранное количество баллов по каждому из показателей записывается в бланк теста в правой его части. По данным тестирования вычерчивается личностный профиль испытуемого. Высокими оценками для каждой из описанных выше шкал являются оценки в «сырых» баллах, превышающие их номинальные значения, соответствующие показателю 70 по шкале «Т». Низкими оценками считаются те, которые не превышают отметки 40 по шкале «Т».

Опросник Бека предназначен для диагностики депрессивных состояний. Несмотря на то что утверждения теста очень прямые и позволяют испытуемому скрывать свое истинное состояние, использование опросника Бека в клинической практике показало его высокую эффективность при скрининговых и предварительных обследованиях. Тест можно проводить в групповом и индивидуальном вариантах. Результаты опросника высоко коррелируют с личностной и ситуативной тревожностью и алекситимией. Все утверждения опросника Бека являются прямыми, поэтому для подсчета общего результата необходимо просто просуммировать все баллы, соответствующие выбранным утверждениям.

Шкала тревоги Тейлора предложена им в 1955 г. и предназначена для измерения уровня тревожности. Рассматриваемая шкала состоит из 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Утверждения отбирались из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI). Выбор пунктов для теста осуществлялся на основе анализа их способности различать лица с «хроническими реакциями тревоги». Тестирование продолжается 15—30 мин. Для удобства использования каждое утверждение предлагается испытуемому на отдельной карточке. Более известны варианты методики в адаптации Т.А. Немчинова, а также и В.Г. Норакидзе, который в 1975 г. дополнил опросник шкалой лжи, позволяющей судить о демонстративности, неискренности в ответах. Оба варианта опросника используются при индивидуальном и групповом обследовании, способны решать как теоретические, так и практические задачи и могут быть включены в батарею других тестов.

Выбор методов исследования обуславливался целями и задачами работы.

Результаты и их обсуждение. Любая хроническая болезнь, независимо от того, какова ее биоло-

гическая природа, какой орган или функциональная система оказываются пораженными ею, качественно изменяет всю жизнедеятельность человека, ставит его в психологические особые жизненные условия. Соматическое заболевание изменяет всю социальную ситуацию развития человека: изменяет уровень его психических возможностей, ведет к ограничению контактов с людьми, т.е. оно меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а также его «внутреннюю позицию» по отношению к себе самому и жизни в целом. Именно эта «внутренняя позиция», представляя систему отношений, в наибольшей степени отражает психологические особенности и реабилитационные возможности человека. Исходя из этого, дальнейшее исследование психологических особенностей больных СД и резервных возможностей их психики основывается на изучении личности с позиций ее системы отношений.

Были рассмотрены психологические особенности больных СД I и II типа. Наблюдение за больными СД I и II типа в процессе беседы, предшествующей проведению тестирования, позволило уже на данном этапе заметить некоторые особенности психики этих обследуемых. При взаимодействии с больными СД I типа обращает на себя внимание легкость, с которой они идут на контакт с аппонентом, их активный познавательный интерес к общению, к предлагаемым заданиям и результатам. Они охотно рассказывали о себе, были старательны и добросовестны в выполнении тестов, живо переживали как успехи, так и ошибки в работе. Внешне поведение их характеризовалось положительным эмоциональным фоном, ровным настроением, хорошим самоконтролем, сдержанностью в проявлении чувств.

У больных СД II типа, в отличие от больных СД I типа, в процессе обследования довольно часто (около 45% случаев) можно было наблюдать лабильность эмоционального состояния, колебания настроения с преобладанием его пониженного фона, склонность к слабодушным реакциям, раз-

дражительности, фиксацию на психотравмирующих ситуациях, выраженные переживания по поводу здоровья. В некоторых случаях выявлялось формальное, безразличное отношение к общению, отсутствие желания рассказывать о себе и своей жизни, выполнять предлагаемые задания.

Изучение психоэмоциональных характеристик больных СД I и II типа экспериментальным путем позволило также выявить некоторые особенности их психической сферы.

Психодиагностическое обследование включало применение сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ). Шкалы 1—9 являются базисными, клиническими шкалами. Графическое изображение результатов исследования по СМОЛ в зависимости от типа СД представлены на рис. 1.

Как видно из рис. 1, в группе больных СД II, находящихся на этапе амбулаторного лечения, отмечается достоверное повышение по всем базисным шкалам, за исключением шкал психопатии и гипомании, по этим шкалам не наблюдается различий между группами. Показатели гипомании свидетельствуют об оптимизме, приподнятом настроении, энергичности и жизнерадостности. Закономерно, что данные черты одинаково выражены в группе лиц с СД I и СД II. Шкала 4 (психопатическая), выраженная в группах исследования (СД I и СД II), не имела достоверных отличий.

В группе лиц с СД II имелось повышение профиля на невротических шкалах 7 и 8, что говорит о выраженной тревожной реакции у этих пациентов. Отмечен пик профиля СМОЛ по шкале 2 (депрессия) с одновременно низкими показателями по шкале 9 (гипомания) у пациентов с СД II, что позволяет судить о преобладании депрессивного компонента в их психоэмоциональном состоянии. У пациентов с СД II явно имелся подъем профиля по шкале 1, характерного для ипохондрической реакции. Профиль СМОЛ у пациентов с СД II характеризовался

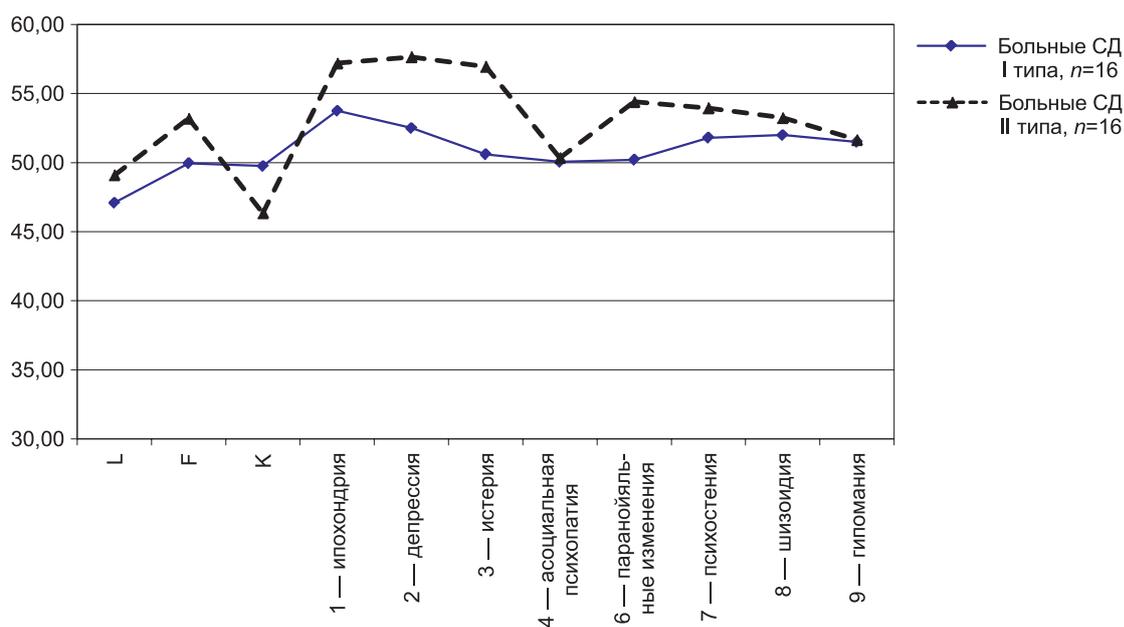


Рис. 1. Усредненные личностные профили СМОЛ больных СД I и II типа.

ярко выраженным профилем по шкале 3 (истерия). У остальных пациентов с СД I не отмечено подъема профиля ни по одной шкале.

Таким образом, было выявлено, что для пациентов с СД II характерны астеническая (А), депрессивная (Д), тревожная (Т), ипохондрическая (Ип) и истерическая (Ис) психоэмоциональные реакции.

Далее сравним усредненные профили СМОЛ у женщин и мужчин с СД I и СД II. Несмотря на то что усредненный личностный профиль СМОЛ у мужчин с СД I был расположен в пределах нормативного «коридора», он не имел линейный характер (рис. 2), значения большинства базисных шкал, за исключением 4-й, достоверно превышали соответствующие показатели в группе женщин с СД I.

Таким образом, мужчины при СД II типа более выражено реагируют на заболевание, нежели мужчины с СД I типа.

В группе больных с СД I и II типа также выделены подгруппы женщин, проанализированы их усредненные профили по методике СМОЛ (рис. 3).

Усредненный личностный профиль СМОЛ женщин с СД II уже не находится в пределах норматив-

ного «коридора», располагаясь по шкале 1 и 2 выше 60. Следовательно, из 4 подгрупп исследования женщины с СД II типа больше других нуждаются в психотерапевтической помощи.

Результаты анализа показывают, что в обеих подгруппах с СД II все выявленные закономерности выражены в большей степени, чем в группе больных СД I типа.

Следовательно, можно говорить о том, что уже при СД I типа женщины раньше начинают проявлять рост психастеничных, истероидных и депрессивных, ипохондрических состояний. Тогда как при СД II типа мужчины «догоняют» их, также демонстрируя выраженный рост показателей по указанным шкалам. Причем и мужчины и женщины с СД II типа приближаются друг к другу по общей картине психологических параметров, тогда как при СД I типа их личностные усредненные профили не являются параллельными.

Соотношение шкал достоверности также различалось у женщин с СД I и мужчин с СД I типа, отражая трудности адаптации у первой и стремление избежать излишней откровенности у второй из перечисленных категорий обследованных.

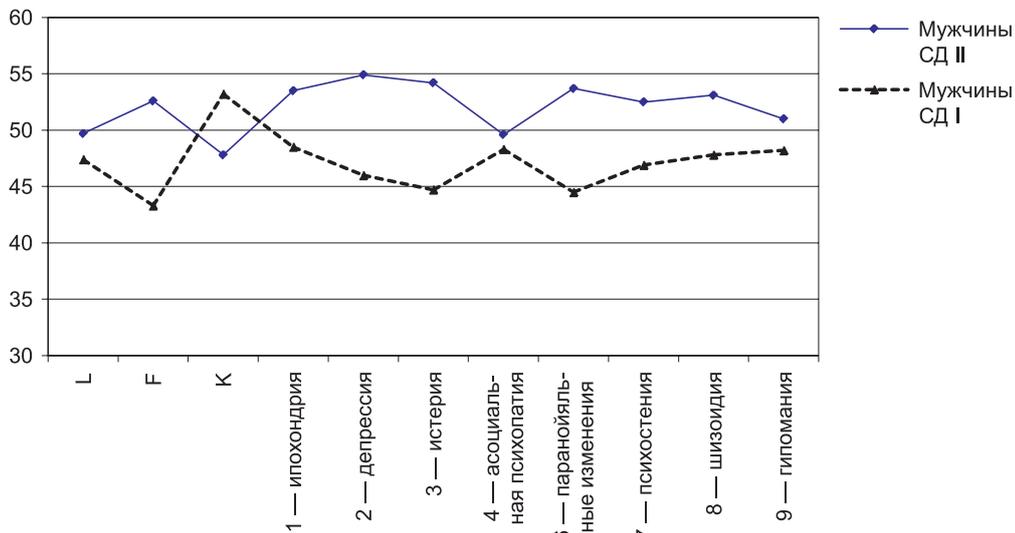


Рис. 2. Усредненные личностные профили СМОЛ мужчин с СД I и II типа

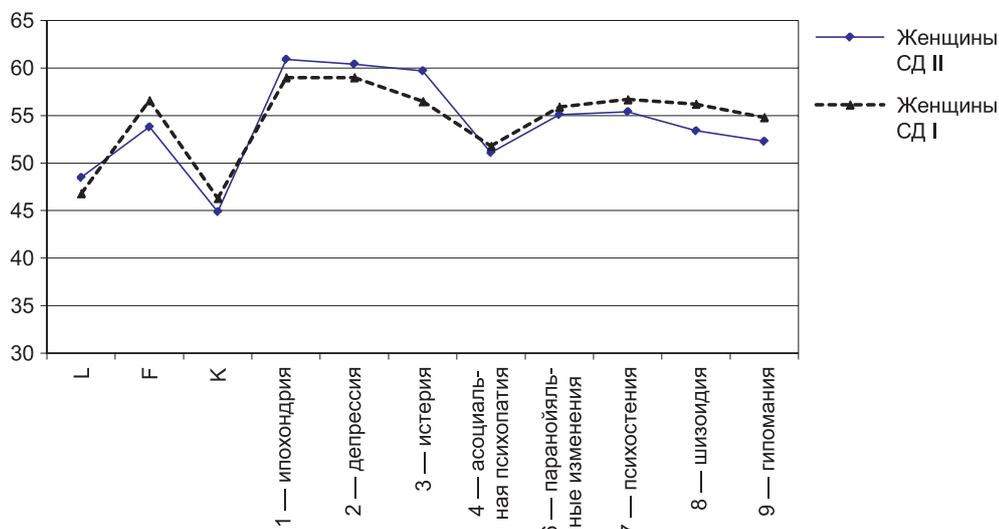


Рис. 3. Усредненные личностные профили СМОЛ женщин с СД I и II типа

Полученные результаты подтверждают данные литературы о значительной распространенности выраженного эмоционального напряжения, клинически проявляющегося расстройствами депрессивного, стероидного, астенического и ипохондрического уровня у больных сахарным диабетом.

Развитию психической дезадаптации во всех случаях наряду с самим заболеванием и связанными с ним изменениями в жизни больного способствуют и другие отрицательные внешнесредовые воздействия, а также определенные особенности эмоционального, когнитивного и поведенческого реагирования больных. Результаты теста СМОЛ выявили сходство личностных свойств, преобладающих у больных всех обследованных подгрупп.

Полученные данные указывают на то, что затруднение реализации гетероагрессивных тенденций ввиду тщательного контроля поведения и стремления подавлять внешние проявления конфликтности характерны для пациентов с СД. Тот факт, что 4-я или 9-я шкала, являясь ведущей шкалой профиля СМОЛ, достоверно в подгруппе мужчин с СД I типа, чем у больных других подгрупп, подтверждает, по нашему мнению, взаимосвязь между выраженностью стенических личностных характеристик и стрессоустойчивостью у мужчин с СД I.

Экспериментальные данные доказывают, что изменения со стороны личности у больных СД I типа все же не носят такого ярко выраженного характера, в отличие от больных СД II типа.

Уровни тревожности у больных сахарным диабетом I и II типа

Тревожность является свойством человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях. Когда существует постоянная угроза социальному положению, финансовому благополучию и т.п., все вокруг предоставляется потенциально угрожающим.

С целью оценки уровня тревожности с помощью шкалы Тейлора всего было протестировано 32 пациента с СД I и СД II, из них 16 мужчин и 16 женщин. Различия особенностей эмоциональной сферы у больных СД I и СД II типа находят свое отражение в выраженности у них состояния тревожности ($p < 0,05$).

Результаты показали (табл. 1), что средний уровень тревожности в группе больных СД I достоверно превышает таковой у больных СД II.

Таблица 1

Суммарная оценка уровня тревожности по шкале Тейлора у пациентов с СД I и II типа (%)

Уровень тревожности по шкале Тейлора, баллы	СД I типа, %	СД II типа, %
Низкий, 0—5	—	—
Средний с тенденцией к низкому, 5—15	10,5	26,6
Средний с тенденцией к высокому, 15—25	31,7	53,3
Высокий, 25—40	50,0	20
Очень высокий, 40—50	4,8	—

Представленные в табл. 1 данные показывают, что у обследованных пациентов с СД I высокий (более 25 баллов по шкале Тейлора) и очень высокий (более 40 баллов) уровень тревожности имел место более чем у половины (54,8%) больных, средний с тенденцией к высокому уровню тревожности — у 31,7% больных. В то же время, если средний с тенденцией к низкому уровню тревожности отмечался лишь у 10,5% больных, то лица с низким уровнем тревожности среди обследованных пациентов вообще отсутствовали.

У обследованных пациентов с СД II высокий (более 25 баллов по шкале Тейлора) уровень тревожности имел место у 20% больных, средний с тенденцией к высокому уровню тревожности — у 53,3% больных, средний с тенденцией к низкому уровню тревожности отмечался у 26,6% больных. В то же время лица с низким и очень высоким уровнем тревожности среди обследованных пациентов с СД II вообще отсутствовали.

Очень высокая тревожность связана с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Тем не менее тревожность не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности, «полезная тревога» — это естественная и обязательная особенность активной личности. Такая тревога изменяет характер поведения, ведет к усилению поведенческой активности, побуждает к более интенсивным и целенаправленным усилиям и тем самым выполняет адаптивную функцию. Однако в случае, если интенсивность и длительность тревоги не соответствует конкретной ситуации, это нарушает адаптацию и ведет к нарушениям поведенческой интеграции, а иногда и к клинически выраженным нарушениям психики и поведения. Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания, так как при неблагоприятных жизненных обстоятельствах тревожность может угнетать человека особенно сильно.

При исследовании уровня тревожности по методике Тейлора нами выявлено, что очень высокий уровень тревожности имеют только больные СД II типа, тогда как среди больных СД I типа лица с таким уровнем тревоги не выявлялись. Пониженный уровень тревожности чаще имел место у больных СД I типа, нежели у больных СД II типа.

У обследованных мужчин с СД I типа средний балл по шкале Тейлора в целом по группе ($n=16$) составил 38, что соответствует высокому уровню тревожности. Следует отметить, что среднее значение по группе женщин с СД I типа также превышает уровень в женской группе с СД II типа и составляет 27 баллов (табл. 2).

Таким образом, повышенная тревожность является практически постоянным спутником и характерной чертой больных СД.

По данным литературы известно, что больным СД свойственна тревога. Тревожность больных СД II типа находит проявление в опасениях по поводу воз-

Таблица 2

Средние уровни тревожности по тесту Тейлора в группах мужчин и женщин с СД I и II типа

Группа	Показатель	Тревожность (баллы)
Мужчины с СД I типа	M	38,0
	m	0,64
Мужчины с СД II типа	M	25,5
	m	0,37
Женщины с СД I типа	M	27,0
	m	0,34
Женщины с СД II типа	M	21,0
	m	0,84
p_{1-2}		<0,05
p_{1-3}		<0,05
p_{1-4}		<0,05
p_{2-3}		>0,05
p_{2-4}		<0,05

можно ухудшения здоровья, боязни стать обузой для своих близких, оказаться не востребованным, немощным, одиноким, беспомощным человеком. Также у них имеет место страх смерти, беспокойство за судьбу своих детей, родственников. Опасения у больных СД I типа выражаются, главным образом, в беспокойстве за то, что окружающие, узнав о болезни, отвернутся от них, в связи с этим они испытывают страх перед непониманием другими, страх потери семьи и одиночества, страх недееспособности. Наше исследование подтверждает литературные данные.

Выраженность депрессий у больных сахарным диабетом разного типа

Болезнь зачастую привносит в эмоциональное состояние человека новые черты. Чаще всего, наряду с астеническими проявлениями, отмечаются выраженные невротические черты. У значительного числа больных эмоциональное состояние носит депрессивную окраску: они ощущают одиночество, беспомощность, покинутость, страх.

В рамках настоящего исследования было интересно выяснить, имеются ли какие-либо существенные различия у больных СД с разным уровнем депрессии по методике Бэка в зависимости от медико-социальных показателей — пола и типа СД (табл. 3).

Из рис. 4 и 5 следует, что у больных СД I типа достоверно чаще (28%) встречается пониженный уровень депрессии в отличие от больных СД II типа (12%), а у лиц с СД II типа, напротив, чаще (27%) имеется повышенный уровень депрессии по сравнению с больными СД I типа (8% случаев).

Итак, можно сделать вывод, что среди больных СД более благоприятные психологические возможности (в отношении депрессии) имеют больные СД I типа. Оценка депрессии лиц с СД II типа требует более тщательного подхода.

У мужчин и женщин с СД преобладающим уровнем депрессии является средний (65% и 60% соответственно) (рис. 6, 7). Таким образом, существенных различий по признаку пола в группах обнаружено не было ($p=0,43544$, $p>0,05$).

Ситуация хронической болезни, изменяя объективное положение личности в обществе, требует перестройки ее субъективных отношений. Если этого не происходит, то могут возникнуть трудности в овладении новой социальной функцией, конфликты с окружающими или «внутренний разлад». Болезнь может существенно трансформировать самооценку — она начинает приобретать неустойчивый и часто заниженный характер (больной начинает считать себя ущербным, неуверенным, несчастливым). Отношение к заболеванию зачастую может носить неадекватный характер — от полного игнорирования заболевания с недооценкой тяжести состояния до «ухода» в болезнь с переоценкой ее тяжести, когда мотивы выздоровления или сохранения жизни начинают определять всю жизнедеятельность больного.

Сахарный диабет, как показало наше исследование, изменяет эмоциональное состояние человека, усиливая спектр личностных изменений и негативных эмоций: психастеничность, истероидность и ипохондрию, депрессивность, тревожность и т.п.

Таким образом, такая хроническая соматическая болезнь, как СД, сопровождается рядом изменений в психологическом состоянии человека.

Сказанное позволяет сделать вывод, что знания особенностей системы отношений больного способствуют более глубокому пониманию его психики, раскрытию реабилитационных возможностей и помогают осуществлять более рациональный, своевременный и качественный подход к планированию и проведению процесса реабилитации.

Таблица 3

Медико-социальные показатели больных СД с различным уровнем депрессии по методике Бэка

Уровень депрессии			Легкий	Средний	Высокий	Всего	Критерий достоверности различий
Пол	Мужской	абс. ч.	2,24	10,4	3,36	16	
		%	14	65	21	100	
	Женский	абс. ч.	3,36	9,6	3,04	16	
		%	21	60	19	100	
Тип СД	Первый	абс. ч.	4,48	10,24	1,28	16	$p<0,05$
		%	28	64	8	100	
	Второй	абс. ч.	1,92	9,76	4,32	16	
		%	12	61	27	100	

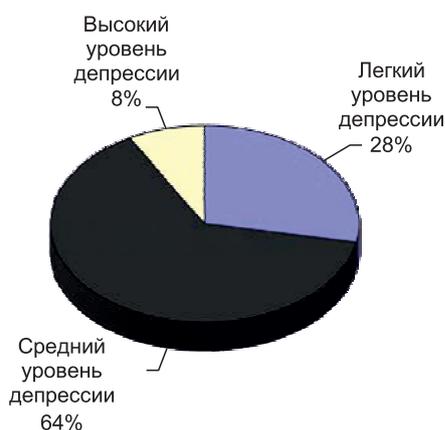


Рис. 4. Доли больных СД I типа с различным уровнем депрессии

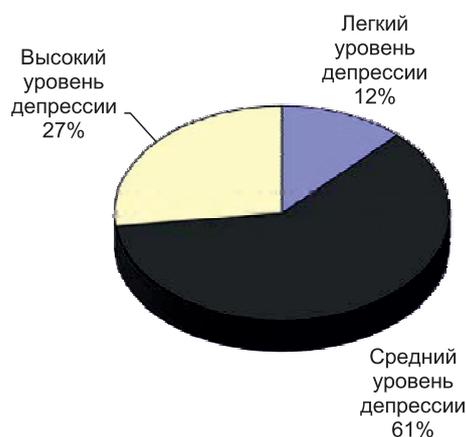


Рис. 5. Доли больных с СД II типа с различным уровнем депрессии



Рис. 6. Доли мужчин с СД I и СД II типа с различным уровнем депрессии



Рис. 7. Доли женщин с СД I и СД II типа с различным уровнем депрессии

Анализ психологических отношений больного и некоторых других сторон его психической деятельности позволяет оценить характер и глубину имеющихся нарушений, наметить пути и методы психокоррекционной работы.

Выводы:

1. У больных сахарным диабетом II типа отмечается достоверное повышение по всем базисным шкалам, за исключением шкал психопатии и гипомании ($p < 0,05$), по этим шкалам не наблюдается различий между группами. В группе лиц с сахарным диабетом II типа имелось повышение профиля по невротическим шкалам 7 и 8. Отмечен пик профиля по шкале 2 (депрессия) с одновременно низкими показателями по шкале 9 (гипомания) у пациентов с сахарным диабетом II типа ($p < 0,05$), что позволяет судить о преобладании депрессивного компонента в их психозмоциональном состоянии. У пациентов с сахарным диабетом II типа явно имелся подъем профиля по шкале 1 ($p < 0,05$), характерного для ипохондрической реакции. Профиль СМОЛ у пациентов с сахарным диабетом II типа характеризовался ярко выраженным профилем по шкале 3 (истерия) ($p < 0,05$).

2. По опроснику СМОЛ получено, что у больных женщин с сахарным диабетом II типа отмечаются пики по шкалам ипохондрии, депрессии и истерии (более 60 Т-баллов) — так называемый невротический наклон профиля ($p < 0,05$). Кроме того, имеется незначительный пик по шкале паранойяльных изме-

нений во всех группах с сахарным диабетом, кроме мужчин с сахарным диабетом I типа ($p < 0,05$). В то же время у пациентов с сахарным диабетом I типа большинство профилей находится в пределах нормативного разброса.

3. У обследованных пациентов с сахарным диабетом I типа высокий (более 25 баллов) и очень высокий (более 40 баллов) уровень тревожности имел место более чем у половины (54,8%) больных, средний с тенденцией к высокому уровню тревожности — у 31,7% больных. У обследованных пациентов с сахарным диабетом II типа высокий уровень тревожности имел место у 20% больных, средний с тенденцией к высокому уровню тревожности — у 53,3% больных, средний с тенденцией к низкому уровню тревожности отмечался у 26,6% больных. В то же время лица с низким и очень высоким уровнем тревожности среди обследованных пациентов с сахарным диабетом II типа отсутствовали.

4. У больных сахарным диабетом I типа достоверно чаще (28%) встречается пониженный уровень депрессии в отличие от больных сахарным диабетом II типа (12%), а у лиц с сахарным диабетом II типа, напротив, чаще (27%) имеется повышенный уровень депрессии по сравнению с больными сахарным диабетом I типа (8% случаев). У мужчин и женщин с сахарным диабетом преобладающим уровнем депрессии является средний (65 и 60% соответственно).

Содержание глюкозы в крови напрямую связано с тревожностью и депрессией, т.е. тревожность, выраженная депрессия и сахар в крови высокие. То же самое с холестерином и другими показателями.

Суммируя все вышеизложенное, можно сделать следующий вывод: самоконтроль — основа успешного лечения и профилактика осложнений сахарного диабета. Система самоконтроля включает знание особенностей клинических проявлений и лечения заболевания, контроль за показателями сахара крови и мочи, диетой, массой тела. Развитие системы самоконтроля является на сегодняшний день одним из важных элементов в лечении сахарного диабета. Успешное лечение диабета подразумевает, что врач и пациент вместе работают над улучшением обмена веществ. Чтобы пациент с сахарным диабетом мог успешно справляться со своим заболеванием, он должен знать как можно больше о причинах, признаках, осложнениях и лечении заболевания.

Практические рекомендации. В заключение необходимо указать на некоторые аспекты организации помощи пациентам с сахарным диабетом, так как для достижения существенных успехов в лечении необходимо сократить пропасть между работой научных коллективов и реальным положением дел в практическом здравоохранении. В этой связи наряду с перспективными научно-клиническими стратегиями следует разрабатывать и внедрять в практику абсолютно необходимые для наших пациентов программы.

Всем пациентам, независимо от типа сахарного диабета, показаны проведение анкетирования для выявления шкал тревоги и депрессии. В условиях эндокринологического кабинета необходимо создать благоприятные условия для снижения депрессии и тревоги. Для больных сахарным диабетом среди обязательных консультаций специалистов необходимо включить психотерапевта.

Приоритетные направления государственной политики в области эндокринологии должны быть направлены на:

- 1) создание диабетических школ, осуществляющих обучение пациентов;
- 2) организацию патронажной службы для престарелых с сахарным диабетом, помощи потерявшим зрение вследствие осложнений диабета, социально незащищенным;
- 3) создание телефонной горячей линии для информационной поддержки пациентов с сахарным диабетом;
- 4) организацию системы подготовки медицинских сестер, студентов медицинских училищ и вузов основам обучения пациентов с сахарным диабетом, саморегуляции диабета;
- 5) государственное обеспечение пациентов с сахарным диабетом средствами самоконтроля, лекарственными средствами;
- 6) контроль над соблюдением закона «Об основах медико-социальной защиты граждан, больных сахарным диабетом».

Только общими усилиями можно добиться повышения уровня оказания помощи пациентам с

сахарным диабетом и качества их жизни. Много уже сделано, но еще больше предстоит сделать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анциферов, М.Б. Локус контроля у больных сахарным диабетом. Объективная оценка субъективного отношения к лечению / М.Б. Анциферов, М.Ю. Дробижев, Е.В. Суркова [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2002. — Т. 48, № 4. — С.71.
2. Анциферов, М.Б. Перспективы использования аналога человеческого инсулина / М.Б. Анциферов, А.Ю. Майоров // Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 6, № 12. — С.23.
3. Балаболкин, М.И. Генетические аспекты сахарного диабета / М.И. Балаболкин, И.И. Дедов // Сахарный диабет. — 2000. — № 1(6). — С.561.
4. Балаболкин, М.И. Эндокринология / М.И. Балаболкин. — М.: Медицина, 1994. — С.96.
5. Беляевский, А.Д. Сахарный диабет: современные акценты в патогенезе и в подходах к интенсивной терапии / А.Д. Беляевский, А.А. Лагутина, Н.П. Милютин // Вестник интенсивной терапии. — 2003. — № 1. — С.253—256.
6. Бодалев, А.А. Специфика социально-психологического подхода к пониманию личности / А.А. Бодалев // Психология личности в трудах отечественных психологов / сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. — СПб.: Питер, 2002. — С.3.
7. Бондарь, Т.П. Лабораторно-клиническая диагностика сахарного диабета и его осложнений / Т.П. Бондарь. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003.
8. Ванюков, Д.А. Предиабет: диагностика и лечение / Д.А. Ванюков // Трудный пациент. — 2006. — № 12.
9. Генес, В.С. Этиология, патогенез и подходы к патогенетической терапии инсулинонезависимого сахарного диабета / В.С. Генес, С.Г. Генес // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. — 1993. — № 3. — С.12.
10. Дедов, И.И. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет II типа / И.И. Дедов. — М.: Медицина, 2000.
11. Дедов, И.И. Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения / И.И. Дедов // Сахарный диабет. — 2012. — № 1.
12. Древал, А.В. Характер психологических изменений у больных инсулинозависимым сахарным диабетом после обучения самоконтролю / А.В. Древал, Ю.А. Редькин, И.В. Мисникова // Проблемы эндокринологии. — 1999. — Т. 45, № 1. — С.54—57.
13. Дробижев, М.Ю. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно-фобических расстройств / М.Ю. Дробижев, М.Б. Анциферов, Е.В. Суркова [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2002. — Т. 48, № 5. — С.30—32.
14. Иванова, Л.В. Особенности эмоционального реагирования больных сахарным диабетом первого и второго типа / Л.В. Иванова // Материалы совещания по подготовке и организации работы клинических психологов в учреждениях здравоохранения, социальной защиты и образования. — М., 2001. — С.24—26.
15. Казьмин, В.Д. Эндокринология для всех / В.Д. Казьмин. — Ростов н/Д.: Феникс, 1996.
16. Как овладеть самоконтролем диабета? Все о сахарном диабете. — URL: http://odiabete.do.am/news/kak-ovladet-samokontrolem_diabeta/2012-29-02
17. Камышева, Е.П. Сахарный диабет: современное представление, клинические симптомы, синдромы,

- врачебная тактика / Е.П. Камышева, Г.М. Покалев. — Н. Новгород, 1999.
18. *Климов, А.Н.* Липиды, липопротеиды и атеросклероз / А.Н. Климов, Н.Г. Никуличева. — СПб.: Питер, 1995.
 19. *Лавин, Н.* Эндокринология / Н. Лавин. — М.: Практика, 1999.
 20. *Лесничий, А.В.* Биохимические показатели у больных сахарным диабетом / А.В. Лесничий // *Врачебное дело.* — 1997. — № 5. — С.18.
 21. *Лукияничков, В.С.* Неотложные состояния эндокринно-метаболической природы / В.С. Лукияничков, Г.С. Зефирова, Л.И. Королевская. — М.: СИП РИА, 2003. — С.140.
 22. *Манухина, Н.М.* Социальная дезадаптация пациентов с соматическими заболеваниями как объект психологической коррекции / Н.М. Манухина. — М., 2003. — С.15.
 23. *Менделевич, В.Д.* Сахарный диабет / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева // *Неврология и психосоматическая медицина.* — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — С.14.
 24. *Минкин, Р.Б.* Болезни сердечно-сосудистой системы / Р.Б. Минкин. — СПб., 1994.
 25. *Морозова, Е.В.* Диагностические подходы к изучению личности больных сахарным диабетом / Е.В. Морозова // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.* — 2005. — № 2. — С.74.
 26. *Морозова, Е.В.* Диагностические подходы к изучению личности больных сахарным диабетом / Е.В. Морозова // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии.* — 2009. — № 2. — С.49.
 27. *Николаев, А.Я.* Биохимия инсулинозависимого сахарного диабета / А.Я. Николаев, Е.В. Осипов // *Биохимические основы патологических процессов: учеб. пособие / под ред. Е.С. Северина.* — М.: Медицина, 2000. — С.266—278.
 9. *Genes, V.S.* Etiologiya, patogenez i podhody k patogeneticheskoj terapii insulinonezavisimogo saharnogo diabeta / V.S. Genes, S.G. Genes // *Patologicheskaya fiziologiya i eksperimental'naya terapiya.* — 1993. — № 3. — С.12.
 10. *Dedov, I.I.* Ozhirenie. Metabolicheskii sindrom. Saharnyi diabet II tipa / I.I. Dedov. — М.: Medicina, 2000.
 11. *Dedov, I.I.* Saharnyi diabet v Rossiiskoi Federacii: problemy i puti resheniya / I.I. Dedov // *Saharnyi diabet.* — 2012. — № 1.
 12. *Dreval', A.V.* Harakter psihologicheskikh izmenenii u bol'nyh insulinozavisimym saharnym diabetom posle obucheniya samokontrolyu / A.V. Dreval', Yu.A. Red'kin, I.V. Misnikova // *Problemy endokrinologii.* — 1999. — Т. 45, № 1. — С.54—57.
 13. *Drobizhev, M.Yu.* Otnoshenie k lecheniyu u bol'nyh saharnym diabetom. Vliyanie soputstvuyuschih depressivnyh i trevozhno-fobicheskikh rasstrojstv / M.Yu. Drobizhev, M.B. Anciferov, E.V. Surkova [i dr.] // *Problemy endokrinologii.* — 2002. — Т. 48, № 5. — С.30—32.
 14. *Ivanova, L.V.* Osobennosti emocional'nogo reagirovaniya bol'nyh saharnym diabetom pervogo i vtorogo tipa / L.V. Ivanova // *Materialy soveshaniya po podgotovke i organizacii raboty klinicheskikh psihologov v uchrezhdeniyah zdavoohraneniya, social'noi zaschity i obrazovaniya.* — М., 2001. — С.24—26.
 15. *Kaz'min, V.D.* Endokrinologiya dlya vseh / V.D. Kaz'min. — Rostov n/D.: Feniks, 1996.
 16. *Kak ovladet' samokontrolem diabeta? Vse o saharnom diabete.* — URL: http://odiabete.do.am/news/kak-ovladet-samokontrolem_diabeta/2012-29-02
 17. *Kamysheva, E.P.* Saharnyi diabet: sovremennoe predstavlenie, klinicheskie simptomy, sindromy, vrachebnaya taktika / E.P. Kamysheva, G.M. Pokalev. — N. Novgorod, 1999.
 18. *Klimov, A.N.* Lipidy, lipoproteidy i ateroskleroz / A.N. Klimov, N.G. Nikulicheva. — SPb.: Piter, 1995.
 19. *Lavin, N.* Endokrinologiya / N. Lavin. — М.: Praktika, 1999.
 20. *Lesnichii, A.V.* Biohimicheskie pokazateli u bol'nyh saharnym diabetom / A.V. Lesnichii // *Vrachebnoe delo.* — 1997. — № 5. — С.18.
 21. *Luk'yanchikov, V.S.* Neotlozhnye sostoyaniya endokrinno-metabolicheskoi prirody / V.S. Luk'yanchikov, G.S. Zefirova, L.I. Korolevskaya. — М.: СИП РИА, 2003. — С.140.
 22. *Manuhina, N.M.* Social'naya dezadaptaciya pacientov s somaticheskimi zabolevaniyami kak ob'ekt psihologicheskoi korrekcii / N.M. Manuhina. — М., 2003. — С.15.
 23. *Mendelevich, V.D.* Saharnyi diabet / V.D. Mendelevich, S.L. Solov'eva // *Nevrozologiya i psihosomaticheskaya medicina.* — М.: MEDpress-inform, 2002. — С.14.
 24. *Minkin, R.B.* Bolezni serdechno-sosudistoi sistemy / R.B. Minkin. — SPb., 1994.
 25. *Morozova, E.V.* Diagnosticheskie podhody k izucheniyu lichnosti bol'nyh saharnym diabetom / E.V. Morozova // *Vestnik Vserossiiskogo obshchestva specialistov po mediko-social'noi ekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoi industrii.* — 2005. — № 2. — С.74.
 26. *Morozova, E.V.* Diagnosticheskie podhody k izucheniyu lichnosti bol'nyh saharnym diabetom / E.V. Morozova // *Vestnik Vserossiiskogo obshchestva specialistov po mediko-social'noi ekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoi industrii.* — 2009. — № 2. — С.49.
 27. *Nikolaev, A.Ya.* Biohimiya insulinozavisimogo saharnogo diabeta / A.Ya. Nikolaev, E.V. Osipov // *Biохimicheskie osnovy patologicheskikh processov: ucheb. posobie / pod red. E.S. Severina.* — М.: Медицина, 2000. — С.266—278.

REFERENCES

1. *Anciferov, M.B.* Lokus kontrolya u bol'nyh saharnym diabetom. Ob'ektivnaya ocenka sub'ektivnogo otnosheniya k lecheniyu / M.B. Anciferov, M.Yu. Drobizhev, E.V. Surkova [i dr.] // *Problemy endokrinologii.* — 2002. — Т. 48, № 4. — С.71.
2. *Anciferov, M.B.* Perspektivy ispol'zovaniya analoga chelovecheskogo insulina / M.B. Anciferov, A.Yu. Maiorov // *Russkii medicinskii zhurnal.* — 1998. — Т. 6, № 12. — С.23.
3. *Balabolkin, M.I.* Geneticheskie aspekty saharnogo diabeta / M.I. Balabolkin, I.I. Dedov // *Saharnyi diabet.* — 2000. — № 1(6). — С.561.
4. *Balabolkin, M.I.* Endokrinologiya / M.I. Balabolkin. — М.: Medicina, 1994. — С.96.
5. *Belyaevskii, A.D.* Saharnyi diabet: sovremennye akcenty v patogeneze i v podhodah k intensivnoi terapii / A.D. Belyaevskii, A.A. Lagutina, N.P. Milyutina // *Vestnik intensivnoi terapii.* — 2003. — № 1. — С.253—256.
6. *Bodalev, A.A.* Specifika social'no-psihologicheskogo podhoda k ponimaniyu lichnosti / A.A. Bodalev // *Psihologiya lichnosti v trudah otechestvennyh psihologov / sost. i obsch. red. L.V. Kulikova.* — SPb.: Piter, 2002. — С.3.
7. *Bondar', T.P.* Laboratorno-klinicheskaya diagnostika saharnogo diabeta i ego osloznenii / T.P. Bondar'. — М.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2003.
8. *Vanyukov, D.A.* Prediabet: diagnostika i lechenie / D.A. Vanyukov // *Trudnyi pacient.* — 2006. — № 12.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

РУСТЕМ АЛЬБЕРТОВИЧ ГАЛЯВИ, канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской терапии и кардиологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-905-022-94-44, e-mail: galyavi@mail.ru

ОЛЬГА ЮРЬЕВНА МИХОПАРОВА, зав. кабинетом функциональной диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия

ОЛЬГА БОРИСОВНА ОЩЕПКОВА, зав. кардиологическим отделением Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия

ЭЛЬВИРА БАКИЕВНА ФРОЛОВА, зам. главного врача по лечебной части Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия

Реферат. Цель исследования — выявить различия в течении артериальной гипертензии у лиц с и без нарушения углеводного обмена. *Материал и методы.* Исследовали 50 человек: 24 с АГ, 26 — с АГ и СД. *Результаты.* Значения липидного спектра между пациентами двух групп достоверно не различались, кроме цифр общего холестерина, который был выше у пациентов с наличием нарушений в углеводном обмене. Уровень мочевого ксилоты также между группами не отличался. Концентрация креатинина был выше у лиц с сахарным диабетом, но в пределах референсных значений. Все усредненные показатели для систолического и диастолического артериального давления в дневные и ночные часы регистрировались на достоверно более высоком уровне у лиц, страдающих сочетанной патологией. Но достоверных различий в показателях, характеризующих размеры сердца и массу миокарда левого желудочка, между группами не выявлено. *Заключение.* Необходимо более тщательно и динамично осуществлять контроль липидного и углеводного обменов, показателей фильтрационной деятельности организма, уровня артериального давления с целью предотвращения возникновения катастрофических последствий со стороны сердца и почек.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сахарный диабет, почки.

ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS

RUSTEM A. GALYAVI, PhD, assistant of dept. of faculty therapy and cardiology of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Ministry Health of Russia, tel. 8-905-022-94-44, e-mail: galyavi@mail.ru

OLGA YU. MIKHOPAROVA, chief of an office of functional diagnostics of clinical hospital, Kazan, Russia

OLGA B. OSHCHERKOVA, chief of cardiologic unit of clinical hospital, Kazan, Russia

ELVIRA B. FROLOVA, assistant to the head physician by a medical part of clinical hospital, Kazan, Russia

Abstract. *Aim of the study.* To tap differences during arterial hypertension at persons with and without diabetes mellitus. *Material and methods.* Investigated 50 people — 24 with arterial hypertension, 26 — arterial hypertension and diabetes mellitus. *Results.* Values of a lipid range authentically between patients of two groups authentically didn't differ, except digits of the general cholesterol which was higher at patients with existence of disturbances in carbohydrate metabolism. Level of urinary acid also between groups didn't differ. Concentration of a creatinin was higher at persons with a diabetes mellitus, but in limits. All average indicators for systolic and diastolic arterial pressure in day and night hours were registered at authentically higher level at the persons having the combined pathology. But, reliable differences in indicators characterizing the sizes of heart and mass of a myocardium of a left ventricle, between groups it isn't taped. *Conclusion.* It is necessary more carefully and to exercise dynamically control of lipid and carbohydrate exchanges, indicators of activity of filtration activity of an organism, level of arterial pressure for the purpose of prevention of emergence of catastrophic consequences from heart and kidneys.

Key words: arterial hypertension, diabetes mellitus, kidneys.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) остаются на сегодняшний день одними из наиболее часто встречающихся заболеваний на земном шаре. Распространенность их в мировом сообществе постоянно растет и по прогнозам будет увеличиваться в последующие годы. Кроме того, СД и АГ — это две взаимосвязанные патологии, которые обладают мощным аддиктивным повреждающим действием, с быстрым развитием осложнений, направленным сразу на несколько органов-мишеней: сердце, почки, сосуды мозга и сетчатки. И как итог — значительное возрастание риска развития инсульта, ишемической болезни сердца, застойной сердечной недостаточности, других сердечно-сосудистых заболеваний и событий, существенно повышающих инвалидизацию и

смертность среди пациентов. В целом 80% таких больных умирает вследствие сердечно-сосудистых заболеваний: 65% — от приобретенных патологий сердца, 15% — от нарушений мозгового кровообращения [1].

Среди больных артериальной гипертензией распространенность СД в 2—2,5 раза выше, чем среди лиц без повышенного артериального давления (АД). Кроме того, риск возникновения СД в течение последующих 5 лет у пациентов с АГ в 2,5 раза выше, чем в общей популяции. Вероятность развития АГ на фоне диабета увеличивается в зависимости от типа СД, возраста и этнической принадлежности пациента, наличия ожирения и других компонентов метаболического синдрома. В результате более 80% пациентов с СД II типа страдают от повышенных цифр АД [1, 3].

Для течения артериальной гипертензии у больных СД характерен ряд особенностей. Прежде всего, это высокое пульсовое давление, что отражает увеличение жесткости артерий среднего и крупного калибра и является предиктором плохого прогноза. Повышение пульсового давления на 10 мм рт.ст. коррелирует с ростом смертности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний на 20%. У больных сахарным диабетом часто регистрируют высокое АД в ночные часы, отмечается нарушение суточного ритма (в норме АД ночью на 10—20% ниже по сравнению с дневным периодом). Выраженные колебания АД в течение суток, а также склонность к ортостатической гипотензии обусловлены нарушением регуляции АД и наличием нейропатии [4].

Мы в своем исследовании решили проанализировать инструментально-лабораторные показатели пациентов, страдающих АГ в сочетании и без СД.

Материал и методы. В исследование включались лица с СД II типа и АГ (АД > 140/90 мм рт.ст.). Не анализировались лица, имеющие вторичную форму АГ, застойную сердечную недостаточность (СН) III—IV функционального класса по NYHA, последствия перенесенного инфаркта миокарда или оперативного вмешательства на сердце.

Исследованы 50 пациентов: 24 человека — с повышенными цифрами АД, у 26 пациентов АГ сопровождалось нарушением углеводного обмена.

Всем регистрировали ЭКГ в 12 стандартных отведениях, определяли показатели общего (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты) и биохимического (креатинин, мочевая кислота, липидный профиль) анализов крови. Проводили ЭхоКГ с определением фракции выброса (ФВ), конечно-диастолического (КДР) и конечно-систолического (КСР) размеров левого желудочка, толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и толщину задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), также измеряли размеры правого желудочка (ПЖ), левого предсердия (ЛП) и аорты. По результатам суточного мониторирования АД рассчитывали средние значения для систолического и диастолического давления в дневные и ночные часы. Проводили учет показателей общего анализа мочи с количественным определением выделенного белка. Также у всех пациентов анализировали динамику сегмента ST с помощью суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Excel 7.0 с использованием пакета программ (GraphPadInStat 3.0). Межгрупповое сравнение проводили по методу Манна—Уитни с применением критерия Фишера. Для выявления взаимосвязи между показателями применяли метод линейного корреляционного анализа по Спирману. 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 были сопоставимы между собой по возрасту — ($52,8 \pm 10,7$) и ($54,3 \pm 13,1$) года, $p = n.s.$, по длительности АГ — ($6,5 \pm 2,4$) и ($6,9 \pm 3,0$) года, $p = n.s.$, по индексу массы тела — ($33,8 \pm 2,8$) и ($33,7 \pm 1,7$) кг/м², $p = n.s.$ Все пациенты находились на сопоставимой антигипертензивной и гиполипидемической терапиях.

Показатели периферической крови между группами достоверно не различались (табл. 1).

Таблица 1

Показатели клинического анализа крови

Показатель	АГ (24 человека)	АГ+СД (26 человек)	p
Эритроциты	$4,5 \pm 0,4$	$4,4 \pm 0,5$	n.s.
Лейкоциты	$6,4 \pm 0,9$	$6,3 \pm 1,0$	n.s.
Тромбоциты	$268,8 \pm 44,6$	$285,0 \pm 53,3$	0,01
Гемоглобин	$135,04 \pm 14,2$	$132,7 \pm 14,9$	n.s.

В биохимических анализах крови нам были интересны показатели липидного обмена, а также уровни креатинина и мочевой кислоты. Значения липидного спектра, как ни странно, между пациентами двух групп достоверно не различались, кроме цифр общего холестерина, который был выше у пациентов с наличием нарушений в углеводном обмене. Уровень мочевой кислоты также между группами не отличался. А вот концентрация показателя, характеризующего фильтрационную способность почек, был выше у лиц с сахарным диабетом, но в пределах референсных значений (табл. 2).

Таблица 2

Показатели биохимического анализа крови

Показатель	АГ (24 человека)	АГ+СД (26 человек)	p
Общий холестерин	$5,6 \pm 1,2$	$6,3 \pm 0,9$	0,02
Холестерин ЛВП	$1,59 \pm 0,6$	$1,51 \pm 0,58$	n.s.
Холестерин ЛНП	$2,37 \pm 1,0$	$2,7 \pm 0,9$	n.s.
Триглицериды	$2,7 \pm 1,2$	$2,3 \pm 1,2$	n.s.
Мочевая кислота	$335,9 \pm 121,8$	$301,2 \pm 67,2$	n.s.
Креатинин	$73,1 \pm 23,4$	$103,6 \pm 31,3$	0,0002

Результаты инструментальных исследований основывались на данных ЭхоКГ и суточного мониторирования АД. Все усредненные показатели для систолического и диастолического артериального давления в дневные и ночные часы регистрировались на достоверно более высоком уровне у лиц, страдающих сочетанной патологией. Несмотря на это, достоверных различий в показателях, характеризующих размеры сердца и массу миокарда левого желудочка, между группами после проведенного ультразвукового исследования сердца мы не выявили. Единственно, чем отличались пациенты, так это глобальной сократимостью миокарда, которая была выше у лиц с АГ. Но и это значение находилось в допустимых пределах в обеих группах (табл. 3).

Таблица 3

Данные ультразвукового исследования сердца и СМАД

Показатель	Мужчины (14 человек)	Женщины (16 человек)	<i>p</i>
Фракции выброса, %	61,5±3,5	57,5±4,6	0,003
КДР, см	5,03±0,37	5,14±0,25	n.s.
КСР, см	3,13±0,26	3,13±0,27	n.s.
ТЗСЛЖ, см	1,1±0,1	1,12±0,11	n.s.
ТМЖП, см	1,11±0,11	1,18±0,29	n.s.
Правый желудочек, см	2,5±0,2	2,6±0,1	n.s.
Левое предсердие, см	3,6±0,3	3,6±0,2	n.s.
Аорта, см	3,4±0,3	3,5±0,2	n.s.
Среднее САД (день)	150,8±15,3	167,3±13,7	0,0001
Среднее САД (ночь)	132,0±14,5	148,8±16,0	0,0009
Среднее ДАД (день)	88,3±12,3	99,5±8,8	0,0001
Среднее ДАД (ночь)	82,1±13,1	89,0±9,4	0,02

Достоверных различий в показателях общего анализа мочи мы не выявили. Однако количество выделенного белка было выше в группе пациентов, страдающих АГ и СД, чем у лиц с повышенным АД — (0,066±0,024) г/л и (0,001±0,006) г/л соответственно ($p=n.s.$).

Факторами, ответственными за возникновение осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентов с СД, являются гипергликемия, дислипидемия и АГ. Адекватный контроль вышеуказанных показателей существенно улучшает прогноз лиц, страдающих нарушением углеводного обмена. Эти же факторы необходимо контролировать и у больных с эссенциальной гипертензией или гипертонической болезнью, поскольку с течением времени на фоне избыточной массы тела, нарушенного липидного обмена у них появляются признаки нарушенной толерантности к углеводам, которые затем у 40% больных преобразуются в развернутую картину СД II типа. Было выявлено, что в основе лежит единый патогенетический механизм — нечувствительность периферических тканей (мышечной, жировой, эндотелия) к действию инсулина (так называемая инсулинорезистентность). В нашем исследовании в обеих группах было выявлено и увеличение индекса массы тела до ожирения 1-й степени, и нарушение липидного обмена, и повышение цифр АД до 1—2-й степени. К тому же пациенты 2-й группы имели и сахарный диабет. Не стоит забывать о таком факте, как длительность АГ. У наших пациентов она в среднем превышала 5 лет. Сопоставляя это с научными данными, мы можем предположить, что в ближайшее время часть пациентов с АГ могут перейти в группу с СД вследствие прогрессирования инсулинорезистентности [3, 4].

Отрицательным моментом является и возможное ухудшение функции почек у наших пациентов в виду наличия двух пусковых факторов. Первый — гипергликемия, обладающая повреждающим воздействием на микроциркуляторное русло, в том числе на сосуды клубочков. Вторым фактором является гиперлипидемия. Выявлено, что дислипидемия оказывает нефротоксичное действие. Нарушение липидного обмена вызывает повреждение эндотелия капилляров, повреждение базальной мембраны клубочков,

пролиферацию мезангия, что влечет за собой гломерулосклероз и, как следствие, протеинурию. В сочетании с высоким АД наличие двух дополнительных факторов способствует более быстрому нарушению функции почек и более раннему развитию почечной недостаточности в той или иной степени. В нашем исследовании у 27% пациентов с АГ и СД и более чем у 4% больных только с АГ регистрировалась потеря белка с мочой, что близко к данным других исследователей: распространенность микроальбуминурии у больных АГ без СД составляет менее 7%; распространенность микроальбуминурии у больных СД II типа и АГ — около 30—40% [6].

Не стоит забывать и тот факт, что пациенты с СД имеют ряд особенностей течения АГ. Так, по результатам нескольких исследований было выявлено, что большинство пациентов относится к категории «нон-дипперов», т.е. у них не происходит достаточного (физиологического) снижения АД в ночные часы. Эти нарушения обусловлены нарушением деятельности автономной нервной системы, утратившей способность регулировать сосудистый тонус [2]. Но в нашем исследовании пациенты обеих групп имели достаточную степень снижения АД ночью.

Другой особенностью является высокое пульсовое давление, которое свидетельствует об увеличении жесткости артерий среднего и крупного калибра и является предиктором плохого прогноза. В нашем исследовании пульсовое давление в дневные часы в группе АГ и СД было на 10% выше, чем у пациентов с АГ. В ночные часы эта разница достигла 10 мм рт.ст. и 20% соответственно. А повышение пульсового давления на 10 мм рт.ст., в свою очередь, коррелируется с ростом смертности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний на 20% [2]. Средние значения АД в дневные и ночные часы были на 11—12% выше у лиц с АГ и СД по сравнению с пациентами без углеводного обмена.

И АГ, и СД влияют на возникновение и прогрессирование ишемической болезни сердца (ИБС) как по отдельности, так и в совокупности. Наши данные свидетельствуют о большой распространенности ИБС у лиц с АГ и СД. Так, 50% пациентов имели верифицированную ИБС и у 8 (31%) больных регистрировались изменения по данным холтеровского мониторирования ЭКГ, попадающие под критерии ишемии миокарда. В то время как в другой группе распространенность и изменения по Холтеру регистрировались у 8 и 4% соответственно.

Выводы. Многочисленные исследования доказали, что активное снижение АД является более важным фактором в уменьшении частоты сердечно-сосудистых осложнений и замедления прогрессирования поражения почек, чем интенсивный контроль уровня глюкозы, а в комбинации с эффективным контролем уровня глюкозы результаты лечения намного лучше [5].

Исходя из результатов нашего исследования, можно сделать вывод, что необходимо более тщательно и динамично осуществлять контроль липидного и углеводного обменов, показателей фильтрационной деятельности организма, уровня артериального давления с целью предотвращения

возникновения катастрофических последствий со стороны сердца и почек у пациентов, страдающих сахарным диабетом. С другой стороны, важно предостеречь пациентов с повышенным артериальным давлением от возможного нарушения углеводного обмена путем постоянного мониторинга и корректирования соответствующих факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шестакова, М.В. Артериальная гипертензия и сахарный диабет: механизмы развития и тактика лечения / М.В. Шестакова // Сахарный диабет. — 1999. — № 3. — С. 19—23.
2. Bacris, G. Progression of diabetic nephropathy: a focus on arterial pressure level and methods of reduction / G. Bacris // Diabetes Res. Pract. — 1998. — Vol. 39. — P. 35—49.
3. Haffner, S. Epidemiology of type 2 diabetes: Risk factors / S. Haffner // Diabetes Care. — 1998. — Vol. 21. — P. 3—6.
4. Herlitz, J. How to improve the cardiac prognosis for diabetes / J. Herlitz // Diabetes. — 1999. — Vol. 22. — P. 89—96.
5. Humphrey, L. Chronic renal failure in non-insulin-dependent diabetes mellitus: A population based study in Rochester, Minnesota / L. Humphrey, D. Ballard, P. Frohert // Ann. Intern. Med. — 1989. — Vol. 111. — P. 788—796.

6. Keane, W. Proteinuria, albuminuria, risk, assessment, detection, elimination (PARADE): a position of the National Kidney Foundation / W. Keane, G. Eknoyan // Amer. J. Kidney Dis. — 1999. — Vol. 33. — P. 1004—1010.

REFERENCES

1. Shestakova, M.V. Arterial'naya gipertoniya i saharnyi diabet: mehanizmy razvitiya i taktika lecheniya / M.V. Shestakova // Saharnyi diabet. — 1999. — № 3. — S. 19—23.
2. Bacris, G. Progression of diabetic nephropathy: a focus on arterial pressure level and methods of reduction / G. Bacris // Diabetes Res. Pract. — 1998. — Vol. 39. — P. 35—49.
3. Haffner, S. Epidemiology of type 2 diabetes: Risk factors / S. Haffner // Diabetes Care. — 1998. — Vol. 21. — P. 3—6.
4. Herlitz, J. How to improve the cardiac prognosis for diabetes / J. Herlitz // Diabetes. — 1999. — Vol. 22. — P. 89—96.
5. Humphrey, L. Chronic renal failure in non-insulin-dependent diabetes mellitus: A population based study in Rochester, Minnesota / L. Humphrey, D. Ballard, P. Frohert // Ann. Intern. Med. — 1989. — Vol. 111. — P. 788—796.
6. Keane, W. Proteinuria, albuminuria, risk, assessment, detection, elimination (PARADE): a position of the National Kidney Foundation / W. Keane, G. Eknoyan // Amer. J. Kidney Dis. — 1999. — Vol. 33. — P. 1004—1010.

© Д.П. Закирова, Н.Б. Амиров, 2014

УДК 614.21(470.41):616.8-082:351.74

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ С 2009 ПО 2013 ГОД

ДИЛЯРА РЕНАТОВНА ЗАКИРОВА, начальник неврологического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, Казань, Россия

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Реферат. В работе представлен анализ деятельности неврологического отделения за период с 2009 по 2013 г., 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: анализ деятельности, ведомственное здравоохранение, неврологическое отделение, Клинический госпиталь МСЧ МВД России по РТ.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE NEUROLOGY DEPARTMENT OF CLINICAL HOSPITAL MSU RUSSIAN INTERIOR MINISTRY IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN FROM 2009 TO 2013

DILARA R. ZAKIROVA, Chief of Neurology Clinic hospital medical unit Russian Interior Ministry in Tatarstan, Kazan, Russia

NAIL B. AMIROV, M.D., professor of general practice of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia

Abstract. In this study, an analysis of the duration of separation for the period 2009 — 2013, analyzed statistics. The features of institutional care.

Key words: activity analysis, 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

остройшей медико-социальной проблемой, наносящей огромный экономический ущерб обществу в связи с высоким уровнем летальности, значительной инвалидизацией и социальной дезадаптацией

пациента [7]. Поэтому создание современной базы с применением высоких технологий, с внедрением в лечебный процесс современных методов и разработок комплекса профилактических мер является первичной задачей в современном обществе и медицине в целом [2].

В условиях сложных социально-экономических и политических преобразований именно МСЧ МВД России по РТ, которая занимает лидирующие позиции как среди учреждений здравоохранения Татарстана, так и в системе органов внутренних дел, в течение многих лет успешно выполняет эту задачу [1].

Основным документом, на котором основывается деятельность медицинской службы МВД России по РТ, 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».

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, а следовательно, помогает им успешно выполнить поставленные перед ними служебные задачи.

В настоящее время МСЧ МВД России по РТ — это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение. Это целый многофункциональный комплекс по оказанию медицинских услуг, в котором идет целенаправленное освоение и внедрение современных методов диагностики и лечения, являющийся в последние годы центром развития медицинской науки [3]. На базе госпиталя эффективно работает шесть клинических кафедр: три кафедры Казанского государственного медицинского университета: кафедра общей врачебной практики; кафедра фтизиологии и пульмонологии; кафедра неврологии и реабилитации и три кафедры Казанской государственной медицинской академии: кафедра терапии; кафедра физиотерапии и кафедра кардиологии и ангиологии.

На клинической базе МСЧ МВД России по РТ с 2008 г. издается рецензируемый журнал «Вестник современной клинической медицины».

Врачи неврологического отделения принимают активное участие в разборе клинических случаев. В 2009 г. была опубликована статья «Эффективность применения массажной кровати «НУГА-БЕСТ NM 5000» в комплексном лечении больных с вертеброгенной люмбалгией» [4]. В 2010 г. был опубликован клинический случай пациента с редким течением синдрома БАС [5], в 2013 г. опубликована статья «Синдром Драве». В 2010 г. в Медико-фармацевтическом вестнике Поволжья была опубликована статья «Приручение силы природы: место в неврологической практике». Также врачи отделения принимали активное участие в республиканских и всероссийских

научно-практических конференциях, например, 15—17 мая 2013 г. в г. Екатеринбурге, 6—7 июня в Казани; научные труды врачей вошли в сборники тезисов.

Неврологическое отделение является структурным подразделением многопрофильного госпиталя, 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) осуществляются 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:

- магнитно-резонансная томография;
- рентгеновская компьютерная томография;
- ангиография;
- радиологические исследования;
- нейрофизиологические исследования;
- доплерография экстра- и интракраниальных сосудов;
- электрофизиологические исследования.

Лечение пациентов отделения осуществляется в соответствии с медико-экономическими стандартами. Помимо медикаментозного лечения широко используются методы 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 также имеют 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 основными приказами:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.06.2009 № 820 «Нормативы длительности МЭС по разделу 3 «Терапия и неврология».

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.10.2012 № 926н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы по профилю «неврология».

3. Постановление Правительства РФ от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

4. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», а также стандартами лечения, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, внутренними приказами по МСЧ МВД России по РТ и Клиническому госпиталю МВД России по РТ, системой менеджмента качества ИСО 9001-2008.

Анализ показателей работы отделения

По данным Управления здравоохранения г. Казани, уровень заболеваемости (неврологический профиль) составил в 2008 г. 73,2 на 1000 человек, в 2009 г. — 75,6 на 1000. Средний уровень занятости

койки в 2008 г. составила 354, а в 2009 г. — 342. Среднее пребывание больного на койке составило в 2008 г. — 16,2, в 2009 г. — 15,4, в 2013 г. — 12,6 [9].

Динамика показателей неврологического отделения представлена в *табл. 1*.

Некоторое снижение количества выписанных пациентов в 2010 и 2011 гг. по сравнению с 2009 г. связано с тем, что в ноябре 2009 г. 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. В 2013 г. сокращение количества выписанных пациентов связано с проведением Универсиады и выделением части коечного фонда на приданные силы. Также, как видно из *табл. 1*, сокращается средняя длительность пребывания больного на койке: в 2009 г. — 17,2; в 2013 г. — 15,3, что приближается к общегородским показателям. Летальности за отчетный период не было. Такие показатели, как использованные койки, оборот койки, средняя занятость койки, остаются стабильно высокими. Показатели социального статуса пролеченных пациентов представлены в *табл. 2*.

Приоритетным направлением Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ является сохранение здоровья сотрудников МВД, и поэтому аттестованному составу уделяется самое пристальное внимание. Согласно данным *табл. 2*, 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

Таблица 1

Основные показатели работы отделения

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Количество выписанных больных	924,0	863,0	831,0	802,0	787,0
Средняя занятость койки	351,0	329,0	316,9	289,8	271,3
Выполнение плана койко-дней, %	103,3	96,7	94,4	85,2	82,2
Средняя длительность пребывания больного на койке	17,2	17,1	16,5	16,5	15,3
Оборот койки	20,3	19,2	18,5	17,6	17,7
Летальность	—	—	—	—	—
Использованные койки	914,05	865,0	835,5	791,0	797,0

Таблица 2

Социальный статус пролеченных больных

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Аттестованные	495	436	384	344	377
Пенсионеры МВД	191	222	225	245	214
Члены семей	67	59	75	78	72
Вольнонаемные	37	29	18	26	22
МЧС	27	32	31	51	35
УИН	68	41	70	54	46
Военнослужащие	16	20	10	3	10
Платные больные	23	24	18	1	11
<i>Итого</i>	924	863	831	802	787

Структура заболеваемости по нозологическим формам

Нозологическая форма	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	%	Абс. ч.								
Вертеброгенные заболевания	37,6	348	37,4	323	46,94	390	51,7	415	50,1	395
Сосудистые заболевания (кроме ОНМК)	30,5	282	35,8	309	31,77	264	27,9	224	28,4	222
ОНМК	3,13	29	4,17	36	1,45	12	1,99	16	1,5	12
Травматические заболевания нервной системы	14,93	138	12,97	112	8,19	68	5,61	45	6,73	53
Заболевания вегетативной нервной системы	6,49	60	4,63	40	3,73	31	3,6	29	3,17	25
Заболевания периферической нервной системы	2,59	24	2,43	21	3,73	31	3,99	32	4,57	36
Демиелинизирующие, наследственно-дегенеративные и нервно-мышечные заболевания нервной системы	3,03	28	2,31	20	3,98	33	3,36	27	1,27	10
Инфекционно-аллергический заболевания нервной системы	0,21	2	0,11	1	0,24	2	0,12	1	0,12	1
Онкозаболевания	0,75	7	0,57	5	0,85	7	1,12	9	1,52	12
Прочие	0,64	6	0,11	1	0,12	1	0,49	4	2,6	21

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, а также сотрудники УИН. Показатели заболеваемости по нозологическим формам представлены в *табл. 3*.

Как видно из табл. 3, в структуре заболеваемости основной процент занимают пациенты с вертеброгенными заболеваниями нервной системы: в 2009 г. — 37,6%, в 2013 г. — 50,1%, при этом отмечается рост данной патологии (+12,5%), что связано со спецификой работы сотрудников МВД, наличием стрессовых факторов, ненормированным рабочим днем, работой в сложных погодных условиях. Отмечается положительная динамика снижения числа пациентов с сосудистыми заболеваниями нервной системы: в 2009 г. — 30,5%, в 2013 г. — 28,4% (-2,1%), что связано с улучшением диагностической базы, ранним выявлением факторов риска, внедрением новых методов обследования, что 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 (ОНМК): в 2009 г. — 3,13%; в 2013 г. — 1,5% (-1,63%). Снижение количества пациентов с травматическими заболеваниями головного мозга [в 2009 г. — 14,9%, в 2013 г. — 6,73% (-8,7%)] связано 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 отделении за отчетный 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, ЭхоЭГ.

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-просветительная работа, уровень лечебного и диагностического процесса стал значительно выше.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ишкинеев, Ф.И.* История и перспективы развития Клинического госпиталя МЧС МВД по РТ / Ф.И. Ишкинеев // *Вестник современной клинической медицины*. — 2008. — Т. 1. — С. 8—10.
2. *Потапова, М.В.* Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения при введении системы менеджмента качества / М.В. Потапова, Л.Ф. Сабилов, Н.Б. Амиров // *Успехи современного естествознания*. — 2011. — № 11. — С. 99—102.
3. *Потапова, М.В.* 80 лет медицинской службы Министерства внутренних дел Республики Татарстан / М.В. Потапова // *Вестник современной клинической медицины*. — 2010. — Т. 3. — Прил. 2.
4. *Буренина, И.А.* Эффективность применения массажной кровати «НУГА-БЕСТ NM 5000» в комплексном лечении больных с вертеброгенной люмбагией / И.А. Буренина // *Вестник современной клинической медицины*. — 2008. — Т. 1, вып. 1.
5. *Закирова, Д.Р.* Клинические варианты БАС / Д.Р. Закирова, М.И. Гуркина, К.Г. Валеева // *Вестник современной клинической медицины*. — 2010. — Т. 3, вып. 2. — Прил. 1.
6. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения / Минздравсоцразвития РФ. — М., 2007. — С. 107.
7. *Путилина, М.В.* Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии / М.В. Путилина. — М., 2011.
8. Острый инсульт: организация системы медицинской помощи, алгоритмы диагностики, лечения и профилактики: метод. рекомендации. — Киев, 2010.

9. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений муниципального здравоохранения г. Казани. — Казань, 2009.

REFERENCES

1. *Ishkineev, F.I.* Istoriya i perspektivy razvitiya Klinicheskogo gospiyatya MSCH MVD po RT / F.I. Ishkineev // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny. — 2008. — T. 1. — S. 8—10.
2. *Potapova, M.V.* Ocenka effektivnosti deyatelnosti medicinskogo uchrezhdeniya pri vvedenii sistemy menedzhmenta kachestva / M.V. Potapova, L.F. Sabirov, N.B. Amirov // Uspehi sovremennogo estestvoznaniya. — 2011. — № 11. — S. 99—102.
3. *Potapova, M.V.* 80 let medicinskoj sluzhby Ministerstva vnutrennih del Respubliki Tatarstan / M.V. Potapova // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny. — 2010. — T. 3. — Pril. 2.
4. *Burenina, I.A.* Effektivnost' primeneniya massazhnoi krovati «NUGA-BEST NM 5000» v kompleksnom lechenii bol'nyh s vertebrogennoi lyubalgiei / I.A. Burenina // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny. — 2008. — T. 1, vyp. 1.
5. *Zakirova, D.R.* Klinicheskie varianty BAS / D.R. Zakirova, M.I. Gurkina, K.G. Valeeva // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny. — 2010. — T. 3, vyp. 2. — Pril. 1.
6. *Deyatel'nost' i resursy uchrezhdenii zdavoohraneniya /* Minzdravsocrazvitiya RF. — M., 2007. — S. 107.
7. *Putilina, M.V.* Kognitivnye rasstroistva pri cerebrovaskulyarnoi patologii / M.V. Putilina. — M., 2011.
8. *Ostryi insult: organizaciya sistemy medicinskoj pomoschi, algoritmy diagnostiki, lecheniya i profilaktiki: metod. rekomendacii.* — Kiev, 2010.
9. *Osnovnye pokazateli zdorov'ya naseleniya i deyatelnosti uchrezhdenii municipal'nogo zdavoohraneniya* g. Kazani. — Kazan', 2009.

© М.П. Магомедов, М.А. Хамидов, М.А. Магомедов, А.М. Магомедов, 2014

УДК 616.348-001.45-08

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ

М.П. МАГОМЕДОВ, начальник ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по РД», Махачкала, Россия, тел. 8 (8722) 682-721

М.А. ХАМИДОВ, профессор, зав. курсом кафедры ФПК и ППС с курсом эндоскопической хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», РД, Махачкала, Россия, тел. 8 (8722) 994-624

М.А. МАГОМЕДОВ, канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», РД, Махачкала, Россия, тел. 8-903-423-45-03

А.М. МАГОМЕДОВ, начальник хирургического отделения Госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по РД», Махачкала, Россия, тел. 8-928-045-03-03, e-mail: mr.amirali@mail.ru

Реферат. Повреждения ободочной кишки при ранениях живота остаются актуальной проблемой абдоминальной хирургии в связи с высоким риском тяжелых послеоперационных осложнений. В качестве доминирующей причины осложнений приводится несостоятельность кишечных швов, частота возрастает с углублением степени нарушения микроциркуляции (кровопотеря, шок, обширность ранения). Использование внутривенной инфузии перфторана в комплексе с традиционной инфузионно-трансфузионной терапией при огнестрельных ранениях ободочной кишки способствует оптимизации репаративных процессов толстокишечных анастомозов преимущественно за счет коррекции нарушений микроциркуляции.

Ключевые слова: ранение ободочной кишки, несостоятельность швов, микроциркуляция, перфторан.

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF THE OUTCOMES OF PATIENTS TREATMENT WITH FIREARMS WOUNDS OF COLON IN DIFFERENT TREATMENT PLAN

M.P. MAGOMEDOV, the Head of the Medical and Sanitary Department of the Ministry of the Internal Affairs of Dagestan, Makhachkala, Russia, tel. 8 (8722) 682-721

M.A. KHAMIDOV, Professor, head. course Department faculty and faculty with a course of endoscopic surgery SBEI HPE «Dagestan State medical Academy» of the Republic of Dagestan, Makhachkala, Russia, tel. 8 (8722) 994-624

M.A. MAGOMEDOV, Ph.D., Assistant of the Professor of the Chair of the pathological anatomy of SBEI HPE «Dagestan State Medical Academy» of RD, Makhachkala, Russia, tel. 8-903-423-45-03

A.M. MAGOMEDOV, Head of surgical Department of the Medical and Sanitary Department of the Ministry of the Internal Affairs of Dagestan, Makhachkala, Russia, tel. 8-928-045-03-03, e-mail: mr.amirali@mail.ru

Abstract. Injury of the colon by the abdomen wounds remains an actual problem of the abdominal surgery because of the high risk of severe post-operational complications. In the capacity of the predominant cause they give the intestinal stitches inconsistency, its frequency increases with intensification of the microcirculatory violations (bleeding, shock, wound area). Using of the complex intravenous and intramesenterical infusion of the perfloranium at the gunshots of the colon contributes to optimization of the preparative processes of the colon anastomoses, mainly by means of correction of the microcirculatory disturbances.

Key words: wound of the colon, stitches inconsistency, microcirculation, perfloranium.

Актуальность. В последние десятилетия наблюдается стабильно высокое количество огнестрельных ранений ободочной кишки, частота которых в среднем составляет 24% (17—63%) [8, 9, 12, 13, 17 и др.]. При этом большинство огнестрельных ранений пулевые (58—85%) и реже осколочные (15—42%) [5, 6, 14]. Изолированные ранения ободочной кишки встречаются гораздо реже (12—38%), чем множественные или сочетанные с ранениями других органов (62—88%) [5, 7, 18 и др.].

Большое количество хирургов обращает внимание на высокий уровень послеоперационных осложнений, составляющих от 36 до 65% случаев [13, 18 и др.]. Наибольшая вероятность развития внутренних осложнений обусловлена несостоятельностью кишечных швов, чему способствует микрофлора, попадающая в брюшную полость вместе с содержимым кишечника, грубый шов, вызывающий массивные некробиотические изменения в области кишечного шва с нарушением его биологической проницаемости и нарушения микроциркуляции кишечной стенки, что является причиной возникновения перитонита и внутрибрюшных абсцессов в 33—37% случаев [1, 3, 13, 16].

Клиническая часть нашего исследования основана на материалах, полученных при наблюдении 48 пациентов в возрасте от 19 до 62 лет, лечившихся в Республиканской больнице № 2 (Центр специализированной медицинской помощи), Республиканском ортопедо-травматологическом центре и Медико-санитарной части МВД России по Республике Дагестан в период с 1996 по 2013 г.

Наш анализ основан на изучении клинических проявлений, данных лабораторного, рентгенологического, эндоскопического, ультразвукового и морфологического исследования пациентов, перенесших различные операции на ободочной кишке по поводу ее огнестрельных и минно-взрывных ранений.

Из общего числа наблюдений изолированных поврежденных ободочной кишки было у 9 пострадавших, что составило 18,7% от всего количества пациентов. Во всех остальных наблюдениях были сочетанные и комбинированные повреждения.

Распределение пациентов в зависимости от вида выполненных операций по поводу огнестрельных ранений ободочной кишки представлено в *таблице*.

Необходимо отметить, что экстраперитонизация ушитых и анастомозированных участков ободочной

кишки выполнялась только в интраперитонеально расположенных ее отделах.

Отдельно рассмотрены результаты лечения раненых, которым выполнены первично восстановительные операции в зависимости от проводимой в послеоперационном периоде инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ), направленной на коррекцию нарушений гомеостаза. Таким образом, раненые были распределены на 2 группы:

I — контрольная группа (23 пациента), в которой ИТТ проводили традиционно с применением кристаллоидных, коллоидных плазмозаменителей и препаратов крови.

II — основная группа, которую составили 25 пациентов, сравнимых с контрольной группой по характеру основной и сопутствующей патологии, объему кровопотери и шока, которым традиционную инфузионную терапию дополняли ежедневным внутривенным введением *перфторана* (ПФ) (из расчета 5 мл на 1 кг массы тела) в течение 3—4 сут.

Необходимо отметить, что часть пациентов страдали сопутствующими заболеваниями, такими как гипертоническая болезнь, ИБС, хронический бронхит, варикозная болезнь, сахарный диабет, что также влияло на исход лечения.

В нашем исследовании мы вводили перфторан в комплексе послеоперационной ИТТ с целью улучшения локальной микроциркуляции зоны анастомоза, а также интенсификации непосредственной доставки O_2 в ишемизированные участки кишечной стенки для ускорения процессов регенерации, а также раннего восстановления моторики кишечника.

Состояние раненых в раннем послеоперационном периоде определялось интоксикацией, обусловленной перитонитом, степенью выраженности шока и кровопотери, а также сопутствующей патологией. Так, в контрольной группе обследования у 9 пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдались выраженные ноющие или схваткообразные боли в животе по истечении 3 сут после операции, у 12 отмечалось вздутие живота и затрудненное отхождение газов и кала. Необходимо отметить, что 16 пациентам контрольной группы и в 19 случаях в основной была выполнена катетеризация перидурального пространства с последующим введением 2% раствора лидокаина в течение 4—5 дней для улучшения моторики кишечника и профилактики послеоперационного пареза. У 13 пациентов контрольной группы по истечении

Распределение пациентов с огнестрельными ранениями ободочной кишки в зависимости от вида операций

Операция	Количество раненых	Количество релапаротомий	Летальность
1. Ушивание ран ободочной кишки	22	3	2
2. Экономная резекция ободочной кишки с наложением анастомоза «конец в конец» (в том числе по типу Мельникова)	8	1	1
3. Ушивание ран ободочной кишки с экстраперитонизацией	6	—	—
4. Резекция ободочной кишки с экстраперитонизацией	5	—	—
5. Гемиколэктомия справа с илеотрансверзоанастомозом «конец в конец»	6	—	—
6. Гемиколэктомия справа с илеотрансверзоанастомозом «конец в бок» и выведением концевой трансверзостомы	1	—	—
Итого	48	4 (8,3%)	3 (6,2%)

3 сут отмечалось повышение температуры выше 37,5°C, у 4 в области анастомоза определялся воспалительный инфильтрат, который в последующем у двоих пациентов преобразовался в межкишечный абсцесс, по поводу чего было выполнено вскрытие и дренирование полости абсцесса. У 4 (17,4%) пациентов на 3—5-е сут после операции развилась несостоятельность кишечного шва. Этому предшествовала подтвержденная данными объективного исследования клиника выраженного воспалительного процесса в области анастомоза. Своевременное проведение комплекса лечебных мероприятий у одного раненого позволило ограничить процесс, который разрешился в виде трубчатого наружного кишечного свища, и избежать повторной операции. Двум пациентам (8,7%) выполнена релапаротомия в связи с развитием перитонита. В лабораторных показателях у 9 больных на 4-е сут после операции отмечался лейкоцитоз свыше $10 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом формулы крови влево.

У большинства пациентов основной группы по сравнению с контролем на 4-е сут после операции отсутствовали или были незначительными боли в области живота. У 9 раненых в раннем послеоперационном периоде наблюдались признаки выраженного пареза кишечника, которые были ликвидированы консервативными мероприятиями. У двух пациентов основной группы на 4-й день после операции в брюшной полости в области анастомоза определялся инфильтрат без четких границ, который после комплексной терапии рассосался. В основной группе зафиксирован 1 случай несостоятельности анастомоза, по поводу чего была выполнена релапаротомия. Летальный исход на 3-и сут после операции был связан с острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, развившейся на фоне массивной сочетанной торакоабдоминальной травмы у пациента со скрытой патологией щитовидной железы и ритма сердца. В 9 случаях в лабораторных

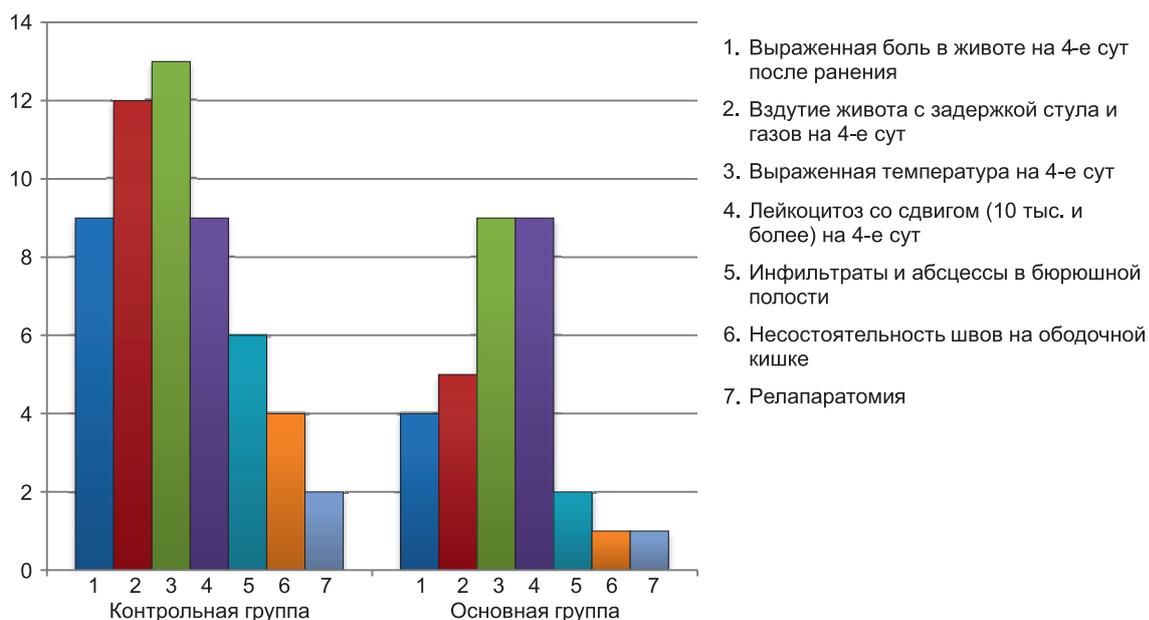
показателях на 4-е сут после операции наблюдалось повышение количества лейкоцитов свыше 10 тыс./л со сдвигом формулы крови влево.

Анализ форм заживления кишечного шва у пациентов контрольной и основной групп наблюдения позволил выделить два условных варианта их репарации.

Первый как благоприятный вариант заживления мы рассматриваем случаи с незначительно выраженными признаками воспаления в области кишечного шва, т.е. при котором отсутствуют специфические клинические проявления. Такое состояние мы рассцениваем как неосложненный вариант заживления, не требующий специального лечения.

Ко второму, осложненному варианту заживления шва ободочной кишки мы отнесли случаи, сопровождающиеся определенным симптомокомплексом гнойно-воспалительного процесса. В раннем послеоперационном периоде подобное состояние нами рассценивалось как проявление осложненного заживления кишечного шва (анастомозит, инфильтраты в области шва и абсцессы), что свидетельствует о частичной несостоятельности кишечного шва и требует проведения дополнительного комплекса консервативной терапии. Распределение пациентов по вышеизложенному принципу показало, что в контрольной группе наблюдения неблагоприятная форма заживления отмечается в 13 (56,5%) случаях, а в основной группе — всего лишь в 6 (24%). Указанная динамика в известной степени влияла и на продолжительность пребывания больного в стационаре, которая в контроле составила в среднем 22 дня, а в основной группе соответственно 18 дней ($p < 0,02$) (рисунк).

В контрольной группе пациентов, оперированных по поводу ранения ободочной кишки, получавших традиционную ИТТ, проводилась контрольная рентгеноскопия, УЗИ и фиброколоноскопия кишечника по истечении 15—20 сут послеоперационного периода.



Сравнительная клиническая оценка заживления анастомоза после операции на ободочной кишке при ее огнестрельных ранениях

Общая рентгенологическая и ультразвуковая картина пациентов данной группы обследования характеризовалась сохранением признаков паракишечного воспалительного процесса в виде перекрутов и фиксации кишки, овального смещения контуров кишки в области анастомозирования с перекрестным ходом складок слизистой. Также наблюдались признаки гипертонуса ободочной кишки на значительном протяжении с неоднородностью окружающих тканей. Проведенная через 20 дней после операции фиброколоноскопия пациентам контрольной группы в большинстве случаев обнаружила заживление области соустья, сопровождающееся выраженными признаками воспалительного процесса. Так, в области соустьев обнаруживался отек слизистой толстой кишки, распространяющийся на протяжении 2—3 см от анастомоза как в проксимальном, так и дистальном направлениях. Анастомоз деформирован, сужен до диаметра 1,5—2,0 см. Слизистая кишки в области анастомоза резко гиперемирована, при контакте легко кровоточит, сосудистый рисунок практически отсутствует, перистальтика вялая. По линии шовной полосы слизистая участками покрыта фибриновым налетом. В пределах слизистой оболочки в зоне соустья определяются единичные эрозии овальной или неправильной формы, окруженные валиком грануляционной ткани.

Клинические случаи

Пациент А., 37 лет. История болезни № 892/264. Контрольная группа. Пострадавший поступил в Республиканский ортопедо-травматологический центр 16.04.2010 через 20 мин после получения ранения. Диагноз: проникающее огнестрельное ранение живота со сквозным повреждением желудка и нисходящей ободочной кишки, травматический и геморрагический шок I—II ст. В срочном порядке выполнена операция лапаротомии, ушивание ран желудка и ободочной кишки, гемостаз. На третьи сутки после операции переведен в хирургическое отделение МСЧ МВД России по Республике Дагестан. В связи с выраженным вздутием живота и наличием болевого синдрома, а также отсутствием кишечных шумов аускультативно выполнена катетеризация перидурального пространства с введением лидокаина в течение 5 сут, интенсивная антибиотикотерапия и стимуляция кишечника. Только на 8-е сут нормализовались температура тела и лейкоцитоз, наладилась функция кишечника, живот опал. В течение 6 дней по дренажам из брюшной полости выделялось до 80—100 мл мутной серозно-геморрагической жидкости с осадком. При УЗИ на 5-е сут после операции определяется инфильтрат с нечеткими контурами в проекции поврежденного участка ободочной кишки, а также незначительное количество жидкости в сальниковой сумке, левом боковом канале живота и малом тазу.

При контрольном УЗИ на 10-е сут инфильтрат существенно уменьшился в размерах, свободной жидкости в брюшной полости нет. Дренажи удалены.

При фиброколоноскопии на 20-е сут выявлено наличие выраженного отека в области кишечного шва, приводящего к деформации кишки и сужению

ее просвета, несколько очагов эрозий в области шовной полосы диаметром до 1,5 мм, покрытых фибрином, слизистая умеренно гиперемирована, при контакте кровоточит. Пациент выписан на 23-е сут (после рассасывания инфильтрата).

В основной группе пациентов при проведении рентгенологического обследования выявлено, что через 15 сут после операции в большинстве случаев признаки анастомозита выражены значительно меньше по сравнению с контролем. Так, сужение кишечника в непосредственной близости к анастомозу, выявленное в контроле, в виде циркулярного и асимметричного уменьшения диаметра до 1,7—2,0 см не столь выраженной степени достигает протяженности 2,0—2,5 см.

Фиброколоноскопия, проведенная у пациентов основной группы через 20 сут после операции, показала, как и в контрольной группе пациентов, сохранение признаков воспаления, хотя и выраженного с меньшей интенсивностью. Всего лишь в двух случаях (8%) эндоскопически анастомоз выглядел в виде деформированной складки высотой 1,5—1,8 см с четко выраженной межконцевой анастоматической бороздкой, ограниченной мелкими грануляционными разрастаниями. У большинства пациентов (92%) заживление области анастомоза сопровождалось слабовыраженной воспалительной реакцией в виде гиперемии и отека слизистой. Таким образом, в основной группе пациентов, обследованных через 20 дней после операции, фиброколоноскопически обнаруживается близкое к полному завершению репаративных процессов и эпителизации шовной полосы.

Пациент М., 33 года. История болезни № 1675/622. Основная группа. Пострадавший доставлен в МСЧ МВД через 25 мин после ранения. Диагноз: сквозное огнестрельное торакоабдоминальное ранение с повреждением левого легкого, диафрагмы, левой почки, селезенки, поперечной ободочной кишки, желудка, печени, гемоторакс слева, гемоперитонеум, геморрагический и травматический шок 2-й ст. В срочном порядке выполнены операции: лапаротомия, спленэктомия, ушивание ран диафрагмы, левой почки, ободочной кишки, желудка, печени; миниторакотомия, ушивание раны левого легкого, дренирование левой плевральной полости по Бюлау. На следующий день выполнена катетеризация перидурального пространства. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная ИТТ с переливанием крови, плазмы и *перфторана*; антибактериальная терапия и активная стимуляция кишечника. На 5-е сут у пациента нормализовалась температура тела, на 6-е сут — моторика кишечника, на 8-е сут — лейкоцитарная формула. При УЗИ на 10-е сут после операции патологических изменений органов брюшной полости не обнаружено, свободной жидкости не определяется.

На 20-е сут после операции при фиброколоноскопии слизистая оболочка в области шовной полосы представляла собой относительно ровную циркулярную складку, которая несколько отечна и гиперемирована на протяжении 2 см. Пациент выписан на 16-е сут после операции.

Таким образом, использование в комплексе послеоперационной ИТТ *перфторана* при первично-восстановительных операциях по поводу ранений ободочной кишки способствовало ускорению репаративных процессов в области кишечного соустья, что в свою очередь позволило предупредить осложнения и сократить сроки пребывания пациента в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Быков, И.Ю.* Военно-полевая хирургия: национальное руководство / И.Ю. Быков, М.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 816 с.
2. *Войновский, Е.А.* Этапное лечение раненых с огнестрельными повреждениями живота / Е.А. Войновский, Г.В. Кузин // Военный медицинский журнал. — 1984. — Вып. 41. — С. 68—72.
3. *Ермолов, А.С.* Абдоминальная травма / А.С. Ермолов, М.Ш. Хубутия, М.М. Абакумов. — М.: Видар, 2012. — 495 с.
4. *Казаков, И.П.* Клинические критерии оценки состояния организма и прогноза при разлитом перитоните: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.П. Казаков. — Л., 1989. — 23 с.
5. Медицинская помощь при ранениях живота и таза // Опыт медицинского обеспечения ограниченного континента советских войск в ДРА: информ. ст. № 54/55. — М., 1985. — С. 90—106.
6. *Ревской, А.К.* Огнестрельные ранения живота и таза / А.К. Ревской, А.А. Люфинг, Е.А. Войновский, В.М. Клипак. — М.: Медицина, 2000. — 316 с.
7. *Ростар, Л.* Боевые огнестрельные ранения: грудь, живот / Л. Ростар. — Тарту: б.и., 1993. — Т. 1. — С. 260.
8. *Саидов, Р.С.* Лечение толстокишечных свищей после огнестрельных проникающих ранений живота / Р.С. Саидов, Я.А. Руссу // Вестник хирургии. — 1990. — Т. 145, № 9. — С. 91—92.
9. *Adkins, R.B.* Penetrating colon Trauma / R.B. Adkins, K. Zirkle, G. Waterhouse // J. Trauma. — 1984. — Vol. 24, № 6. — P. 491—499.
10. *Burch, J.M.* The injured colon / J.M. Burch, J.C. Brock, L. Gevartzman [et al.] // Ann. Surg. — 1986 — Vol. 203, № 6. — P. 701—711.
11. *Chappuis, C.W.* Management of penetrating colon injuries / C.W. Chappuis, D.I. Frey, C.D. Dietzen [et al.] // Ann. Surg. — 1991. — Vol. 213, № 5. — P. 492—498.
12. *Ericsson, C.D.* Prophylactic antibiotics in trauma: The hazard of underdosing / C.D. Ericsson, R.P. Fischer, B.J. Rowlands [et al.] // J. Trauma. — 1989. — Vol. 29, № 10. — P. 1356—1361.
13. *Fabian, T.C.* Prevention of infections following penetrating abdominal trauma / T.C. Fabian // Amer. J. Surg. — 1993. — Vol. 165, № 2a (suppl.). — P. 148—198.
14. *Flint, L.M.* The injured colon: Relationships of management to complications / L.M. Flint, G.C. Vitale, J.D. Richardson [et al.] // Ann. Surg. — 1981. — Vol. 193, № 5. — P. 619—623.
15. *George, S.M.* Primary repair of colon wounds / S.M. George, T.C. Fabian, G.R. Voeller [et al.] // Ann. Surg. — 1989. — Vol. 209, № 6. — P. 728—734.
16. *Georgi, B.A.* Ballistic trauma to the abdomen: Shell fragments versus bullets / B.A. Georgi, M. Massad, M. Obeid // J. Trauma. — 1991. — Vol. 31, № 5. — P. 711—716.
17. *Griswold, J.A.* Injury severity dictates individualized antibiotic therapy in penetrating abdominal trauma / J.A. Griswold, F.F. Muakkassa, E. Betcher [et al.] // Amer. Surg. — 1993. — Vol. 59, № 1. — P. 34—39.
18. *Houston, K.A.* Fibrin sealant in high-risk colomic anastomoses / K.A. Houston, O.D. Rotstane // Azech. Surg. — 1988. — Vol. 123, № 2. — P. 230—234.

REFERENCES

1. *Bykov, I.Yu.* Voenno-polevaya hirurgiya: nacional'noe rukovodstvo / I.Yu. Bykov, M.A. Efimenko, E.K. Gumanenko. — M.: GEOTAR-Media, 2009. — 816 s.
2. *Voinovskii, E.A.* Etapnoe lechenie ranenyyh s ognestrel'nymi povrezhdeniyami zhivota / E.A. Voinovskii, G.V. Kuzin // Voennyi medicinskii zhurnal. — 1984. — Vyp. 41. — S. 68—72.
3. *Ermolov, A.S.* Abdominal'naya travma / A.S. Ermolov, M.Sh. Hubutiya, M.M. Abakumov. — M.: Vidar, 2012. — 495 s.
4. *Kazakov, I.P.* Klinicheskie kriterii ocenki sostoyaniya organizma i prognoza pri razlitom peritonite: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / I.P. Kazakov. — L., 1989. — 23 s.
5. *Medicinskaya pomoshch' pri raneniyah zhivota i taza // Opyt medicinskogo obespecheniya ogranichenogo kontinenta sovetskikh voisk v DRA: inform. st. № 54/55.* — M., 1985. — S. 90—106.
6. *Revskoi, A.K.* Ognestrel'nye raneniya zhivota i taza / A.K. Revskoi, A.A. Lyufing, E.A. Voinovskii, V.M. Klipak. — M.: Medicina, 2000. — 316 s.
7. *Rostar, L.* Boevye ognestrel'nye raneniya: grud', zhivot / L. Rostar. — Tartu: b.i., 1993. — T. 1. — S. 260.
8. *Saidov, R.S.* Lechenie tolstokishechnykh svischei posle ognestrel'nykh pronikayuschih ranenii zhivota / R.S. Saidov, Ya.A. Russu // Vestnik hirurgii. — 1990. — T. 145, № 9. — S. 91—92.
9. *Adkins, R.B.* Penetrating colon Trauma / R.B. Adkins, K. Zirkle, G. Waterhouse // J. Trauma. — 1984. — Vol. 24, № 6. — P. 491—499.
10. *Burch, J.M.* The injured colon / J.M. Burch, J.C. Brock, L. Gevartzman [et al.] // Ann. Surg. — 1986 — Vol. 203, № 6. — P. 701—711.
11. *Chappuis, C.W.* Management of penetrating colon injuries / C.W. Chappuis, D.I. Frey, C.D. Dietzen [et al.] // Ann. Surg. — 1991. — Vol. 213, № 5. — P. 492—498.
12. *Ericsson, C.D.* Prophylactic antibiotics in trauma: The hazard of underdosing / C.D. Ericsson, R.P. Fischer, B.J. Rowlands [et al.] // J. Trauma. — 1989. — Vol. 29, № 10. — P. 1356—1361.
13. *Fabian, T.C.* Prevention of infections following penetrating abdominal trauma / T.C. Fabian // Amer. J. Surg. — 1993. — Vol. 165, № 2a (suppl.). — P. 148—198.
14. *Flint, L.M.* The injured colon: Relationships of management to complications / L.M. Flint, G.C. Vitale, J.D. Richardson [et al.] // Ann. Surg. — 1981. — Vol. 193, № 5. — P. 619—623.
15. *George, S.M.* Primary repair of colon wounds / S.M. George, T.C. Fabian, G.R. Voeller [et al.] // Ann. Surg. — 1989. — Vol. 209, № 6. — P. 728—734.
16. *Georgi, B.A.* Ballistic trauma to the abdomen: Shell fragments versus bullets / B.A. Georgi, M. Massad, M. Obeid // J. Trauma. — 1991. — Vol. 31, № 5. — P. 711—716.
17. *Griswold, J.A.* Injury severity dictates individualized antibiotic therapy in penetrating abdominal trauma / J.A. Griswold, F.F. Muakkassa, E. Betcher [et al.] // Amer. Surg. — 1993. — Vol. 59, № 1. — P. 34—39.
18. *Houston, K.A.* Fibrin sealant in high-risk colomic anastomoses / K.A. Houston, O.D. Rotstane // Azech. Surg. — 1988. — Vol. 123, № 2. — P. 230—234.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ И АЛТАЙСКОМ КРАЕ

СВЕТЛАНА ИВАНОВНА МАКОГОН, канд. мед наук, врач-офтальмолог Военно-врачебной комиссии ФКУЗ «МСЧ МВД России по Алтайскому краю», ассистент курса глазных болезней ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия, тел. 913-096-58-00, e-mail: vwk_msi@mail.ru

Реферат. Цель — провести сравнительный анализ общей заболеваемости всего и взрослого населения РФ, СФО и Алтайском крае, а также сотрудников ОВД и определить ранговое место болезней глаза и его придаточного аппарата в структуре классов болезней. *Материал и методы.* Проанализированы данные годовых статистических отчетов по заболеваемости всего и взрослого населения Российской Федерации, Сибирского федерального округа лечебно-профилактических учреждений Алтайского края за 2003—2012 гг. Проведена выкопировка данных из статалонов амбулаторного офтальмологического приема поликлиники МСЧ МВД России по Алтайскому краю. *Результаты и их обсуждение.* Выявлено, что показатели общей заболеваемости всего и взрослого населения РФ, СФО и Алтайского края имеют тенденцию к росту. Показатели общей заболеваемости среди сотрудников органов внутренних дел относительно стабильны. *Выводы.* Уровень общей заболеваемости всего и взрослого населения Алтайского края, в том числе и болезнями глаза и его придаточного аппарата, превышает эти показатели по РФ и СФО.

Ключевые слова: общая заболеваемость, ранговые места, болезни глаза и его придаточного аппарата.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF INCIDENCE DISEASES OF THE EYE AND ADNEXA IN RUSSIAN FEDERATION, THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT AND ALTAI TERRITORY

SVETLANA I. MAKOGON, Ph.D., an ophthalmologist of Military Medical commission of «Medical Sanitary Unit of the Ministry of the Interior of Russia of Altai Territory», assistant course of Ophthalmology of SBEI HPE «Altai State Medical University» of Ministry of Health of Russia, Barnaul, Russia, tel. 913-096-58-00, e-mail: vwk_msi@mail.ru

Abstract. The goal is to conduct a comparative analysis of the overall incidence of total and adult population of the Russian Federation, the SFO and the Altai Territory, as well as enforcement officers and to determine rank place of eye diseases and adnexa in the structure of classes of diseases. *Material and methods.* The data of annual statistical reports on the incidence and total adult population of the Russian Federation, the Siberian Federal District of medical institutions of the Altai Territory in 2003—2012. Carried out to the copy data from statalonov outpatient ophthalmology clinic receiving IFL Russian Interior Ministry in the Altai Territory. *Results and discussion.* Revealed that the incidence rates of total and total adult population of the Russian Federation, the SFO and the Altai Territory tend to rise. Indicators of overall morbidity among police officers are relatively stable. *Conclusions.* The total level of morbidity and total adult population of the Altai Territory, including diseases of the eye and adnexa, above this level in the Russian Federation and the SFO.

Key words: total incidence, ranking places, diseases of the eye and adnexa.

Введение. Сохранение и укрепление здоровья населения является приоритетным направлением государственной политики и рассматривается как один из важнейших факторов повышения эффективности трудовых ресурсов, которые определяют экономическое развитие и национальную безопасность страны. Охрана зрения относится к числу важных медико-социальных проблем, что обусловлено не только уникальной ролью зрительного анализатора в познании и преобразовании мира, но и высокой распространенностью слепоты у людей [3, 9]. Важнейшим критерием, характеризующим здоровье населения, является заболеваемость. Единая система учета всех видов заболеваний, научный подход к обработке полученных данных позволяют не только использовать полученную информацию в качестве индикатора

здоровья различных групп населения, но и косвенно оценить уровень доступности медицинской помощи и качество проводимых лечебно-диагностических мероприятий. Рост заболеваемости населения обусловлен различными неблагоприятными социально-гигиеническими факторами окружающей среды, а ее высокий уровень характеризует неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья населения. Вместе с тем использование современных диагностических технологий, достаточно высокий уровень профессиональной подготовки врачей и средних медицинских работников и возрастающая доступность всех видов медицинской помощи также способствует росту заболеваемости. В данном аспекте высокие показатели заболеваемости могут служить позитивной оценкой деятельности учреждений здравоохранения.

В регионах Российской Федерации отмечаются свои особенности состояния и динамики заболеваемости, возможности ее предупреждения, что определяется спецификой их медико-демографического и социально-экономического развития [1, 2, 8]. В связи с этим изучение состояния, структуры и динамики показателей заболеваемости населения вследствие различных болезней, в том числе болезней глаза и его придаточного аппарата, ее медико-социальных аспектов, разработка основных направлений по предупреждению инвалидности и совершенствованию комплексной профилактики в условиях конкретной территории являются весьма актуальными. Комплексных исследований по изучению данной проблемы в Алтайском крае не проводилось. Для успешного решения проблемы офтальмологической заболеваемости на региональном уровне и развития офтальмологической помощи населению Алтайского края необходим анализ заболеваемости и тенденций ее развития.

Цель — провести сравнительный анализ общей заболеваемости всего и взрослого населения РФ, СФО и Алтайского края, а также сотрудников ОВД и определить ранговое место болезней глаза и его придаточного аппарата в структуре классов болезней.

Материал и методы. Проанализированы данные годовых статистических отчетов по заболеваемости всего и взрослого населения Российской Федерации и Сибирского федерального округа за 2003—2012 гг., лечебно-профилактических учреждений Алтайского края за десятилетний период. Проведена выкопировка данных из статталонных амбулаторного офтальмологического приема поликлиники и МСЧ МВД России по Алтайскому краю. Общая заболеваемость рассчитаны по классическим формулам на 1000 населения. Рассчитаны основные показатели: интенсивный (частота выявленных заболеваний на 1000 населения) и его ошибка репрезентативности ($\pm m$); экстенсивный (удельный вес в структуре заболеваемости в %).

Результаты и их обсуждение. Результаты анализа заболеваемости населения РФ по классам болезней показывают, что в структуре общей заболеваемости всего населения по данным обращаемости на 1-м ранговом месте стоят болезни органов дыхания (24,3%), на 2-м — болезни системы кровообращения (14,2%), на 3-м — болезни костно-

мышечной системы (8,2%), на 4-м — болезни мочеполовой системы (7,2%), на 5-м — болезни органов пищеварения (7,0%), на 6-м — болезни глаз и его придаточного аппарата (6,9%), на 7-м — травмы и отравления (5,8%). Эти семь классов определяют уровень заболеваемости на 73,6%.

При анализе заболеваемости всего населения Сибирского федерального округа (СФО) по классам болезней было установлено, что в структуре общей заболеваемости по обращаемости на 1-м ранговом месте также стоят болезни органов дыхания (20,6%), на 2-м — болезни системы кровообращения (14,6%), на 3-м — болезни костно-мышечной системы (8,5%), на 4-м — болезни органов пищеварения (8,4%), на 5-м — болезни глаз и его придаточного аппарата (7,7%), на 6-м — болезни мочеполовой системы (7,3%), на 7-м — травмы и отравления (6,1%). Эти семь классов определяют уровень заболеваемости на 73,2%.

Анализируя уровень заболеваемости всего населения Алтайского края по классам болезней, можно отметить, что в структуре общей заболеваемости по данным обращаемости на 1-м ранговом месте стоят болезни системы кровообращения (17,6%), на 2-м — болезни органов дыхания (17,4%), на 3-м — болезни органов пищеварения (10,3%), на 4-м — болезни мочеполовой системы (9,4%), на 5-м — болезни костно-мышечной системы (8,8%), на 6-м — болезни глаз и его придаточного аппарата (7,1%), на 7-м — болезни эндокринной системы (6,3%). Эти семь классов определяют уровень заболеваемости на 76,9% [6, 7]. Таким образом, в структуре общей заболеваемости населения РФ, СФО и Алтайского края болезни глаз и его придаточного аппарата занимают 5—6-е ранговые места.

Результаты анализа *рис. 1* позволяют отметить, что уровень общей заболеваемости всего населения РФ имеет тенденцию к росту, с 2003 по 2012 г. он вырос на 14,4%, в СФО — на 14,6%, в Алтайском крае — на 12,4%. Кроме того, показатель общей заболеваемости по Алтайскому краю на протяжении всего исследуемого периода превышает этот показатель и по РФ, и по СФО на 50—59%. Это наиболее высокий уровень общей заболеваемости среди всех регионов СФО. При этом согласно Алтайскому краевому медицинскому информационно-аналитическому центру наиболее значимое превышение показателей общей заболеваемости населе-

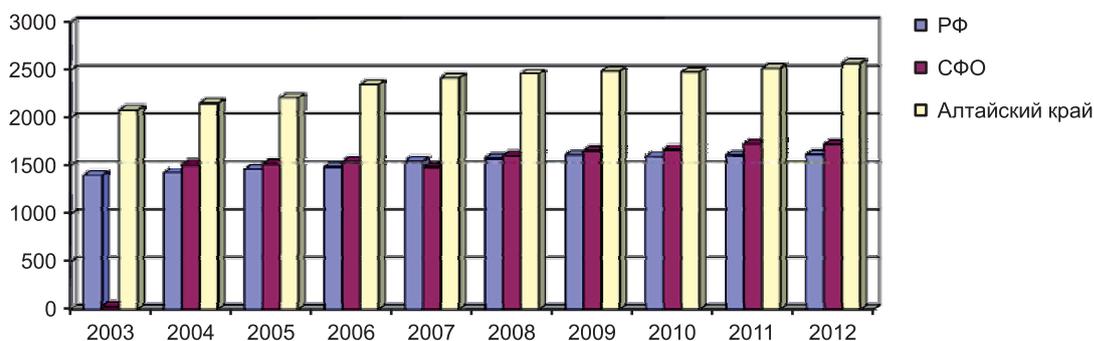


Рис. 1. Динамика показателя общей заболеваемости всего населения РФ, СФО и Алтайского края в 2003—2012 гг. (на 1000 населения)

ния края по сравнению с показателями РФ и СФО отмечается по следующим классам заболеваний: по болезням органов пищеварения — в РФ в 2,3 раза и в СФО в 2 раза; по болезням эндокринной системы — в РФ в 2,6 раза и в СФО в 2,2 раза; по болезням мочеполовой системы — в РФ и СФО в 2 раза; по болезням системы кровообращения — в РФ в 2 раза и в СФО в 1,8 раза; по болезням костно-мышечной и соединительной ткани — в РФ в 1,7 раза и в СФО в 1,5 раза; по болезням глаза и его придаточного аппарата — в РФ в 1,6 раза и в СФО в 1,4 раза [5]. Анализируя данные общей заболеваемости всего населения болезнями глаза и его придаточного аппарата, можно также отметить его рост: в РФ — на 10,5%, в СФО — на 20,6% и в Алтайском крае — на 35,9% (рис. 2).

Уровень общей заболеваемости взрослого населения также имеет тенденцию к росту: с 2003 по 2012 г. в РФ он вырос на 16%, в СФО — на 10,3% и в Алтайском крае — на 26,2%. Причем в Алтайском крае это один из самых высоких уровней среди регионов СФО и РФ [4].

При анализе заболеваемости сотрудников органов внутренних дел в Алтайском крае по классам болезней установлено, что структура несколько отличается. Так, 1-е ранговое место занимают болезни органов дыхания — 34,6% (причем 77% из них занимают острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей), 2-е ранговое место — травмы, отравления и другие воздействия внешних причин (10,9%), 3-е — болезни костно-мышечной системы (10,8%), 4-е — болезни органов кровообращения (8,7%), 5-е — болезни мочеполовой системы (8,2%),

6-е — болезни системы пищеварения (8,1%), 7-е — болезни глаза и его придаточного аппарата (3,7%). В основном заболевания носят острый характер, так как при поступлении на службу они проходят строгий отбор согласно приказу МВД России от 14.07.2010 № 523.

Что касается заболеваний органа зрения, то общая заболеваемость взрослого населения по классу болезни глаза и его придаточного аппарата с 2003 г. возросла в РФ на 13%, в СФО — на 23,6%, в Алтайском крае — на 40% и среди сотрудников ОВД — на 4% (рис. 3). В структуре офтальмологической заболеваемости сотрудников превалирует миопия слабой и средней степени (61%), гиперметропия составила 22,2%, периферические хориоретинодистрофии диагностированы в 20,7 случая на 1000 аттестованных сотрудников, пигментные невусы хориоидеи — в 9,4 случая. После 40 лет увеличивается частота заболеваний сетчатки: возрастная макулодистрофия диагностирована в 12,9 (по России — 15 случаев на 1000 населения), начальная катаракта — в 10,1 случая, диагноз «открытоугольная глаукома» был выставлен в 5,6 случая. Имеющиеся сопутствующие заболевания системы кровообращения, нервной системы способствовали развитию ангиопатии и ангиоретинопатии в 32,7%.

Выводы. Отмечен рост общей заболеваемости всего населения за исследуемый период с 2003 по 2012 г.: в РФ — на 14,4%, в СФО — на 14,6%, в Алтайском крае — на 12,4%; взрослого населения: в РФ — на 16%, в СФО — на 10,3%, в Алтайском крае — на 26,2%. В структуре общей заболеваемости болезни глаза и его придаточного аппарата

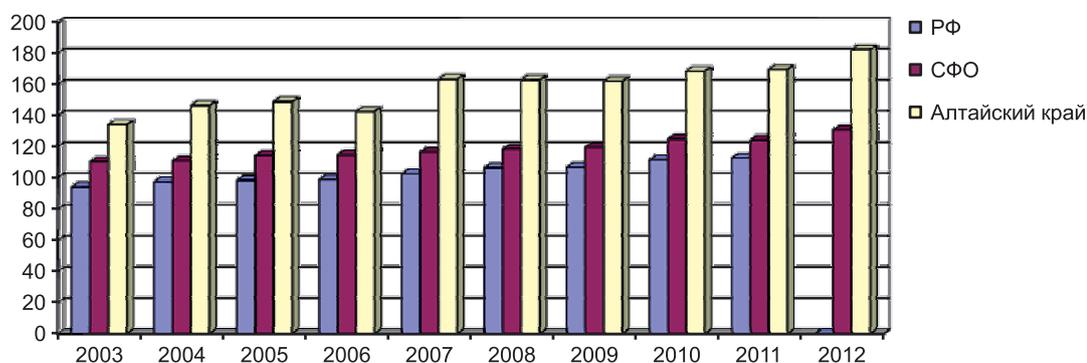


Рис. 2. Динамика показателя общей заболеваемости всего населения РФ, СФО и Алтайского края болезнями глаза и его придаточного аппарата в 2003—2012 гг. (на 1000 населения)

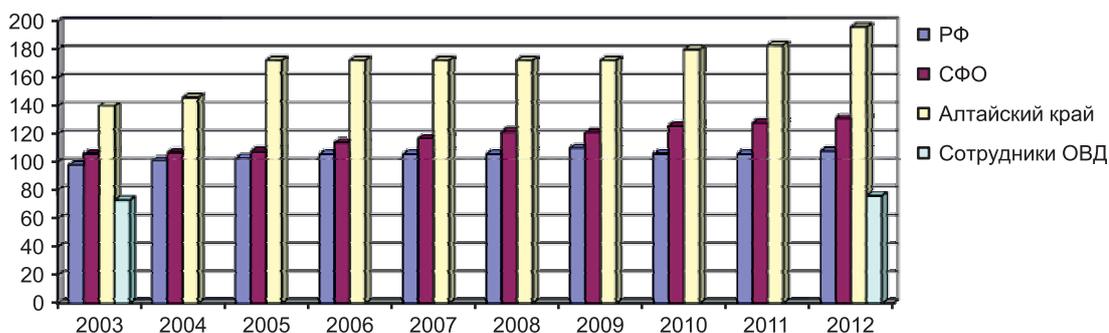


Рис. 3. Динамика показателя общей заболеваемости взрослого населения болезнями глаза и его придаточного аппарата в 2004—2012 гг. в РФ, СФО и Алтайском крае (на 1000 населения)

стабильно занимают 5—6-е ранговые места. Уровень общей заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата всего населения также имеет тенденцию к росту: в РФ — на 10,5%, в СФО — на 20,6%, в Алтайском крае — на 35,9%; взрослого населения: в РФ — на 13%, в СФО — на 23,6%, в Алтайском крае — на 40%, среди сотрудников ОВД — на 4%.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Выдров, А.С.* Первичная офтальмопатология различных возрастных групп городского и сельского населения Амурской области / А.С. Выдров, Е.Н. Комаровских // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. — 2012. — № 45. — С. 88—90.
2. *Коновалова, Н.А.* Организационные основы работы по устранимой слепоте в условиях Тюменской области / Н.А. Коновалова // Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ: материалы Рос. межрегион. симп. — М., 2003. — С. 103—113.
3. *Либман, Е.С.* Слепота, слабовидение и инвалидность по зрению в Российской Федерации / Е.С. Либман, Е.В. Шахова // 7-й Съезд офтальмологов России: тез. докл. — М., 2005. — С. 78—79.
4. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2012 году: сб. стат. и аналит. материалов / под общ. ред. О.В. Стрельченко. — Новосибирск: ЗАО ИПП «Офсет», 2013. — Вып. 12. — 332 с.
5. Состояние здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения Алтайского края в 2004—2012 гг. — Барнаул, 2013. — Ч. 2. — 413 с.
6. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2012 году: стат. материалы. — М., 2013. — Ч. III. — 164 с.
7. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2012 году: стат. материалы. — М., 2013. — Ч. IV. — 164 с.
8. *Шиловских, О.В.* Заболеваемость населения болезнями глаз и его придаточного аппарата в Свердловской области / О.В. Шиловских // Офтальмохирургия. — 2010. — № 3. — С. 43—47.

9. *Quigley, H.A.* The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H.A. Quigley, A.T. Broman // Br. J. Ophthalmol. — 2006. — Vol. 90 (3). — P. 262—267.

REFERENCES

1. *Vydrov, A.S.* Pervichnaya oftal'mopatologiya razlichnykh vozrastnykh grupp gorodskogo i sel'skogo naseleniya Amurskoi oblasti / A.S. Vydrov, E.N. Komarovskikh // Byulleten' fiziologii i patologii dyhaniya. — 2012. — № 45. — S. 88—90.
2. *Konvalova, N.A.* Organizacionnye osnovy raboty po ustranimoj slepote v usloviyah Tyumenskoi oblasti / N.A. Konvalova // Likvidaciya ustranimoj slepoty: Vsemirnaya iniciativa VOZ: materialy Ros. mezhregion. simp. — M., 2003. — S. 103—113.
3. *Libman, E.S.* Slepota, slabovidenie i invalidnost' po zreniyu v Rossiiskoi Federacii / E.S. Libman, E.V. Shahova // 7-i S'ezd oftal'mologov Rossii: tez. dokl. — M., 2005. — S. 78—79.
4. Osnovnye pokazateli zdorov'ya naseleniya i zdavoohraneniya Sibirskogo federal'nogo okruga v 2012 godu: sb. stat. i analit. materialov / pod obsch. red. O.V. Strel'chenko. — Novosibirsk: ZAO IPP «Ofset», 2013. — Vyp. 12. — 332 s.
5. Sostoyanie zdorov'ya naseleniya i deyatel'nost' uchrezhdenii zdavoohraneniya Altaiskogo kraja v 2004—2012 gg. — Barnaul, 2013. — Ch. 2. — 413 s.
6. Obschaya zaboлеваemost' vzroslogo naseleniya Rossii v 2012 godu: stat. materialy. — M., 2013. — Ch. III. — 164 s.
7. Obschaya zaboлеваemost' vzroslogo naseleniya Rossii v 2012 godu: stat. materialy. — M., 2013. — Ch. IV. — 164 s.
8. *Shilovskikh, O.V.* Zaboлеваemost' naseleniya boleznyami glaz i ego pridatochnogo apparata v Sverdlovskoi oblasti / O.V. Shilovskikh // Oftal'mohirurgiya. — 2010. — № 3. — S. 43—47.
9. *Quigley, H.A.* The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H.A. Quigley, A.T. Broman // Br. J. Ophthalmol. — 2006. — Vol. 90 (3). — P. 262—267.

© О.Б. Ощепкова, Н.А. Цибульский, Н.А. Амиров, 2014

УДК 614.21(470.41):616.12-082:351.74

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ С 2009 ПО 2013 ГОД

ОЛЬГА БОРИСОВНА ОЩЕПКОВА, врач-кардиолог, зав. 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, канд. мед. наук, доцент кафедры кардиологии, рентгеноэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России
НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. (843) 291-26-76, e-mail: namirov@mail.ru

Реферат. Статья содержит анализ динамики работы кардиологического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ за пятилетний период — с 2009 по 2013 г. Представлены основные показатели клинической работы отделения за отчетный период, проведен анализ диагностических и лечебных мероприятий, динамика использования коечного фонда, состава пролеченных больных по нозологическим формам заболеваний системы кровообращения, социально-экономические показатели и уровень 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 2009 TO 2013

OLGA B. 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», e-mail: oschepkova.kazan@mail.ru

NICOLAY A. TCIBULKIN, Ph.D., docent, chair of cardiology and cardiovascular surgery of SBEI APE «Kazan State Medical Academy» of Ministry of Health of Russia

NAIL B. AMIROV, M.D., Professor of SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Ministry of Health of Russia

Abstract. The article presents results of work of cardiological department during 2009—2013 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: cardiovascular diseases, cardiology service, analysis of work.

Одной из основных причин смерти во всем мире остаются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) [9]. В Российской Федерации сердечно-сосудистые заболевания составляют 57% от общей смертности. Наибольшая доля сердечно-сосудистой заболеваемости приходится на ишемическую болезнь сердца и артериальную гипертонию, а также на их осложнения в виде инфаркта миокарда и инсульта. Квалифицированная и своевременная медицинская помощь позволяет сократить их количество.

Отделение кардиологии ФКУЗ МСЧ МВД России по РТ организовано 1 июля 2005 г. (приказ МВД РТ от 08.04.2005 № 207) и является структурным подразделением многопрофильного госпиталя. Оно предназначено для оказания специализированной лечебно-диагностической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями как в случае плановой, так и экстренной госпитализации и служит базой для подготовки, специализации и усовершенствования медицинских кадров в области кардиологии и кардиоревматологии. Кардиологическое отделение работает согласно принятым стандартам диагностики и лечения (приказ Минздрава РТ от 22.06.2009 № 820) [2]. В отделении в настоящее время развернуто 25 коек. Штат отделения полностью укомплектован врачебным и средним медицинским персоналом, в отделении постоянно 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 опирается в своей деятельности на 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, электрокардиограмма, нагрузочные тесты), электрофизиологические, рентгенологические, эндоскопические методы обследования пациентов, тесно сотрудничают с

отделениями лабораторной службы. 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 отделении осуществляется обследование и оказание высококвалифицированной специализированной лечебно-диагностической и консультативной помощи пациентам, страдающим различными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Наибольшее число составляют пациенты 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. Также в отделении проводится отбор больных для реваскуляризации миокарда. При поступлении пациентов с острым коронарным синдромом основной задачей является 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 с тяжелой формой сердечной недостаточности на фоне хронических форм ИБС, перенесенного инфаркта миокарда, нарушения сердечного ритма и кардиомиопатий находятся в палате интенсивной терапии, где проводится полное комплексное обследование и последующее лечение с применением интенсивной терапии. Особое значение в последнее время приобрело использование современных методов обследования и лечения некоронарогенных заболеваний миокарда. Сюда относятся различные виды кардиомиопатий, заболевания миокарда воспалительного и метаболического характера.

Также в отделении проводится лечение больных, страдающих артериальной гипертензией, в том числе и симптоматической. С помощью системы

суточного мониторинга АД (СМАД) обеспечиваются контроль за выработкой оптимального способа введения гипотензивного препарата и профилактика рикошетного повышения АД. 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. Вследствие достаточного обеспечения госпиталя современными лекарственными препаратами за последние годы удалось заметно уменьшить риск развития грозных осложнений у больных с различными формами ИБС и артериальной гипертензии. В настоящее время в отделении успешно проводится лечение больных современными антикоагулянтами, различными противоаритмическими и гипотензивными препаратами.

Лечение больных в кардиологическом отделении на современном этапе возможно только при тесном сотрудничестве с ведущими специалистами в области инвазивной 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 Казанского государственного медицинского университета и кафедра кардиологии, рентгеноэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии Казанской государственной медицинской академии. Совместно с заведующими и ординаторами этих кафедр регулярно проводятся обходы в отделении с клиническим разбором трудных пациентов. На базе клинического госпиталя регулярно проводятся тематические конференции по заболеваниям сердечно-сосудистой системы и их осложнениям; проводится научная работа по 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 работы кардиологического отделения за прошедшие пять лет (табл. 1).

Основные показатели работы отделения за анализируемый период остаются на высоком уровне и существенно не меняются. Общее число пролеченных больных за период 2009—2013 гг. составляет 2803 человека. Средние сроки лечения по нозологическим формам не превышают существующие стандарты. Число пролеченных больных за год в среднем остается высоким, составляя от 533 до 588. Длительность среднего пребывания больного на койке устойчиво снижается, что отражает высокую интенсивность медицинской помощи и эффективность использования лечебных и диагностических средств. Оборачиваемость койки также удерживается на высоком уровне, и за 5 лет этот показатель увеличился на 4,2%. Динамика показателя средней длительности госпитализации показывает его снижение за отчетный период с 14,5 дня в 2009 г. до 11,7 дня в 2013 г., т.е. на 20%.

Случаи летальности остаются на стабильно низком уровне и не превышают средних данных по стране, несмотря на тяжесть основного заболевания и частое наличие тяжелых сопутствующих заболеваний. При этом в последнем отчетном году таких случаев не было, что отражает высокое качество и своевременность оказываемой медицинской помощи, а также постоянное повышение квалификации врачей отделения на курсах усовершенствования и при совместной работе с преподавателями кафедры. Большое значение в этом играет также высокий уровень материально-технического и лекарственного обеспечения госпиталя.

Однако данные предыдущих лет говорят о наличии дополнительных резервов, которые могли бы увеличить показатели средней занятости и оборота койки до 300—330 и 23,0—23,5 соответственно. Интенсивность использования коечного фонда может быть повышена за счет активного выявления хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы на догоспитальном этапе и плановой госпитализации таких больных.

Показатели заболеваемости по отдельным нозологическим формам позволяют проанализировать характер сердечно-сосудистых болезней, наиболее распространенных среди госпитализируемых пациентов, которые представлены в табл. 2.

Структура заболеваемости показывает, что основное число больных имеет тяжелую патологию сердца в виде сочетания ИБС и гипертонической болезни с сердечной недостаточностью, но за прошедшие 5 лет число таких больных снизилось на 14%.

Таблица 1

Основные показатели работы кардиологического отделения

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Кол-во пролеченных больных	533	588	542	586	554
Средняя занятость койки	308,5	333,2	291,4	292,2	259,2
Средняя длительность пребывания больного на койке	14,5	14,2	13,3	12,7	11,7
Оборот койки	21,3	23,5	12,1	22,9	22,2
Летальность	0,18 (1 случай)	0,18 (1 случай)	0,36 (2 случая)	0,17% (1 случай)	0
Выполнение плана	90,8	98,0	85,7	86 %	78,5

Структура заболеваемости по нозологическим формам

Нозология	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
ИБС (СН, ПИКС) + ГБ	315	59,1	316	53,74	252	46,5	267	45,7	270	49,3
Инфаркт миокарда	19	3,56	16	2,72	6	1,1	6	1,1	7	1,3
Гипертоническая болезнь	126	23,64	163	27,72	158	29,15	186	31,7	168	30,7
Нарушение ритма и проводимости	43	8,07	61	10,37	85	15,68	79	13,4	61	11,2
Ревматизм	6	1,13	9	1,53	9	1,66	13	2,2	13	2,4
Прочие	24	4,5	23	3,9	32	5,9	35	5,9	28	5,1
Всего	533		588		542		586		547	

Лечение таких пациентов представляет повышенные трудности в связи с комбинированным характером заболевания и большим возрастом пациентов.

В то же время на стабильно высоком уровне остается число больных с гипертонической болезнью, и хотя в 2013 г. этот показатель несколько снизился, но остается довольно высоким. Наличие современных диагностических методов в виде СМАД и наличия самых современных лекарственных препаратов позволяет успешно диагностировать и лечить таких пациентов.

Госпитализация больных с острым инфарктом миокарда резко снизилась еще в 2011 г. и за прошедший год уровень снижения составил 63% по сравнению с 2009 г. Это связано с расширением возможностей госпитализации пациентов в специализированные сосудистые центры, где им своевременно оказывается специализированная высокотехнологичная помощь. Наличие этой формы обусловлено госпитализацией в поздние сроки от начала заболевания, а также неблагоприятным исходом нестабильной стенокардии. В случае необходимости эти пациенты проходят лечение в блоке интенсивной терапии. Больные с острым инфарктом миокарда своевременно проходят полный спектр обследования, включая

электрокардиографию и лабораторные методы. При наличии показаний такие больные незамедлительно направляются в специализированный центр для проведения кардиоваскулярных операций.

Рост числа больных с нарушениями ритма, регистрировавшийся в период с 2010 по 2012 г., имеет тенденцию к уменьшению. Снижение по сравнению с максимальными показателями 2011 г. составило 29%. Эти пациенты проходят обследование с использованием оценки качества лечения. Широкие возможности отделения функциональной диагностики позволяют проводить быстрый и точный диагностический поиск аритмий.

Стойкий рост госпитализации больных кардиоревматологического профиля, имеющийся за отчетный период, является положительной тенденцией и связан с улучшением выявляемости этих заболеваний на догоспитальном этапе. Большую роль здесь играет высокая квалификация врачей поликлинического отделения МСЧ.

Показатели заболеваемости по нозологическим формам и социальный статус пролеченных больных за 2009 и 2013 г. представлены на рис. 1, 2.

Показатели социального статуса пролеченных пациентов представлены в табл. 3.

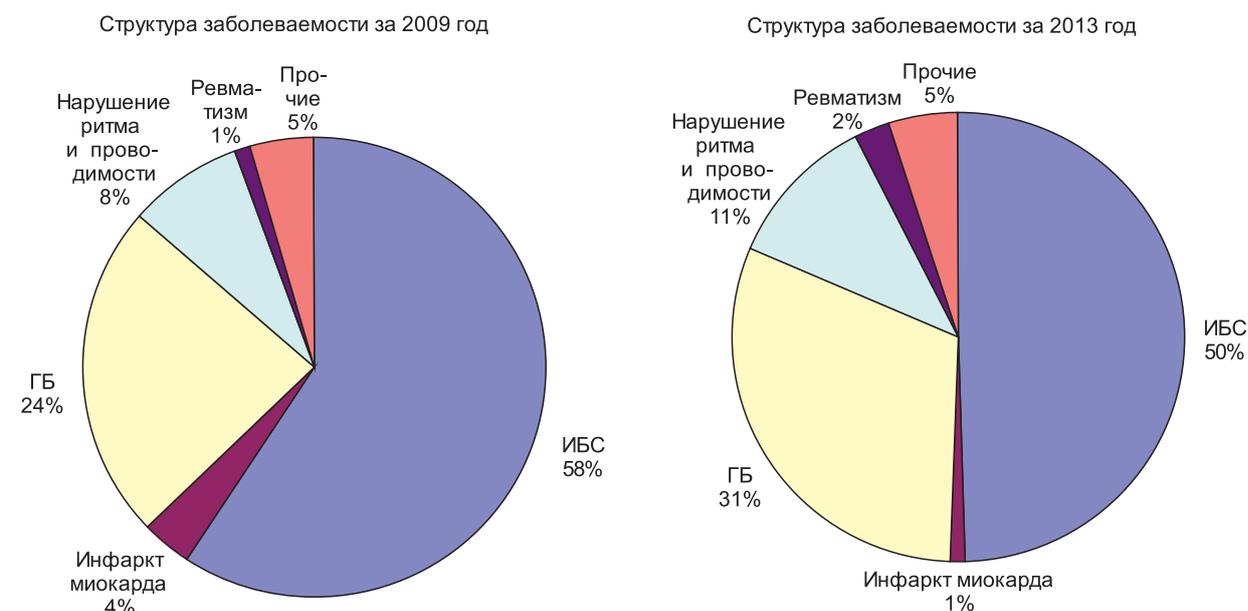


Рис. 1. Показатели заболеваемости по нозологическим формам за 2009 и 2013 гг.

Социальный статус пролеченных пациентов за 2009 год

Социальный статус пролеченных пациентов за 2013 год

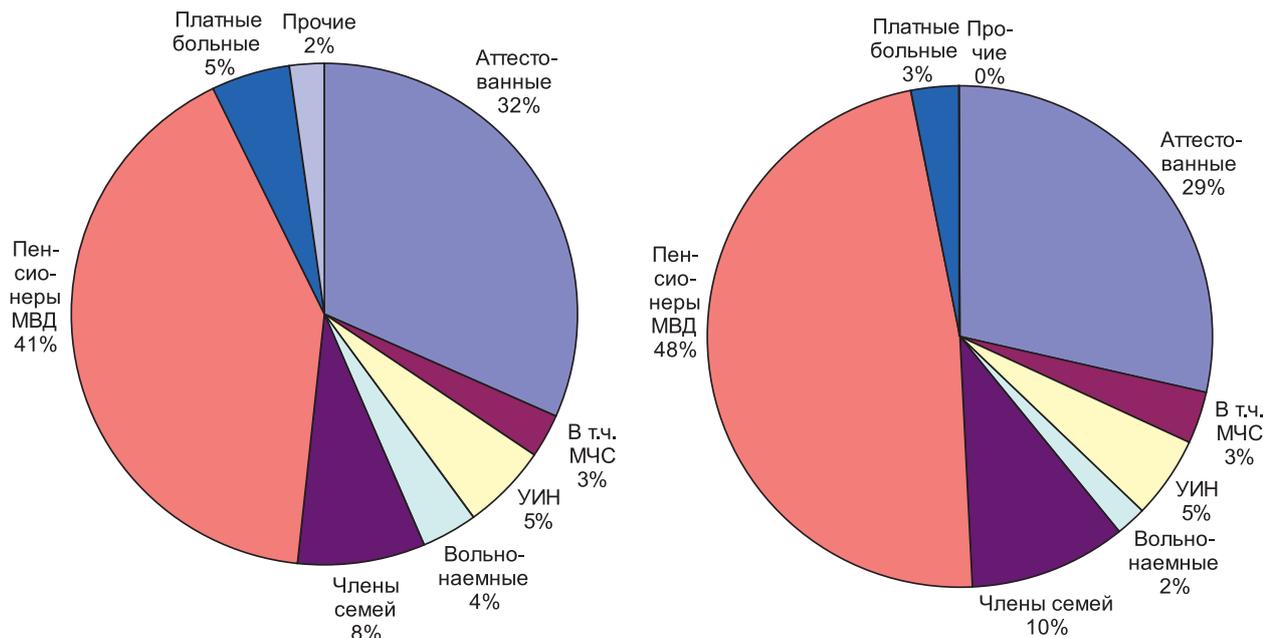


Рис. 2. Показатели социального статуса пролеченных пациентов за 2009 и 2013 гг.

Таблица 3

Социальный статус пролеченных пациентов

Социальный статус	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	Абс. число	%								
Аттестованные	169	31,7	211	35,9	155	28,6	190	32,4	156	28,5
В т.ч. МЧС	15	2,8	16	2,7	19	3,5	35	6,0	19	3,5
УИН	29	5,4	48	8,16	37	6,8	46	7,8	28	5,1
Вольнонаемные	19	3,6	8	1,36	12	2,2	7	1,2	11	2,0
Члены семей	43	8,1	39	6,63	51	9,4	68	11,6	55	10,1
Пенсионеры МВД	219	41,1	233	39,6	235	43,4	239	40,8	262	47,9
Платные больные	27	5,06	22	3,74	20	3,7	1	0,2	16	2,9
Прочие	12	2,25	11	1,9	13	2,4	0	0	0	0
Всего	533		588		542		586		547	

Из представленной табл. 3 видно, что основное число пролеченных больных за анализируемый период составили аттестованные сотрудники МВД и пенсионеры из их числа. Возрастающее число больных пенсионного возраста, госпитализируемых в госпиталь на протяжении последних 5 лет, говорит о широком охвате профилактической и лечебной помощью этого контингента больных, что положительно отражается на состоянии их здоровья и позволяет лечить и поддерживать их с использованием самых современных методов. Снижение доли работающих сотрудников МВД среди госпитализированных пациентов отражает повышение эффективности работы амбулаторной службы МСЧ, а также успешность профилактических и лечебно-оздоровительных мер в этой группе больных.

Выводы:

1. Заболеваемость кардиологическими болезнями среди сотрудников правоохранительных органов РТ, а также пенсионеров МВД по своим показателям

и структуре соответствует общероссийским тенденциям [9].

2. Снижение средней длительности госпитализации за отчетный период на 20% отражает эффективность проводившегося лечения и высокий уровень профессиональной подготовки персонала.

3. Показатель оборота койки увеличился с 2011 г. на 4,5%, что связано с повышением интенсивности диагностического обследования пациентов и эффективностью лечения.

4. Кардиологическая служба в достаточной мере оснащена необходимыми техническими средствами и укомплектована врачебными кадрами для оказания квалифицированной медицинской помощи.

5. Средние сроки лечения по нозологическим формам соответствуют существующим стандартам и аналогичным показателям в других кардиологических отделениях города.

6. Летальность по отделению с учетом всех нозологических форм составила за отчетный период в

среднем 018—0,36%, что соответствует 1—2 случаям в год. За 2013 г. летальных случаев не было.

Актуальные задачи:

1. Проведение на высоком уровне лечения и диагностики больных с использованием современных высокоэффективных методов.

2. Повышение качества и эффективности работы отделения на основе инновационных медицинских и научных технологий.

3. Освоение и внедрение в практику работы отделения новых методов диагностики и лечения, соответствующих высоким современным стандартам.

4. Поддержание на стабильно высоком уровне показателей работы кардиологического отделения.

5. Своевременное оказание консультативной помощи всем лечебно-профилактическим учреждениям и медицинским подразделениям МВД.

6. Повышение профессионального уровня сотрудников, их регулярное направление на курсы повышения квалификации, участие в научно-практических конференциях и съездах, проведение 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, работников других правоохранительных органов Республики Татарстан не только продолжительнее, но и счастливее.

ЛИТЕРАТУРА

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 РФ от 22 июня 2009 № 820 «О нормативах длительности медико-экономических стандартов».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 июля 2003 № 1199 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным артериальной гипертонией в Республике Татарстан».
4. *Потапова, М.В.* Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения при внедрении системы менеджмента качества / М.В. Потапова, Л.Ф. Сабиров, Н.Б. Амиров // Успехи современного естествознания. — 2011. — № 11. — С.99—102.
5. Национальные рекомендации ВНОК по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность. — 2010. — Т. 11, № 1(57).
6. Национальные рекомендации ВНОК по рациональной фармакотерапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

7. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). — 13-е изд., перераб. и доп. — М.: Эхо, 2012. — Вып. XIII. — 980 с.
8. Роль неотложной кардиологии в снижении смертности от сердечно-сосудистой патологии // Неотложная кардиология-2010: тез. III Всерос. конф.
9. *Самородская, И.В.* Сердечно-сосудистые заболевания: принципы статистического учета в разных регионах России / И.В. Самородская // Здравоохранение. — 2009. — № 7. — С.49—55.
10. *Балыгин, М.М.* Смертность населения Российской Федерации от сердечно-сосудистых заболеваний / М.М. Балыгин // Проблемы российского здравоохранения: сб. науч. тр. — СПб., 2007. — Вып. 12. — С.32—35.
11. *Булахова, И.Ю.* Влияние позднего обращения за медицинской помощью больных инфарктом миокарда на своевременность госпитализации и течение заболевания / И.Ю. Булахова // Клиническая медицина. — 2009. — № 4. — С.63—67.

REFERENCES

1. Prikaz Ministerstva zdravoochraneniya i social'nogo razvitiya Rossiiskoi Federacii ot 19.08.2009 № 599n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya planovoi i neotlozhnoi medicinskoj pomoschi naseleniyu Rossiiskoi Federacii pri boleznyah sistemy krovoobrascheniya kardiologicheskogo profilya».
2. Prikaz Ministerstva zdravoochraneniya RT ot 22 iyunya 2009 № 820 «O normativah dlitel'nosti mediko-ekonomicheskikh standartov».
3. Prikaz Ministerstva zdravoochraneniya RT ot 24 iyulya 2003 № 1199 «O merah po sovershenstvovaniyu organizacii medicinskoj pomoschi bol'nym arterial'noi gipertoniei v Respublike Tatarstan».
4. *Potapova, M.V.* Ocenka effektivnosti deyatel'nosti medicinskogo uchrezhdeniya pri vnedrenii sistemy menedzhmenta kachestva / M.V. Potapova, L.F. Sabirov, N.B. Amirov // Uspehi sovremennogo estestvoznaniya. — 2011. — № 11. — S.99—102.
5. Nacional'nye rekomendacii VNOK po diagnostike i lecheniyu hronicheskoi serdechnoi nedostatochnosti // Serdechnaya nedostatochnost'. — 2010. — Т. 11, № 1(57).
6. Nacional'nye rekomendacii VNOK po racional'noi farmakoterapii bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami.
7. Federal'noe rukovodstvo po ispol'zovaniyu lekarstvennykh sredstv (formulyarnaya sistema). — 13-e izd., pererab. i dop. — M.: Eho, 2012. — Vyp. XIII. — 980 s.
8. Rol' neotlozhnoi kardiologii v snizhenii smertnosti ot serdechno-sosudistoi patologii // Neotlozhnaya kardiologiya-2010: tez. III Vseros. konf.
9. *Samorodskaya, I.V.* Serdechno-sosudistye zabolevaniya: principy statisticheskogo ucheta v raznykh regionah Rossii / I.V. Samorodskaya // Zdravoochranenie. — 2009. — № 7. — S.49—55.
10. *Balygin, M.M.* Smertnost' naseleniya Rossiiskoi Federacii ot serdechno-sosudistyh zabolevanii / M.M. Balygin // Problemy rossiiskogo zdravoochraneniya: sb. nauch. tr. — SPb., 2007. — Vyp. 12. — S.32—35.
11. *Bulakhova, I.Yu.* Vliyanie pozdnego obrascheniya za medicinskoj pomosch'yu bol'nykh infarktomiokarda na svoevremennost' hospitalizacii i techenie zabolevaniya / I.Yu. Bulakhova // Klinicheskaya medicina. — 2009. — № 4. — S.63—67.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ ЗА 2009—2013 ГОДЫ

РАМИЛЬ ФАРХАТОВИЧ САХИБУЛЛИН, зав. эндоскопическим кабинетом Клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан, тел. 843-277-88-84, e-mail: sahibullin@mail.ru

РУСТЕМ ШАГИТОВИЧ ХИСАМИЕВ, начальник МСЧ МВД России по РТ, капитан внутренней службы

ЛЕНАР ФАРАХУТДИНОВИЧ САБИРОВ, канд. мед. наук, начальник Клинического госпиталя

МСЧ МВД России по РТ, капитан внутренней службы

ЭЛЬВИРА БАКИЕВНА ФРОЛОВА, зам. начальника Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, майор внутренней службы

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

зам. начальника Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ

Реферат. В работе отражена динамика деятельности эндоскопического кабинета Клинического госпиталя МСЧ МВД России по Республике Татарстан за 5-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.

DYNAMICS' ANALYSIS OF OPERATING EFFICIENCY OF ENDOSCOPIC SERVICE OF CLINICAL HOSPITAL OF MES OF INTERIOR MINISTRY OF RUSSIA IN TR IN 2009—2013

**RAMIL F. SAKHIBULLIN, RUSTEM SH. KHISAMIEV, LENAR F. SABIROV,
ELVIRA B. FROLOVA, NAIL B. AMIROV**

Abstract. 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.

Key words: 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 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 проводить различные лечебные манипуляции и тем самым избегать 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 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 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 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 эзофагогастродуоденоскопия, 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 г. 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 проводится разрешенными производителями эндоскопов дезинфицирующими средствами механизированным способом в автоматической моечной машине «Bandeq CYW 100N» корейского производства в соответствии со всеми методическими указаниями. Для соответствия современным требованиям планируется закупить УФ-шкаф для хранения эндоскопов.

Обследование больных. В эндоскопическом кабинете проводится обследование и лечение больных стационара, амбулаторных больных, а также сотрудников МСЧ МВД РФ по РТ.

Согласно современным рекомендациям, показания к эндоскопическим исследованиям делятся на экстренные и плановые; также немаловажным фактором является наличие ряда противопоказаний для каждого вида исследования.

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 бактерии 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:

- установление 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 от 31.05.1996 № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».

2. Приказ от 16.06.1997 № 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 01.05.2003 г.).

5. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 12.07.2010 № 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 МЗ и МП РФ от 31.05.1996 № 222 при определении штата медицинского персонала эндоскопического отделения.

Материал и методы. Для учета работы персонала эндоскопического кабинета, возможности сопоставления его загруженности расчетные нормы времени и определяемые нормы нагрузки врачей и среднего медицинского персонала приводятся к общей единице измерения — условные единицы. В табл. 1 показаны расчетные нормы времени на различные эндоскопические методы исследования и их перевод в условные единицы, где за 1 условную единицу принимается 10 мин рабочего времени. Таким образом, сменная норма нагрузки составляет 33 условные единицы. Также существуют расчетные

нормы времени исследований, проводимых в эндоскопическом кабинете.

За исследуемый период с 2009 по 2013 г. проведено 10 652 исследования, что соответствует 61 958 условным единицам (табл. 2).

Данные, приведенные в табл. 2 (исходя из того, что в стационаре ежегодно получают лечение около 5 000 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 2013 г. она составила около 42 у.е. за смену, а норма составляет 33 у.е. ± 10%. По сравнению с общегородскими учреждениями здравоохранения показатели работы несколько выше. Более высокие показатели в 2009—2011 гг. связаны с введением в состав клинического госпиталя гастроэнтерологического отделения по линии ОМС. Ввиду закрытия с декабря 2011 г. вышеуказанного отделения, как и ожидалось, наблюдается некоторое снижение показателей, однако они все равно выше общегородских.

При анализе нозологических форм, выявляемых при эндоскопических исследованиях, установлено, что чаще всего (примерно в 50% случаев) выносятся заключение хронического гастродуоденита,

Т а б л и ц а 1

Расчетные нормы времени на эндоскопические исследования, лечебно-диагностические процедуры, операции

Наименование исследования	Время на 1 исследование, процедуру, операцию (мин)			
	Диагностическое		Лечебно-диагностическое	
	Взрослым	Детям	Взрослым	Детям
Эзофагоскопия	30	40	60	70
Эзофагогастроскопия	45	50	60	70
Эзофагогастродуоденоскопия	55	60	70	80
Эзофагогастродуоденоскопия при ретроградной холангиопанкреатографии	90	90	120	120
Еюноскопия	80	90	120	120
Холедохоскопия	60	—	90	—
Ректоскопия	25	40	40	50
Ректосигмоидоскопия	60	60	90	90
Ректосигмоидоколоноскопия	100	120	150	150
Трахеобронхоскопия	60	65	80	85

Т а б л и ц а 2

Исследования, проводимые в эндоскопическом кабинете

Год	Всего исследований	Эзофагогастродуоденоскопия	Ректоскопия	Колоноскопия
2009	2572	2237	61	274
2010	2144	1963	33	148
2011	2426	2098	105	223
2012	1723	1534	49	140
2013	1787	1569	53	165
Всего	10652	9401	301	950

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 2013 г. при цитологическом исследовании материала, взятого из язв и эрозий желудка, выявлено 5 случаев 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 2013 г. в 2 случаях вынесено заключение рака 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. Объявляется это тем, что пациенты с симптомами ГЭРБ вынуждены находиться на длительном приеме ингибиторов протонной помпы, а 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 в рамках цикла школы здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Маржатка, З.* Терминология, определения терминов и диагностические критерии в эндоскопии пищеварительного тракта / *З. Маржатка, Е.Д. Федоров.* — 3-е

изд., перераб. и доп. (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.* Руководство по гастроинтестинальной эндоскопии / *Э.В. Луцкевич, В.Г. Астапенко, И.Н. Белов.* — Минск: Высшая школа, 2003.
4. *Аруин, Л.И.* Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / *Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков.* — М.: Триада-Х, 1998.
5. *Романов, В.А.* Эндоскопический атлас // *В.А. Романов.* — 2-е изд. — М., 2001. — 220 с.
6. *Анищук, А.А.* Эндоскопия — взгляд изнутри: пособие для практикующих врачей / *А.А. Анищук.* — М.: МИА, 2008. — 240 с.
7. *Никифоров, П.А.* Место эндоскопии в современной гастроэнтерологии / *П.А. Никифоров.* — М., 2002.
8. *Блок, Б.* Гастроскопия / *Б. Блок, Г. Шахшал, Г. Шмидт.* — М.: МЕДпресс-информ, 2007.
9. *Чернеховская, Н.Е.* Современные технологии в эндоскопии / *Н.Е. Чернеховская.* — 2004.
10. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: учеб. пособие / *Н.Е. Чернеховская, В.Г. Андреев, Д.П. Черепянцева, А.В. Поваляев.* — 3-е изд. — М., 2010. — 208 с.
11. *Потапова, М.В.* Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения при введении системы менеджмента качества / *М.В. Потапова, Л.Ф. Сабиров, Н.Б. Амиров // Успехи современного естествознания.* — 2011. — № 11. — С.99—102.

REFERENCES

1. *Marzhatka, Z.* Terminologiya, opredeleniya terminov i diagnosticheskie kriterii v endoskopii pischevaritel'nogo trakta / *Z. Marzhatka, E.D. Fedorov.* — 3-e izd., pererab. i dop. (pervaya publikaciya na russkom yazyke). — Normed Verlag, 1999.
2. Rukovodstvo po klinicheskoi endoskopii / pod red. V.S. Savel'eva. — M.: Medicina, 1985.
3. *Luckevich, E.V.* Rukovodstvo po gastrointestinal'noi endoskopii / *E.V. Luckevich, V.G. Astapenko, I.N. Belov.* — Minsk: Vysshaya shkola, 2003.
4. *Aruin, L.I.* Morfologicheskaya diagnostika boleznei zheludka i kishechnika / *L.I. Aruin, L.L. Kapuller, V.A. Isakov.* — M.: Triada-H, 1998.
5. *Romanov, V.A.* Endoskopicheskii atlas // *V.A. Romanov.* — 2-e izd. — M., 2001. — 220 s.
6. *Anischuk, A.A.* Endoskopiya — vzglyad iznutri: posobie dlya praktikuyuschih vrachei / *A.A. Anischuk.* — M.: MIA, 2008. — 240 s.
7. *Nikiforov, P.A.* Mesto endoskopii v sovremennoi gastroenterologii / *P.A. Nikiforov.* — M., 2002.
8. *Blok, B.* Gastroskopiya / *B. Blok, G. SHahshal', G. SHmidt.* — M.: MEDpress-inform, 2007.
9. *Chernehovskaya, N.E.* Sovremennye tehnologii v endoskopii / *N.E. Chernehovskaya.* — 2004.
10. Endoskopicheskaya diagnostika zabolevanii pischevoda, zheludka i tonkoi kishki: ucheb. posobie / *N.E. Chernehovskaya, V.G. Andreev, D.P. Cherepyancev, A.V. Povalyayev.* — 3-e izd. — M., 2010. — 208 s.
11. *Potapova, M.V.* Ocenka effektivnosti deyatel'nosti medicinskogo uchrezhdeniya pri vvedenii sistemy menedzhmenta kachestva / *M.V. Potapova, L.F. Sabirov, N.B. Amirov // Uspеhi sovremennogo estestvoznaniya.* — 2011. — № 11. — S.99—102.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК: НОВОЕ В КЛАССИФИКАЦИИ, ДИАГНОСТИКЕ, НЕФРОПРОТЕКЦИИ

ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА СИГИТОВА, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 843-237-36-15, e-mail: osigit@rambler.ru

ЕВГЕНИЙ ВИКТОРОВИЧ АРХИПОВ, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 843-237-36-15, e-mail: jekaland@mail.ru

Реферат. В статье рассмотрены современная классификация, критерии диагностики хронической болезни почек и их совершенствование с 2002 г. (принятие классификации) до настоящего времени, вопросы первичной и вторичной профилактики, факторы риска и принципы нефропротекции.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, классификация, диагностика, нефропротекция.

CHRONIC KIDNEY DISEASE CURRENT STATE THE QUESTION

OLGA N. SIGITOVA, M.D., Professor, Head of Department of General Practice of SBEI HPE «Kazan State Medical University», tel. 843-237-36-15, e-mail: osigit@rambler.ru

EVGENII V. ARKHIPOV, Ph.D., Assistant Professor Department of General Practice of SBEI HPE «Kazan State Medical University», tel. 843-237-36-15, e-mail: jekaland@mail.ru

Abstract. The article describes the current classification, diagnostic criteria for chronic kidney disease and their improvement since 2002 (adoption of the classification) to date, the issues of primary and secondary prevention, risk factors and principles of nephroprotection.

Key words: chronic kidney disease, classification, diagnosis, nephroprotection.

В XXI в. мировое сообщество столкнулось с глобальной проблемой — пандемией хронических неинфекционных заболеваний, прежде всего, связанных с потерей трудоспособности, высокими затратами на лечение, тяжелыми осложнениями и смертностью. Среди таковых — заболевания почек. Согласно проведенным эпидемиологическим исследованиям как в мире [5], так и в России, проблема хронической болезни почек (ХБП) является острой и социально значимой.

ХБП имеет высокую распространенность, смертность, а на терминальной стадии требует применения высокотратных методов заместительной терапии — диализ, трансплантация почки. До 2002 г. в мире и до 2007 г. в России регистрировалась только терминальная хроническая почечная недостаточность, что не позволяло получить полноценные данные об эпидемиологии, тормозило раннюю диагностику прогрессирующих заболеваний почек и ограничивало разработку методов профилактики и нефропротекции, призванных замедлить прогрессирование ХБП и снизить риск развития осложнений.

Для унификации подходов к оценке функции почек, вопросам диагностики и лечения заболеваний почек экспертами Национального почечного фонда принята концепция ХБП (NKF, 2002) [1]. По результатам многочисленных исследований и публикаций по вопросам диагностики и лечения, оценки лабораторных показателей и их прогностической роли в прогрессировании заболеваний почек было предложено понятие «хроническая болезнь почек» и в дальнейшем принята классификация

ХБП. С 2003 г. понятие ХБП также используется в детской нефрологии. Этот термин в педиатрии заимствован из терапевтической нефрологии и впервые был представлен в журнале «Pediatrics» в 2003 г. Критерии определения ХБП у взрослых и детей идентичны.

Под ХБП следует понимать наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение более трех месяцев вне зависимости от нозологического диагноза.

Понятие ХБП является наднозологическим, отражая общие факторы риска развития и прогрессирования нефропатий, механизмы формирования нефросклероза, способы первичной и вторичной профилактики, а также общий исход — терминальную почечную недостаточность. Понятие ХБП не отменяет нозологический подход в диагностике заболеваний почек, и в каждой ситуации необходимо устанавливать/идентифицировать причину повреждения почек [2].

Маркерами повреждения следует считать любые изменения, выявленные при клинико-лабораторном и инструментальном обследовании: повышенная альбуминурия/протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия, лейкоцитурия, изменения электролитного состава крови и мочи, аномалии почек, кисты, гидронефроз, изменение размеров и формы почек и др.

ХБП устанавливается даже при отсутствии каких-либо маркеров почечного повреждения, но при этом выявлено снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся также на протяжении трех и более месяцев. Крите-

рием снижения функции почек является уровень скорости клубочковой фильтрации, стандартизированной на поверхность тела, находящийся ниже 90 мл/мин/1,73 м².

Для оценки функции почек по СКФ у взрослых используются информативные и доступные методы: формула Кокрофта—Голта, которая довольно точно отражает СКФ на начальных стадиях (1—3) ХБП, и формула MDRD, точнее отражающая функцию на 3—5-й стадиях ХБП, не требующая дополнительной стандартизации на поверхности тела. Более точный метод расчета СКФ на любой стадии ХБП у представителей всех рас представлен по СКД-EPI в табл. 1 [7].

Принятая классификация и использование критериев диагностики ХБП с определением ее стадий позволили уточнить распространенность ХБП, которая оказалась сопоставима с распространенностью таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение и метаболический синдром, и составила среди взрослого населения во многих странах 12—18% (США, Япония, страны Западной и Восточной Европы). ХБП вошла в группу заболеваний, которые стали причиной эпидемии нефрологических заболеваний среди взрослого населения на рубеже XX—XXI вв. [2].

В настоящее время в диагностике ХБП для определения прогноза и темпов ее прогрессирования на фоне терапии большое значение придается оценке альбуминурии/протеинурии [3]. На Лондонской конференции KDIGO в 2009 г. были оставлены прежние

градации альбуминурии: < 30; 30—299; > 300 мг альбумина/г креатинина мочи. Однако для оценки мочевой экскреции альбумина вместо традиционной терминологии (нормо-, микро-, макроальбуминурия/протеинурия) предложены: «оптимальный» уровень (< 10 мг/г), «высоконормальный» (10—29 мг/г), «высокий» (30—299 мг/г), «очень высокий» (300—1999 мг/г) и «нефротический» (> 2000 мг/г) и использование их для прогноза риска общей и сердечно-сосудистой смертности (табл. 2) [7].

Классификация ХБП с делением на 5 стадий сохраняется и по настоящее время (табл. 3). Предложена градация 3-й стадии ХБП на две подстадии: 3а и 3б с учетом различий почечного и сердечно-сосудистого прогнозов: при СКФ 59—45 мл/мин/1,73 м² (3а стадия) высокие сердечно-сосудистые риски при умеренных темпах прогрессирования ХБП, а при СКФ 44—30 мл/мин/1,73 м² (3б стадия) риск прогрессирования ХБП в терминальную почечную недостаточность выше, чем риск летальных сердечно-сосудистых осложнений [3, 4].

В 2007 г. в МКБ-10 термин «хроническая почечная недостаточность» заменен «хронической болезнью почек» (код N18) и каждой ее стадии присвоены соответствующие коды: С1 — N18.1; С2 — N18.2; С3а и С3б — N18.3; С4 — N18.4; С5 — N18.5. Для обозначения этиологии ХБП, кроме данных кодов, следует использовать соответствующие коды заболеваний; кодом N18.9 обозначаются случаи ХБП с неуточненной стадией.

Таблица 1

Уравнения СКД-EPI, (2009), модификация 2011 г.

Раса	Пол	SCr*, мг/100 мл**	Формула
Чернокожие	Женский	<0,7	$167 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-0,328}$
Чернокожие	Женский	>0,7	$167 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-1,210}$
Чернокожие	Мужской	<0,9	$164 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-0,412}$
Чернокожие	Мужской	>0,9	$164 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-1,210}$
Азиаты	Женский	<0,7	$151 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-0,328}$
Азиаты	Женский	>0,7	$151 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-1,210}$
Азиаты	Мужской	<0,9	$149 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-0,412}$
Азиаты	Мужской	>0,9	$149 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-1,210}$
Испано-американцы и индейцы	Женский	<0,7	$145 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-0,328}$
Испано-американцы и индейцы	Женский	>0,7	$145 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-1,210}$
Испано-американцы и индейцы	Мужской	<0,9	$143 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-0,412}$
Испано-американцы и индейцы	Мужской	>0,9	$143 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-1,210}$
Белые и остальные	Женский	<0,7	$144 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-0,328}$
Белые и остальные	Женский	>0,7	$144 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,7)^{-1,210}$
Белые и остальные	Мужской	<0,9	$141 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-0,412}$
Белые и остальные	Мужской	>0,9	$141 \times (0,993)^{\text{Возраст}} \times (\text{SCr}/0,9)^{-1,210}$

* SCr — концентрация креатинина в сыворотке крови.

** SCr (мг/100 мл) = 0,0113×SCr (мкмоль/л).

Таблица 2

Индексация альбуминурии/протеинурии

Индексация, описание и границы (альбумин, мг)				
A0	A1	A2	A3	A4
Оптимальная	Повышенная	Высокая	Очень высокая	Нефротическая
< 10	10—29	30—299	300—1999*	≥ 2000**

* Соответствует суточной протеинурии ≥ 0,5 г.

** Соответствует суточной протеинурии ≥ 3,5 г.

Таблица 3

Стадии ХБП по уровню СКФ

Стадии (С) ХБП по СКФ, мл/мин/1,73 м ²	Характеристика функции почек	Уровень СКФ
C1	Высокая или оптимальная	> 90
C2	Незначительно сниженная	60—89
C3a	Умеренно сниженная	45—59
C3b	Существенно сниженная	30—44
C4	Резко сниженная	15—29
C5	Терминальная почечная недостаточность	< 15

Внедрение классификации ХБП позволило уточнить и расширить перечень факторов риска развития ХБП и факторы ее прогрессирования, каждую группу которых разделяют на модифицируемые и немодифицируемые. *Немодифицируемые факторы риска развития:* пожилой возраст, мужской пол, исходно низкое число нефронов, расовые и этнические особенности, наследственные факторы (в том числе семейный анамнез по ХБП). *Модифицируемые:* диабет, артериальная гипертензия, аутоиммунные болезни, хроническое воспаление/системные инфекции, инфекции и конкременты мочевых путей, обструкция мочевых путей, лекарственная токсичность, высокое потребление белка, дислипидемия, табакокурение, ожирение/метаболический синдром, гипергомоцистеинемия, беременность.

Основой первичной профилактики ХБП является устранение или минимизация факторов риска ее развития. Вторичная профилактика ХБП должна быть одновременно направлена на замедление темпов прогрессирования ХБП (ренопротекция) и предупреждение развития сердечно-сосудистой патологии (кардиопротекция). Общность причин и механизмов прогрессирования заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы требует и единых методов терапии. К ним относятся низкосолевая диета, борьба с ожирением и курением, коррекция нарушенный углеводного обмена; лечение препаратами, подавляющими ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов), статинами, некоторыми антагонистами кальция и препаратами, улучшающими микроциркуляцию. Важным направлением профилактики и лечения ХБП является коррекция образа жизни и характера питания с целью наиболее полного воздействия на модифицируемые факторы риска развития и прогрессирования ХБП.

Целевые уровни АД у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и с оптимальной степенью альбуминурии (менее 10 мг/г) — систолическое АД (САД) менее 140 и диастолическое АД (ДАД) менее 90 мм рт.ст.; при более высокой степени альбуминурии или наличии протеинурии — САД менее 130 и ДАД менее 80 мм рт.ст.; снижения САД менее 120 мм рт.ст. следует избегать [3, 8]. В качестве препаратов первой линии при моно- или комбинированной терапии следует назначать ингибиторы ангиотензин-1-превращающего фермента (иАПФ) или блокаторы АТ₁-рецепторов ангиотензина II (БРА). При ХБП 4-й

стадии (снижении СКФ менее 30 мл/мин) иАПФ можно назначать только при условии отсутствия стабильного ухудшения функции почек при их назначении, предпочтительны препараты с двойным путем выведения — печень/почки. Пациентам с «высоконормальной» и «высокой» альбуминурией и отсутствием АГ также следует назначать иАПФ или БРА с целью антипротеинурического эффекта.

Большинству пациентов с ХБП требуется комбинация нескольких препаратов из разных групп, снижающих АД, для достижения его целевого уровня. Ингибиторы АПФ и БРА хорошо сочетаются с мочегонными и антагонистами кальция недигидроперидинового ряда и препаратами последних поколений дигидроперидинового ряда. Следует учитывать, что на 3б стадии ХБП резко снижается эффективность тиазидных мочегонных, и растет риск их нежелательных явлений. На этой и более поздних стадиях ХБП предпочтительнее петлевые диуретики. Некоторые антагонисты кальция недигидроперидинового ряда оказывают дополнительный антипротеинурический эффект (перканидипин), в то время как нифедипин может усиливать протеинурию.

Комбинация препаратов, подавляющих ренин-ангиотензиновую систему на разных уровнях, представляется оправданной с патогенетической точки зрения. Однако результаты исследования ONTARGET показали, что широкое применение комбинации иАПФ и БРА при ХБП может оказывать негативное влияние на функцию почек [9]. Поэтому данную комбинацию рекомендуется применять, если монотерапия не дала ожидаемого эффекта.

Гиперлипидемия ухудшает прогноз любого почечного заболевания, а гиполипидемическая терапия способствует сохранению функции почек. Наибольшим липидоснижающим эффектом обладают статины, уменьшая уровень общего холестерина в сыворотке крови, холестерина липопротеидов низкой плотности и величину суточной протеинурии, однако не оказывают существенного влияния на СКФ. Анемия как предиктор развития гипертрофии левого желудочка и ИБС ассоциируется с ухудшением качества жизни, ростом кардиоваскулярных осложнений и увеличением частоты госпитализаций у пациентов с ХБП. Коррекция анемии при ХБП 5-й стадии на основе применения эритропоэтинов, стимуляторов эритропоэза и препаратов железа для приема внутрь и парентерального введения является одним из основных принципов ведения таких больных. Коррекция анемии на додиализных стадиях ХБП требует осторожности, поскольку повышение уровня гемоглобина (более 120 г/л) сопровождается ухудшением почечного и кардиоваскулярного прогноза.

Высокое потребление белка ассоциируется со снижением почечного сосудистого сопротивления, нарастанием почечного кровотока и гломерулярной ультрафильтрации. Ограничение белка в рационе приводит к умеренному позитивному эффекту в плане почечного прогноза при ХБП [6]. Нарушения минерального обмена и проявления вторичного гиперпаратиреоза прогрессируют по мере снижения СКФ. В лечении нарушений гомеостаза кальция и

фосфора используют новые классы фармакологических препаратов, воздействующих на минеральный обмен в костной ткани: кальцимитетики, активаторы рецепторов витамина D, энтеросорбенты и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. K/DOQI: Клинические практические рекомендации по хроническому заболеванию почек: оценка, классификация и стратификация. — URL: <http://www.dialysis.ru/standard/doqi-ckd/g7.htm>
2. Смирнов, А.В. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, И.Г. Каюков [и др.] // Нефрология. — 2006. — Т. 10, № 1. — С.7—13.
3. Смирнов, А.В. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / А.В. Смирнов, Е.М. Шилова, В.А. Добронравова [и др.]. — СПб.: Левша, 2013. — 51 с.
4. Шилова, Е.М. Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия: метод. руководство для врачей / Е.М. Шилова, М.Ю. Швецов, И.Н. Бобкова [и др.]; под ред. Е.М. Шилова. — М., 2012. — 76 с.
5. Coresh, V. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey / V. Coresh, B.C. Astor, T. Green [et al.] // Am. J. Kidney Dis. — 2003. — Vol. 41(1). — P.1—12.
6. Fouque, D. Low protein diets for chronic kidney disease in non diabetic adults / D. Fouque, M. Laville // Cochrane Database Syst. Rev. — 2009. — Vol. 8(3) (CDOO1892).
7. Levey, A.S. The definition, classification and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report / A.S. Levey, P.E. De Jong, J. Coresh [et al.] // Kidney Int. — 2010. — URL: <http://www.kidney-international.org/>
8. Mancia, G. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz [et al.]. — 2013. — 72 p.
9. Mann, J.F. The ONgoing TelmisartanAlone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial Investigators / J.F. Mann, R.E. Schmieder, M. McQueen [et al.] // Lancet. — 2008. — Vol. 372. — P.547—553.

REFERENCES

1. K/DOQI: Klinicheskie prakticheskie rekomendacii po hronicheskomu zabolevaniyu pochek: ocenka, klassifikaciya i stratifikaciya [Clinical Practice Guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, Classification and Stratification]. — URL: <http://www.dialysis.ru/standard/doqi-ckd/g7.htm>
2. Smirnov, A.V. Epidemiologiya i social'no-ekonomicheskie aspekty hronicheskoi bolezni pochek [Epidemiology and socio-economic aspects of chronic kidney disease] / A.V. Smirnov, V.A. Dobronravov, I.G. Kayukov [i dr.] // Nefrologiya [Nephrology]. — 2006. — T. 10, № 1. — S.7—13.
3. Smirnov, A.V. Nacional'nye rekomendacii. Hronicheskaya bolezni' pochek: osnovnye principy skringinga, diagnostiki, profilaktiki i podhody k lecheniyu [National recommendations. Chronic kidney disease: basic principles of screening, diagnosis, prevention and treatment approaches] / A.V. Smirnov, E.M. Shilova, V.A. Dobronravova [i dr.]. — SPb.: Levsha, 2013. — 51 s.
4. Shilova, E.M. Hronicheskaya bolezni' pochek i nefroprotektivnaya terapiya: metod. rukovodstvo dlya vrachei [Chronic kidney disease and renal protective therapy. A guide for physicians] / E.M. Shilova, M.Yu. Shvecov, I.N. Bobkova [i dr.]; pod red. E.M. Shilova. — M., 2012. — 76 s.
5. Coresh, V. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey / V. Coresh, B.C. Astor, T. Green [et al.] // Am. J. Kidney Dis. — 2003. — Vol. 41(1). — P.1—12.
6. Fouque, D. Low protein diets for chronic kidney disease in non diabetic adults / D. Fouque, M. Laville // Cochrane Database Syst. Rev. — 2009. — Vol. 8(3) (CDOO1892).
7. Levey, A.S. The definition, classification and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report / A.S. Levey, P.E. De Jong, J. Coresh [et al.] // Kidney Int. — 2010. — URL: <http://www.kidney-international.org/>
8. Mancia, G. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz [et al.]. — 2013. — 72 p.
9. Mann, J.F. The ONgoing TelmisartanAlone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial Investigators / J.F. Mann, R.E. Schmieder, M. McQueen [et al.] // Lancet. — 2008. — Vol. 372. — P.547—553.

© С.В. Тютюнников, Ю.А. Антонов, Г.В. Кузякин, И.С. Налимова, 2014

УДК 616.921.5-085.37:616.316-008.8-074

ВЛИЯНИЕ ТОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2b НА СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЛЮНЕ БОЛЬНЫХ ГРИППОМ А/Н1N1

СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ ТЮТЮННИКОВ, докт. мед. наук, доцент, профессор кафедры факультетской терапии с курсами военно-полевой терапии, иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, тел. 8-903-949-67-10, e-mail: tsvagmu@mail.ru

ЮРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ АНТОНОВ, начальник Центра психофизиологической диагностики МСЧ МВД России по Алтайскому краю, аспирант кафедры факультетской терапии с курсами военно-полевой терапии, иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, тел. (3852) 391-846, e-mail: antonov67@mail.ru

ГРИГОРИЙ ВИКТОРОВИЧ КУЗЯКИН, начальник ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Алтайскому краю», Барнаул, тел. (3852) 391-852

ИРИНА СЕРГЕЕВНА НАЛИМОВА, ассистент кафедры факультетской терапии с курсами военно-полевой терапии, иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, тел. 8-903-072-14-32, e-mail: tiss2006@rambler.ru

Реферат. Цель исследования — изучить влияние топического применения рекомбинантного интерферона альфа-2b на содержание цитокинов в слюне больных гриппом А/Н1N1. Материал и методы. У больных гриппом А/Н1N1pdm09 легкой и средней степени тяжести (70 человек) проведено двойное слепое, плацебоконтроли-

руемое исследование с топическим применением геля «Виферон» (рекомбинантный интерферон альфа-2b) на фоне стандартной базисной терапии. В смешанной нестимулированной слюне на 1-й и 7-й дни болезни изучено содержание провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухоли альфа (ФНО α), интерлейкина-1 бета (ИЛ-1 β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерферона гамма (ИФН γ). *Результаты и их обсуждение.* Показано, что у больных гриппом A/H1N1pdm09 наблюдается достоверное увеличение содержания в слюне ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИФН γ . В основной группе больных с топическим применением рекомбинантного интерферона альфа-2b на фоне базисной терапии на 7-й день болезни происходит нормализация содержания в слюне изученных цитокинов. В группе сравнения (больные, получавшие базисную терапию и плацебо геля «Виферон») содержание в слюне ИЛ-6 и ИФН γ по сравнению с основной группой и контролем (здоровые лица) оставалось достоверно повышенным. *Выводы.* Комплексное лечение больных гриппом A/H1N1pdm09 с топическим применением геля «Виферон» является более эффективным, чем рутинная базисная терапия, что подтверждается нормализацией содержания в слюне провоспалительных цитокинов на 7-й день болезни.

Ключевые слова: грипп, цитокины слюны, гель «Виферон».

INFLUENCE OF TOPICAL APPLICATION OF RECOMBIANT INTERFERON ALFA-2b ON CYTOKINE CONTENT OF SALIVA OF PATIENTS, HAVING INFLUENZA A/H1N1

SERGEY V. TYUTYUNNIKOV, M.D., Associate Professor, Professor, Department of Therapy with courses-military field therapy, immunology and allergy of SBEI HPE «Altai State Medical University» of Ministry of Health, Barnaul, tel. 8-903-949-67-10, e-mail: tsvagmu@mail.ru

YURI A. ANTONOV, Head of the Center for psychophysiological diagnostics Russian Interior Ministry in the Altai Territory, a graduate student of Department Therapy with courses-military field therapy, immunology and allergy of SBEI HPE «Altai State Medical University» of Ministry of Health, Barnaul, tel. (3852) 391-846, e-mail: antonov67@mail.ru

GREGORY V. KUZYAKIN, Chief Medical Department Ministry of Internal Affairs of the of Altai region, Barnaul, tel. (3852) 391-852

IRINA S. NALIMOVA, assistant lecturer of Department Therapy with courses-military field therapy, immunology and allergy of SBEI HPE «Altai State Medical University» of Ministry of Health, Barnaul, tel. 8-903-072-14-32, e-mail: tiss2006@rambler.ru

Abstract. The purpose of the study — to study the effect of topical application of recombinant interferon alfa-2b for the content of cytokines in the saliva of patients with influenza A/H1N1. *Material and methods.* In patients with influenza A/H1N1pdm09 mild to moderate severity (70) conducted a double-blind, placebocontrolled trial with a topical application of the gel «viferon» (recombinant interferon alpha-2b) due to the standard basic therapy. In a mixed unstimulated saliva at 1 and 7 days of illness studied levels of proinflammatory cytokines tumor necrosis factor alpha (TNF α), interleukin-1 beta (IL-1 β), interleukin-6 (IL-6), interferon gamma (IFN γ). *Results and discussion.* It is shown that in patients with influenza A/H1N1pdm09 observed a significant increase in salivary TNF α , IL-1 β , IL-6, IFN γ . In the study group of patients with a topical application of recombinant interferon alfa-2b with basic therapy, on day 7 of the disease occurred in the normalization of saliva studied cytokines. In the control group (patients who received standard treatment and placebo gel viferon) content in the saliva of IL-6 and IFN γ , compared to the main group and controls (healthy individuals) remained significantly elevated. *Conclusions.* Complex treatment of patients with influenza A/H1N1pdm09 with a topical application of the gel viferon is more effective than routine basic therapy, as evidenced by the normalization of the content in the saliva of proinflammatory cytokines on the 7th day of the disease.

Key words: influenza, cytokines saliva, gel viferon.

Начиная с 2009 г. случаи заболевания гриппом A/H1N1pdm09 стали все чаще отмечаться в различных регионах мира, и как оказалось в последствии, это было началом пандемии гриппа. Практически одновременно с западными странами эпидемия гриппа A/H1N1pdm09 охватила и Россию [13, 21]. Как показали проведенные позже геномные исследования, новый вирус возник в организме человека в результате реассортации 4 различных вирусов: «свиного» гриппа, поражающего свиней в Северной Америке; «свиного» гриппа, поражающего свиней в Европе и Азии; «птичьего» гриппа, встречающегося у птиц; сезонного гриппа людей [4, 11]. В результате сформировался высокопатогенный для человека вирус, обладающий уникальными поражающими свойствами и вызывающий, как показывают наблюдения, своеобразную клиническую картину с высокой летальностью [1, 18]. Грипп A/H1N1pdm09 широко распространен в России

и в настоящее время. Так, в эпидемический сезон зима-весна 2013 г. грипп типа A/H1N1pdm09 стал преобладающим и обогнал по частоте встречаемости грипп типа A(H3N2). По прогнозным оценкам специалистов, грипп A/H1N1pdm09 будет широко распространен и в последующий период времени. Учитывая временный характер сформировавшегося у пациентов (после перенесенного заболевания или вакцинации) специфического иммунного ответа, можно предполагать повторные заболевания этим же типом вируса гриппа (или частично мутировавшего) у одного и того же человека [9, 22].

Развивающаяся тяжелейшая клиническая картина с поражением многих органов и систем, отмечаемая при заболевании гриппом A/H1N1pdm09, связана не только с наличием высокопатогенного вируса, но и с реакцией организма человека на этот вирус, и прежде всего, с реакцией его иммунной системы. Ведущую роль в развитии и формировании имму-

нопатологических реакций в последние годы играют нарушения в системе цитокинов у больных гриппом [2]. Понятие «цитокины» включает различные группы белков, такие как интерлейкины, лимфокины, монокины, интерфероны, колоние-стимулирующие факторы, хемокины и ряд других. По современным представлениям, именно таким цитокинам, как фактор некроза опухоли альфа (ФНО α), интерлейкин-1-бета (ИЛ-1 β), интерлейкин-6 (ИЛ-6), интерферон гамма (ИФН γ), отводится ведущее значение в формировании воспалительной реакции при гриппе. Эти цитокины в последние годы получили название «провоспалительных».

ФНО α — внеклеточный белок; многофункциональный цитокин синтезируется в основном моноцитами и макрофагами. Стимулирует продукцию ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИФН γ , активирует лейкоциты, является одним из важных факторов защиты от внутриклеточных паразитов и вирусов, обладает цитотоксическим эффектом на клетки организма [26].

Интерлейкин-1 — медиатор острого и хронического воспаления, синтезируется макрофагами и другими клетками. Имеется две формы данного цитокина: интерлейкин-1 альфа и интерлейкин-1 бета с молекулярным весом 17 кД. ИЛ-1 выполняет много важных функций: воздействуя на гипоталамус, вызывает лихорадку, стимулирует выход нейтрофилов из костного мозга, активирует лимфоциты и нейтрофилы [23].

Интерлейкин-6 продуцируется активированными моноцитами или макрофагами, эндотелиальными клетками, фибробластами, активированными Т-клетками, а также рядом клеток, не являющихся иммуноцитами. Некоторые эффекты, вызываемые ИЛ-6, аналогичны наблюдаемым при действии ИЛ-1 и ФНО α . ИЛ-6 участвует в качестве кофактора при дифференцировке В-лимфоцитов, их созревании и преобразовании в плазматические клетки, секретирующие иммуноглобулины. Этот цитокин стимулирует пролиферацию Т-лимфоцитов [25].

ИФН γ продуцируется Т-клетками и натуральными киллерами в ответ на чужеродные антигены или митогены. Исторически ИФН γ был открыт по способности оказывать противовирусный эффект, однако в дальнейшем выяснилось, что он представляет собой плейотропный лимфокин, обладающий множественным действием на рост и дифференцировку клеток самых разных типов. ИФН γ усиливает взаимодействие между иммунными Т-лимфоцитами и нелимфоидными клетками, что необходимо, в частности, для борьбы с вирусной инфекцией. ИФН γ активирует макрофаги и способствует более эффективному уничтожению макрофагами внутриклеточных микроорганизмов [27].

Цитокины в организме человека являются гуморальными регуляторами функциональной активности иммунокомпетентных клеток и тканей и действуют в нанопикомолярной концентрации. Они осуществляют взаимодействие между клетками и регулируют процессы в межклеточном пространстве. Цитокины содержатся во многих средах организма и могут определяться в биологических жидкостях. При гриппе в связи с особым поражением в первую

очередь мукозальных тканей актуальным является определение цитокинов в слюне. Это позволяет контролировать процессы воспаления (синдром системной воспалительной реакции, острофазовые реакции), оценивать степень тяжести патологического процесса и нередко определять дальнейший прогноз болезни.

Слюна является клинически информативной биологической жидкостью, которая содержит множество биомаркеров, в том числе и цитокины, что делает возможным проведение многочисленных анализов для разработки способа тестирования пациента на месте, в том числе с помощью экспресс-теста [16, 24]. Диагностика по слюне является новой областью более простого использования не только маркеров, но и анализаторов, что может быть полезно при диагностике не только местных заболеваний полости рта, но и всего организма в целом. Использование слюны по сравнению с кровью пациента (плазма, сыворотка) расширяет перспективы для постановки клинического диагноза, позволяет оценивать динамику показателей и производить постоянный мониторинг течения заболевания [8, 10]. Определение цитокинов в слюне может характеризовать иммунный статус пациентов и использоваться у здоровых и у больных пациентов в широкой клинической практике [15].

Интерфероны были открыты в 1957 г. сотрудниками Лондонского национального института вирусологии Айзеком и Линденманом (Нобелевская премия) как белковые факторы, определяющие феномен интерференции, т.е. невосприимчивости биологической системы к повторному заражению вирусом. Интерфероны человека подразделяют на группы в зависимости от типа клеток, в которых они образуются: α , β и γ [5].

Интерферон α является протеином, продуцирующимся главным образом В-лимфоцитами, периферической крови и лимфобластными линиями, клетками макрофагальной системы. Усиливает экспрессию на поверхности клеток антигенов гистосовместимости первого класса. Обладает выраженным противовирусным, антипролиферативным и иммуномодулирующим действием.

Интерферон β — гликопротеин. Синтезируется различными видами клеток, включая фибробласты и макрофаги. Обеспечивает противовирусную защиту. Является мощным ингибитором Т-супрессоров.

Интерферон γ — гликопротеин. Источником служат активированные Т-лимфоциты и NK-клетки. Активирует макрофаги, Т-хелперы, обеспечивает выработку многих цитокинов.

Таким образом, физиологическая роль различных групп интерферонов в организме человека существенным образом отличается. Следует отметить, что интерферон $\alpha 2$, обладающий наиболее выраженным из всех интерферонов противовирусным действием, способен продуцироваться значительным числом клеток большинства тканей человеческого организма, такими как тимус, костный мозг, селезенка, лимфатические узлы, а также в легких, печени, почках, поджелудочной железе, простате. Самый высокий уровень синтеза интерферона $\alpha 2$

выявлен в тканях головного мозга, а более низкий свойственен скелетным мышцам и сердцу [12].

В лечебной практике гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций в рамках доказательной медицины широко применяются препараты рекомбинантного интерферона α [4] и, в частности, Виферон® — рекомбинантный интерферон альфа-2b. Кроме угнетения репликации вирусов, виферон обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным (антиоксидант) и антипролиферативным эффектом. Виферон представлен различными фармакологическими формами: для системного действия — ректальные свечи, для топического применения — мазь и гель. Многогранность действия геля «Виферон» обеспечивается его составом. 1 г геля для наружного и местного применения содержит активное вещество интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный, 36000 МЕ; вспомогательные вещества: альфа-токоферола ацетат 0,055 г; бензойная кислота 0,00128 г, натрия тетраборатдекагидрат 0,0018 г; метионин 0,0012 г, лимонной кислоты моногидрат 0,001 г; натрия хлорид 0,004 г; раствор альбумина сывороточного человеческого 10% 0,02 г; глицерин дистиллированный (глицерол) 0,02 г; кармеллоза натрия 0,02 г; этанол 95% 0,055 г; воду очищенную до 1 г [7]. В комплексной терапии гриппа полоску геля длиной не более 0,5 см наносят на предварительно подсушенную поверхность слизистой оболочки носа и/или на поверхность небных миндалин 3—5 раз в день при помощи шпателя или ватного тампона/ватной палочки, курс лечения составляет 5 дней, при необходимости курс может быть продлен.

Клиническая эффективность рекомбинантного интерферона альфа-2b при лечении гриппа показана в ряде работ [3, 17, 19, 20], однако в доступной нам литературе отсутствуют сведения о влиянии топического применения рекомбинантного интерферона альфа-2b на содержание цитокинов у больных гриппом А/Н1N1. Кроме того, топическое применение гелемодержащих противовирусных препаратов на слизистую небных миндалин и ротоглотки вызывает трудности как у пациентов, так и у медицинского персонала ввиду отсутствия специальных устройств для их нанесения.

Цель исследования — изучить влияние топического применения рекомбинантного интерферона альфа-2b на содержание цитокинов в слюне больных гриппом А/Н1N1pdm09.

Задачи: 1. Разработать устройство для нанесения геля «Виферон» на слизистую оболочку небных миндалин и ротоглотки у больных гриппом. 2. Определить содержание цитокинов в слюне у больных гриппом А/Н1N1 pdm09 и здоровых лиц. 3. Изучить содержание цитокинов в слюне больных гриппом А/Н1N1 pdm09 при лечении с использованием геля «Виферон».

Материал и методы. Под наблюдением находилось 70 больных гриппом, у которых методами иммуноферментного анализа был определен грипп А/Н1N1pdm09. Все пациенты были ознакомлены с целями и задачами исследования и добровольно пожелали в нем участвовать (письменное согласие). В исследование были включены пациенты только

со здоровым пародонтом, без заболеваний ротовой полости и лор-органов. Среди пациентов было 36 мужчин и 34 женщины. Возраст больных составлял от 20 до 55 лет, средний возраст — $(34,6 \pm 0,9)$ года. Больные с легкой и средней степенью тяжести заболевания обращались за врачебной помощью в поликлинику в первые-вторые сутки от начала болезни. Клинические особенности, симптомы, характерные для гриппа, выявлялись с помощью предложенной нами анкеты, включавшей наиболее распространенные симптомы острой респираторной вирусной инфекции. Нами проведено двойное слепое плацебо-контролируемое исследование с топическим применением геля «Виферон» (рекомбинантный интерферон альфа-2b) на фоне проведения стандартной базисной терапии, рекомендуемой при гриппе. В соответствии с целью исследования больные случайным образом были разделены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту: основную группу (I группа) составили больные с топическим применением геля «Виферон» на фоне базисной терапии, группу сравнения (II группа) — больные, получавшие базисную терапию и плацебо геля «Виферон». Нанесение геля «Виферон» осуществлялось путем смазывания поверхности слизистой миндалин и ротоглотки жестким тампоном 5 раз в день в течение 5—7 дней (в остром периоде). Базисная терапия гриппа включала соблюдение полупостельного охранительного режима, обильное питье до 30 мл/кг веса тела (в виде горячего чая, клюквенного или брусничного морса, щелочных минеральных вод и др.), жаропонижающие средства (нестероидные противовоспалительные средства парацетамол, аспирин и др.), сосудосуживающие средства местно для облегчения носового дыхания, противокашлевые средства, аскорбиновую кислоту, поливитамины, антигистаминные препараты и симптоматические средства. Препарат плацебо геля «Виферон» был специально изготовлен и предоставлен ООО «Ферон» (Москва). Гель «Виферон» (в том числе плацебо геля «Виферон») применялся у больных гриппом согласно «Инструкции...» [7]. Препарат наносился на слизистую оболочку носа ватной палочкой, а на небные миндалины — с помощью предложенного нами оригинального шпателя [14].

Содержание цитокинов ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИФН γ в слюне больных определяли методом иммуноферментного анализа [11] с помощью коммерческих тест-систем производства «Вектор-Бест» (Новосибирск). Забор нестимулированной смешанной слюны был проведен у больных по общепринятой стандартной методике. Образцы слюны больных собирали в первой половине дня. Пациентам перед забором слюны рекомендовалось воздержаться от приема пищи, курения, а непосредственно перед процедурой — прополоскать рот. Образцы слюны были собраны в 1,5 мл микропробирки «Эппендорф» и немедленно заморожены при температуре -20°C до использования. Измерение уровня цитокинов проводилось через 7—90 дней после забора слюны. Цитокины слюны определяли на 1-й день (до начала лечения) и 7-й день болезни (после курса терапии). Контрольную группу составили здоровые

лица (35 человек), сопоставимые по возрасту и полу с исследуемой группой больных.

Результаты и их обсуждение. Топическое применение геля «Виферон» согласно «Инструкции...» рекомендовано было осуществлять с помощью шпателя или ватного тампона. Попытки применения нами для этих целей стандартного медицинского шпателя, как и ватного тампона, было не вполне удобным, так как лечебный гель растекался по поверхности шпателя, кроме того, равномерное нанесение с его помощью виферона в виде тонкой пленки на слизистую было затруднительным. Указанные неудобства осложняли применение больными геля «Виферон» с лечебной целью в домашних условиях, что в конечном счете могло сказаться на эффективности проводимой нами терапии. В связи с этим нами был разработан и изготовлен «Шпатель для нанесения геля и мази на слизистую ротоглотки» (патент на полезную модель № 124156) [14], применимый в клинической практике для нанесения геля «Виферон». Для его производства на один из концов стандартного деревянного одноразового шпателя размером 150×18 мм накладывается эллипсоидной формы кусочек стерильного бинта размерами 35×25 мм, оборачивается и приклеивается по периметру по задней поверхности шпателя медицинским клеем БФ-6. Гель «Виферон» накладывается на переднюю поверхность полученного жесткого тампона, которым и смазывается слизистая миндалин и ротоглотки. Предложенный нами шпатель для нанесения геля удобен в применении и позволяет равномерно тонким слоем наносить препарат на слизистую миндалин и ротоглотки больных.

Содержание цитокинов в слюне больных гриппом А/Н1N1pdm09 до лечения представлено в *табл. 1*.

Как видно из *табл. 1*, содержание изученных цитокинов в слюне больных гриппом А/Н1N1pdm09 I группы до начала лечения было достоверно повышено по сравнению с контролем и в среднем составило: ФНОα — (11,66±1,0) пг/мл, в контрольной группе — (0,82±0,19) пг/мл, $p < 0,05$; ИЛ-1β — (14,20±1,13) пг/мл, в контрольной группе — (1,68±0,34) пг/мл, $p < 0,05$; ИЛ-6 — (11,28±0,56) пг/мл, в контрольной группе — (1,85±0,37) пг/мл, $p < 0,05$;

ИФНγ — (10,45±1,10) пг/мл, в контрольной группе — (0,42±0,28) пг/мл, $p < 0,05$.

У больных II группы определено достоверное повышение содержания цитокинов в слюне до начала лечения по сравнению с контролем. В среднем содержание цитокинов составило: ФНОα — (12,74±1,07) пг/мл, в контрольной группе — (0,82±0,19) пг/мл, $p < 0,05$; ИЛ-1β — (13,12±1,08) пг/мл, в контрольной группе — (1,68±0,34) пг/мл, $p < 0,05$; ИЛ-6 — (10,42±0,51) пг/мл, в контрольной группе — (1,85±0,37) пг/мл, $p < 0,05$; ИФНγ — (9,60±1,05) пг/мл, в контрольной группе — (0,42±0,28) пг/мл, $p < 0,05$. Содержание цитокинов ФНОα, ИЛ-1β, ИЛ-6, ИФНγ в слюне у пациентов больных гриппом I и II групп до начала лечения достоверно не различалось ($p > 0,05$).

В *табл. 2* представлено содержание цитокинов в слюне больных гриппом А/Н1N1pdm09 после лечения.

Анализ приведенных данных в *табл. 2* показывает, что в I группе больных, получавших топическое лечение гелем «Виферон» на фоне базисной терапии, содержание ФНОα, ИЛ-1β, ИЛ-6, ИФНγ в слюне после проведенной терапии составило: ФНОα — (1,35±0,62) пг/мл, ИЛ-1β — (2,61±0,57) пг/мл, ИЛ-6 — (2,43±0,48) пг/мл, ИФНγ — (1,35±0,64) пг/мл и были достоверно ниже, чем до лечения ($p < 0,05$), и оказались сопоставимыми с показателями контрольной группы ($p > 0,05$).

У больных II группы после лечения (проведения базисной терапии с применением плацебо геля «Виферон») выявлено по сравнению с исходными значениями достоверное снижение уровня цитокина ФНОα — до (1,94±0,75) пг/мл ($p < 0,05$), цитокина ИЛ-1β — до (2,89±0,53) пг/мл ($p < 0,05$). Значение этих показателей было достоверно сопоставимо ($p > 0,05$) со значениями этих показателей с контрольной группой и I группой больных. Содержание цитокина ИЛ-6 в слюне у II группы больных после лечения достоверно снизилось до (5,76±0,56) пг/мл ($p < 0,05$), а концентрация ИФНγ в слюне достоверно уменьшилась до (3,72±0,69) пг/мл ($p < 0,05$). По сравнению с показателями уровня цитокинов контрольной группы и больных I группы у II группы больных содержание

Таблица 1

Содержание цитокинов в слюне больных гриппом А/Н1N1pdm09 до лечения (M±m, пг/ml)

Цитокины	Контрольная группа	I группа больных	p	II группа больных	p	p_{I-II}
ФНОα	0,82±0,19	11,66±1,02	<0,05	12,74±1,07	<0,05	>0,05
ИЛ-1β	1,68±0,34	14,20±1,13	<0,05	13,12±1,08	<0,05	>0,05
ИЛ-6	1,85±0,37	11,28±0,56	<0,05	10,42±0,51	<0,05	>0,05
ИФНγ	0,42±0,28	10,45±1,10	<0,05	9,60±1,05	<0,05	>0,05

Таблица 2

Содержание цитокинов в слюне больных гриппом А/Н1N1pdm09 после лечения (M±m, пг/ml)

Цитокины	Контрольная группа	I группа больных	p	p до и после лечения	II группа больных	p	p до и после лечения	p_{I-II} после лечения
ФНОα	0,82±0,19	1,35±0,62	>0,05	<0,05	1,94±0,75	>0,05	<0,05	>0,05
ИЛ-1β	1,68±0,34	2,61±0,57	>0,05	<0,05	2,89±0,53	>0,05	<0,05	>0,05
ИЛ-6	1,85±0,37	2,43±0,48	>0,05	<0,05	5,76±0,56	<0,05	<0,05	<0,05
ИФНγ	0,42±0,28	1,35±0,64	>0,05	<0,05	3,72±0,69	<0,05	<0,05	<0,05

ИЛ-6 и ИФН γ в слюне после лечения оставалось достоверно выше ($p < 0,05$). Таким образом, в I группе больных с топическим применением рекомбинантного интерферона альфа-2b на фоне базисной терапии на 7-й день болезни произошла нормализация содержания в слюне изученных цитокинов. В группе сравнения (больные, получавшие базисную терапию и плацебо геля «Виферон») содержание в слюне ИЛ-6 и ИФН γ по сравнению с основной группой и контролем (здоровые лица) оставалось достоверно повышенным.

Выводы:

1. При топическом лечении рекомбинантным интерфероном α больных гриппом А/Н1N1pdm09 целесообразно использовать предложенный нами шпатель, который позволяет более удобно, тщательно, тонким слоем нанести гель «Виферон» на слизистую оболочку небных миндалин и ротоглотку, что способствует повышению эффективности проводимой терапии.

2. В смешанной нестимулированной слюне здоровых людей содержатся в сравнительно низкой концентрации цитокины ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИФН γ , которые могут быть определены с помощью иммуноферментного анализа. Повышение значений этих показателей у пациентов может свидетельствовать о наличии острого вирусного заболевания — гриппа. Использование слюны пациентов в качестве субстрата для определения цитокинов является простым, легко выполнимым, неинвазивным методом и может быть использовано в скрининговых исследованиях и амбулаторной практике.

3. При заболевании гриппом А/Н1N1pdm09 в начале острого периода концентрация цитокинов ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИФН γ в слюне больных значительно возрастает, что характеризует тяжесть воспаления, проявления системного иммунного ответа и может служить дополнительным диагностическим критерием при гриппе. Топическое применение геля «Виферон» (на фоне базисной терапии) у больных гриппом А/Н1N1pdm09 легкой и средней степени тяжести на 7-й день заболевания приводит к нормализации содержания в слюне ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИФН γ . Как показывают наши исследования, при проведении больным гриппом А/Н1N1pdm09 только базисной терапии (и плацебо геля «Виферон») на 7-й день болезни происходит лишь нормализация двух цитокинов — ФНО α и ИЛ-1 β , но остаются достоверно повышенными уровни ИЛ-6 и ИФН γ , что указывает на продолжающуюся вирусную воспалительную реакцию. Повышение эффективности лечения больных гриппом А/Н1N1pdm09 при топическом лечении рекомбинантным интерфероном α (гелем «Виферон»), по-видимому, связано не только с противовирусными, но и с иммуномодулирующими свойствами препарата. Топическое применение рекомбинантного интерферона α (геля «Виферон») может быть рекомендовано к применению в широкой клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Максакова, В.Л.* Актуальные вопросы профилактики гриппа и ОРВИ / В.Л. Максакова, М.К. Ерофеева // Фарматека. — 2013. — № 15 (268). — С.73—78.

2. Взаимосвязь цитокинового статуса и выраженности интоксикационного синдрома при гриппе / Л.В. Волощук, Е.Г. Головачева, А.Л. Мушкатина [и др.] // Инфекция и иммунитет. — 2013. — Т. 3, № 3. — С.263—268.
3. Виферон® в терапии гриппа и других ОРВИ вирусной и вирусно-бактериальной этиологии у детей / Л.В. Осидак, Е.В. Образцова, Е.Г. Головачева [и др.] // Детские инфекции. — 2012. — Т. 11, № 1. — С.44—50.
4. Грипп: эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика / под ред. акад. РАМН, проф. О.И. Киселева, д-ра мед. наук Л.М. Цыбаловой, акад. РАМН, проф. В.И. Покровского. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 496 с.
5. *Ершов, Ф.И.* Антивирусные препараты / Ф.И. Ершов. — М.: Медицина, 2006. — 192 с.
6. Изучение влияния разных субтипов вируса гриппа А в присутствии противовирусных препаратов на пролиферацию и индукцию фактора некроза опухоли в клеточных линиях человека А-549 и ЕСV-304 / Т.Д. Смирнова, Д.М. Даниленко, М.А. Плотнокова [и др.] // Клеточные культуры: информ. бюллетень. — 2012. — Вып. 28. — С.37—49.
7. Инструкция по медицинскому применению препарата ВИФЕРОН®. Регистрационный номер: Р № 001142/02. Торговое название: ВИФЕРОН®. МНН или группировочное название: интерферон альфа-2b.
8. *Кочурова, Е.В.* Диагностические возможности слюны / Е.В. Кочурова, С.В. Козлов // Клиническая лабораторная диагностика. — 2014. — № 1. — С.13—15.
9. Лабораторная диагностика острых респираторных вирусных инфекций в условиях эволюционной изменчивости вирусов гриппа / В.Ф. Суховецкая, Е.А. Дондурей, В.П. Дриневский [и др.] // Журнал инфектологии. — 2012. — Т. 4, № 1. — С.36—41.
10. *Носков, В.Б.* Слюна в клинической лабораторной диагностике / В.Б. Носков // Клиническая лабораторная диагностика. — 2008. — № 6. — С.14—17.
11. Пандемический грипп 2009 года в России. Диагностика и молекулярно-биологические характеристики вируса / О.И. Киселев, А.Б. Комиссаров, М.А. Стукова [и др.] // Вопросы вирусологии. — 2011. — № 1. — С.17—21.
12. Пандемия гриппа 2009/2010: противовирусная терапия и тактика лечения / О.И. Киселев, Ф.И. Ершов, А.Т. Быков, В.И. Покровский. — СПб.: М.; Сочи: А-Принт, 2010. — 100 с.
13. Пандемия гриппа в России как часть глобального распространения гриппа А(Н1N1)pdm09 в 2009—2011 гг. / Л.С. Карпова, М.Ю. Пелих, К.А. Столяров [и др.] // Вопросы вирусологии. — 2012. — № 6. — С.26—30.
14. Патент на полезную модель «Шпатель для нанесения геля и мази на слизистую ротоглотки» RU 124156 U1 / С.В. Тютюнников, Ю.А. Антонов, И.С. Тютюникова // Официальный бюллетень ФГБУ «Федеральный институт промышленной собственности»: «Изобретения, полезные модели». 20.01.2013.
15. *Подгорбунских, Т.В.* Иммунологические показатели слюны у жителей Южного Урала: дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Подгорбунских. — Челябинск, 2005. — 169 с.
16. Применение твердофазного иммуноферментного анализа в формате микрочипа для количественного определения уровня цитокинов / С.А. Клотченко, В.В. Егоров, К.П. Никуленков [и др.] // Медицинская иммунология. — 2012. — Т. 14, № 4/5. — С.415—418.
17. Противовирусная терапия и профилактика острых респираторных инфекций / Л.В. Осидак, Е.Г. Головачева, Е.А. Дондурей [и др.] // Детские инфекции. — 2012. — Т. 11, спец. выпуск. — С.16—23.
18. Редкие симптомы (диарея, менингизм, геморрагический синдром) у больных гриппом различных субтипов / Е.В. Эсауленко, К.О. Стуколкин, Н.В. Дунаева

- [и др.] // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. — 2013. — Т. 1, № 71. — С.93—97.
19. Рекомбинантный интерферон в терапии острых поражений носоглотки вирусно-бактериальной этиологии у детей / Е.В. Образцова, Л.В. Осидак, Е.Г. Головачева [и др.] // Фарматека. — 2013. — № 15 (268). — С.99—103.
 20. Сравнительная эффективность препаратов интерферона альфа-2b в составе комплексной терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей в возрасте от 1 месяца до 7 лет / В.П. Дринецкий, Т.И. Антонова, Ю.Н. Линькова, Н.Е. Горелышева.
 21. Эпидемия гриппа А(H1N1)v в 2009 г. в России / Л.М. Цыбалова, Л.С. Карпова, А.Б. Комиссаров [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2011. — № 7. — С.30—37.
 22. Эпидемия гриппа в России в сезон 2012—2013 годов / Л.С. Карпова, А.А. Соминина, М.Ю. Пелих [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2013. — № 4(71). — С.7—13.
 23. Braquet, P., Paubert-Braquet, M., Bourgain, R.H. // J. Lipid Mediators. — 1989. — Vol. 1. — P.75—112.
 24. Chiappin, S. Saliva specimen: a new laboratory tool for diagnostic and basic investigation / S. Chiappin, G. Antonelli, R. Gatti [et al.] // Clin. Chim. Acta. — 2007. — Vol. 383. — P.30—40.
 25. Kita, M. Induction of cytokines in human peripheral blood mononuclear cells by mycoplasmas / M. Kita, Y. Ohmoto, Y. Hirai [et al.] // Microbiol. Immunol. — 1992. — Vol. 36. — P.507—516.
 26. Tartaglia, L., Goeddel D.V. // Immunol. Today. — 1992. — Vol. 113. — P.151.
 27. Young, H.A. // Seminars in Virology. — 1995. — Vol. 6. — P.175—180.
- [и др.] // Zhurnal infektologii. — 2012. — Т. 4, № 1. — С.36—41.
10. Noskov, V.B. Slyuna v klinicheskoi laboratornoi diagnostike / V.B. Noskov // Klinicheskaya laboratornaya diagnostika. — 2008. — № 6. — С.14—17.
 11. Pandemicheskii gripp 2009 goda v Rossii. Diagnostika i molekulyarno-biologicheskie harakteristiki virusa / O.I. Kiselev, A.B. Komissarov, M.A. Stukova [i dr.] // Voprosy virusologii. — 2011. — № 1. — С.17—21.
 12. Pandemiya grippa 2009/2010: protivovirusnaya terapiya i taktika lecheniya / O.I. Kiselev, F.I. Ershov, A.T. Bykov, V.I. Pokrovskii. — SPb.; M.; Sochi: A-Print, 2010. — 100 s.
 13. Pandemiya grippa v Rossii kak chast' global'nogo rasprostraneniya grippa A(H1N1)pdm09 v 2009-2011 gg. / L.S. Karpova, M.Yu. Pelih, K.A. Stolyarov [i dr.] // Voprosy virusologii. — 2012. — № 6. — С.26—30.
 14. Patent na poleznuyu model' «Shpatel' dlya naneseniya gelya i mazi na slizistuyu rotoglotki» RU 124156 U1 / S.V. Tyutyunnikov, Yu.A. Antonov, I.S. Tyutyunnikova // Oficial'nyi byulleten' FGBU «Federal'nyi institut promyshlennoi sobstvennosti»: «Izobreteniya, poleznye modeli». 20.01.2013.
 15. Podgorbunskih, T.V. Immunologicheskie pokazateli slyuny u zhitel'ei Yuzhnogo Urala: dis. ... kand. med.nauk / T.V. Podgorbunskih. — Chelyabinsk, 2005. — 169 s.
 16. Primenenie tverdogaznogo immunofermentnogo analiza v formate mikrochipa dlya kolichestvennogo opredeleniya urovnya citokinov / S.A. Klotchenko, V.V. Egorov, K.P. Nikulenkov [i dr.] // Medicinskaya immunologiya. — 2012. — Т. 14, № 4/5. — С.415—418.
 17. Protivovirusnaya terapiya i profilaktika ostryh respiratornyh infekcii / L.V. Osidak, E.G. Golovacheva, E.A. Dondurei [i dr.] // Detskie infekcii. — 2012. — Т. 11, spec. vypusk. — С.16—23.
 18. Redkie simptomy (diareya, meningizm, gemorragicheskii sindrom) u bol'nyh grippom razlichnyh subtipov / E.V. Esaulenko, K.O. Stukolkin, N.V. Dunaeva [i dr.] // Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta im. Yaroslava Mudrogo. — 2013. — Т. 1, № 71. — С.93—97.
 19. Rekombinantnyi interferon v terapii ostryh porazhenii nosoglotki virusno-bakterial'noi etiologii u detei / E.V. Obrazcova, L.V. Osidak, E.G. Golovacheva [i dr.] // Farmateka. — 2013. — № 15 (268). — С.99—103.
 20. Sravnitel'naya effektivnost' preparatov interferona alfa-2b v sostave kompleksnoi terapii ostryh respiratornyh virusnyh infekcii u detei v vozraste ot 1 mesyaca do 7 let / V.P. Drinevskii, T.I. Antonova, Yu.N. Lin'kova, N.E. Gorelysheva.
 21. Epidemiya grippa A(H1N1)v v 2009 g. v Rossii / L.M. Cybalova, L.S. Karpova, A.B. Komissarov [i dr.] // Vestnik Rossiiskoi akademii medicinskih nauk. — 2011. — № 7. — С.30—37.
 22. Epidemiya grippa v Rossii v sezon 2012—2013 godov / L.S. Karpova, A.A. Somnina, M.Yu. Pelih [i dr.] // Epidemiologiya i vakcinoprofilaktika. — 2013. — № 4(71). — С.7—13.
 23. Braquet, P., Paubert-Braquet, M., Bourgain, R.H. // J. Lipid Mediators. — 1989. — Vol. 1. — P.75—112.
 24. Chiappin, S. Saliva specimen: a new laboratory tool for diagnostic and basic investigation / S. Chiappin, G. Antonelli, R. Gatti [et al.] // Clin. Chim. Acta. — 2007. — Vol. 383. — P.30—40.
 25. Kita, M. Induction of cytokines in human peripheral blood mononuclear cells by mycoplasmas / M. Kita, Y. Ohmoto, Y. Hirai [et al.] // Microbiol. Immunol. — 1992. — Vol. 36. — P.507—516.
 26. Tartaglia, L., Goeddel D.V. // Immunol. Today. — 1992. — Vol. 113. — P.151.
 27. Young, H.A. // Seminars in Virology. — 1995. — Vol. 6. — P.175—180.

REFERENCES

1. Maksakova, V.L. Aktual'nye voprosy profilaktiki grippa i ORVI / V.L. Maksakova, M.K. Erofeeva // Farmateka. — 2013. — № 15 (268). — С.73—78.
2. Vzaimosvyaz' citokinovogo statusa i vyrazhennosti intoksikacionnogo sindroma pri grippe / L.V. Voloschuk, E.G. Golovacheva, A.L. Mushkatina [i dr.] // Infekciya i immunitet. — 2013. — Т. 3, № 3. — С.263—268.
3. Viferon® v terapii grippa i drugih ORI virusnoi i virusno-bakterial'noi etiologii u detei / L.V. Osidak, E.V. Obrazcova, E.G. Golovacheva [i dr.] // Detskie infekcii. — 2012. — Т. 11, № 1. — С.44—50.
4. Gripp: epidemiologiya, diagnostika, lechenie, profilaktika / pod red. akad. RAMN, prof. O.I. Kiseleva, d-ra med. nauk L.M. Cybalovoi, akad. RAMN, prof. V.I. Pokrovskogo. — M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2012. — 496 s.
5. Ershov, F.I. Antivirussnye preparaty / F.I. Ershov. — M.: Medicina, 2006. — 192 s.
6. Izuchenie vliyaniya raznyh subtipov virusa grippa A v prisutstvii protivovirusnyh preparatov na proliferatsiyu i induktsiyu faktora nekroza opuholi v kletochnyh liniyah cheloveka A-549 i ECV-304 / T.D. Smirnova, D.M. Danilenko, M.A. Plotnikova [i dr.] // Kletochnye kul'tury: inform. byulleten'. — 2012. — Vyp. 28. — С.37—49.
7. Instrukciya po medicinskomu primeneniyu preparata VIFERON®. Registratsionnyi nomer: R № 001142/02. Torgovoe nazvanie: VIFERON®. MNN ili gruppirovochnoe nazvanie: interferon alfa-2b.
8. Kochurova, E.V. Diagnosticheskie vozmozhnosti slyuny / E.V. Kochurova, S.V. Kozlov // Klinicheskaya laboratornaya diagnostika. — 2014. — № 1. — С.13—15.
9. Laboratornaya diagnostika ostryh respiratornyh virusnyh infekcii v usloviyah evolyucionnoi izmenchivosti virusov grippa / V.F. Suhoveckaya, E.A. Dondurei, V.P. Drinevskii

АНАЛИЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ФАРМАКОХОЛОДОВОЙ КАРДИОПЛЕГИИ

ГУЗЕЛЬ ФАРИТОВНА АБЗАЛОВА, аспирант кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-906-320-70-79, e-mail: guzelka88@bk.ru

ЗАЛИЯ КАМИЛЕВНА ЛАТИПОВА, аспирант кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-960-051-61-69, e-mail: zaliya87@rambler.ru

СВЕТЛАНА ДМИТРИЕВНА МАЯНСКАЯ, докт. мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-905-316-99-66, e-mail: smayanskaya@mail.ru

Цель — изучить причины гемодинамических нарушений во время коронарного шунтирования (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармакоолодической кардиоopleгии (ФХКП).

Методы исследования. Было обследовано 30 человек (6 женщин и 24 мужчины), страдающих ИБС, в возрасте от 39 до 76 лет, имеющих поражение двух (2 чел.), трех (10 чел.) и более четырех (18 чел.) коронарных артерий (КА). У всех больных выявлены гемодинамически значимые стенозы артерий, причем у 17 больных наблюдалась окклюзия сосудов различной локализации, у 4 — стеноз ствола левой КА более 80%, 53% пациентов перенесли инфаркт миокарда. Всем больным проводилась операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) или маммокоронарного шунтирования (МКШ) с наложением двух (9 чел.), трех (11 чел.) и более четырех шунтов (10 чел.). Всем больным КШ проводилось в условиях ИК и ФХКП. Всем пациентам до и через неделю после КШ были исследованы параметры сердечно-сосудистой гемодинамики методом объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) анализатором параметров кровообращения АПКО-8-РИЦ (фирма «Сетал», Казань). Пациенты были разделены на следующие группы: кардиохирургические больные, подключенные во время операции к аппарату ИК до одного часа (1-я группа — 12 чел.) и более одного часа (2-я группа — 18 чел.); с длительностью пере-

жания аорты (времени ишемии миокарда): 1-я группа — до 35 мин, 2-я группа — более 35 мин.

Результаты. Анализ гемодинамических параметров показал, что в 1-й группе (длительность ИК менее 1 ч) через 7 дней после операции сердечный выброс (СВ) уменьшился на 8%, ударный объем (УО) — на 2,9%. Во 2-й группе (длительность ИК более 1 ч) к 7-м сут после операции наблюдалось снижение СВ на 14%, УО — на 27%, мощность сокращения левого желудочка (ЛЖ) — на 37%. В группе больных с длительностью пережатия аорты до 35 мин СВ снижался на 3,8%, УО — на 7%, мощность сокращения ЛЖ — на 16%. В группе больных, где время ишемии миокарда составляла более 35 мин, СВ снижался на 12,7%, УО — на 30%, мощность сокращения ЛЖ — на 34,2%.

Выводы. Таким образом, предварительный анализ сердечно-сосудистых гемодинамических параметров в динамике КШ, полученных методом ОКО, показал, что в группе больных с длительностью ИК более 1 ч и временем ишемии миокарда более 35 мин выявлялось ухудшение инотропной функции сердца в большей степени, чем в предыдущей группе. Полученные данные свидетельствуют о том, что при операциях на сердце высокая продолжительность искусственного кровообращения (ИК) и длительное пережатие аорты зажимом являются причиной гемодинамической дисфункции сердечной мышцы.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ЛИЛИЯ ФАРИДОВНА БАЙБУЛАТОВА, врач терапевтического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ, e-mail: liliya-bajbulatova@yandex.ru

ЛИЛИЯ ХАТИМОВНА САФАРГАЛИЕВА, начальник терапевтического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ, e-mail: Safargalieva.lilia@mail.ru

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: 49.namirov@mail.ru

Реферат. В статье кратко описан клинический случай тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) у молодого мужчины. Несмотря на характерное начало заболевания, был выставлен диагноз: внебольничная пневмония. Данный клинический случай демонстрирует сложность проявлений ТЭЛА и маскирование ее под внебольничную пневмонию. При развитии немассивной ТЭЛА (респираторно-циркуляторный вариант) имеется достаточно времени для проведения экстренных диагностических и лечебных мероприятий. На мысли о ТЭЛА нас навело

отсутствие динамики пневмонии и рентгенологического регресса на амбулаторном этапе, несмотря на адекватную терапию на стационарном этапе при лечении антибиотиками. Обращали на себя внимание характерные изменения электрокардиограммы и рентгенограммы. Наконец, сомнений в диагнозе не осталось после проведения РКТ.

Ключевые слова: тромбоз легочной артерии, внебольничная пневмония.

Введение. Одним из тяжелейших и драматически протекающих острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся высоким риском смертельного исхода, является тромбоз легочной артерии (ТЭЛА). Под этим термином понимают окклюзию сосудистого русла легких тромбами, первично образовавшимися в венах большого круга кровообращения либо в правых полостях с рецидива заболевания.

В общей структуре причин внезапных летальных исходов ТЭЛА занимает третье место. Смертность от нее в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%.

Вероятность возникновения ТЭЛА особенно высока у тучных пациентов пожилого возраста, а также при длительной иммобилизации (не случайно ТЭЛА называют болезнью «прикованных к постели»). Частота развития ТЭЛА повышается при инфаркте миокарда, инсульте, пороках сердца, сердечной недостаточности, мерцательной аритмии, злокачественных опухолях, обширных ожогах, беременности, полициемии, сепсисе. При хирургических вмешательствах риск развития ТЭЛА особенно высок в ортопедии, онкологии, общей хирургии, гинекологии и урологии. Частота возникновения ТЭЛА со смертельным исходом при ортопедических операциях достигает 5%. Известны случаи развития ТЭЛА и у здоровых людей при применении эстрогенов, длительном фиксированном положении нижних конечностей.

Судить об истинной частоте легочной эмболии довольно трудно, так как многие случаи клинически остаются нераспознанными. ТЭЛА зачастую может протекать бессимптомно, что характерно для поражения дельтовых и сегментарных артерий. Частота несмертельной эмболии колеблется в широких пределах от 23 до 220 случаев на 100 000 населения в год, но даже массивное эмболическое поражение легочных артерий прижизненно не диагностируется клиницистами у 40—70% больных. Вместо нее нередко ошибочно диагностируют инфаркт миокарда, «банальную», а не инфарктную пневмонию и пр.

Чаще всего в малый круг кровообращения попадают тромбы, сформированные в системе нижней полой вены. У подавляющего большинства больных источники ТЭЛА локализируются в глубоких венах нижних конечностей и магистральных венах таза. Встречается тромботическое поражение печеночных и почечных вен. К тромбозу иногда может приводить тромбоз в бассейне верхней полой вены и правом предсердии (последний развивается на фоне мерцательной аритмии и дилатационной кардиомиопатии). Эмболизация легочного сосудистого русла возможна при эндокардите трехстворчатого клапана и эндокардиальной электрокардиостимуляции, осложненной тромбозом правых отделов сердца.

Как правило, ТЭЛА возникает при эмболических формах венозного тромбоза. Поток крови смывается свободно расположенная в просвете вены часть

тромба, не фиксированная к сосудистой стенке. Длина тромбов может достигать 15—30 см и более. Окклюзивное тромботическое поражение, при котором тромбы плотно спаяны со стенкой вены, обычно не сопровождается эмболизацией легочного артериального русла.

Можно выделить три рефлекторных механизма в генезе патофизиологических изменений:

- падение системного артериального давления;
- спазм не подвергнутых эмболизации легочных артерий и артериол;
- рефлекторную одышку, которая наряду с уменьшением кровотока через легкие способствует углублению гипоксии.

Возбуждение сосудистых рецепторов происходит механическим и химическим путем. Высвобождающиеся из эндотелия и тромбов биологически активные амины (гистамин, серотонин, брадикинин, простагландин, тромбоксан А₂ и др.) не только оказывают вазоконстрикторное влияние, но и вызывают бронхоспазм, усугубляя нарушения баланса между вентиляцией и перфузией. Следует особо подчеркнуть, что такие эффекты характерны для «мелкой» (артериолярной) эмболии. При тромбозе крупных легочных артерий рефлекторные реакции выражены слабо или вообще отсутствуют.

Целесообразно выделить две клинические формы массивной эмболии:

- циркуляторную, при которой доминируют признаки острой недостаточности кровообращения;
- респираторную с преобладанием легочно-плеврального синдрома.

В первый час заболевания умирает примерно 1/3 больных с массивным эмболическим поражением легочных артерий. Как правило, состояние большинства этих пациентов отягощено тяжелой сопутствующей патологией, остальные — исходно «здоровые» в гемодинамическом плане молодые люди переживают этот срок. Часть из них может погибнуть в течение первых суток и позже с момента ТЭЛА. У многих, даже при отсутствии специфического лечения, постепенно восстанавливается проходимость сосудов за счет эндогенного гуморального и лейкоцитарного тромболитического, высокой степени активности процессов ретракции и васкуляризации тромбов.

Если в легочное артериальное русло попадает тромбоз с явлениями соединительнотканной трансформации, то постэмболическая окклюзия сосудов сохраняется на протяжении всей оставшейся жизни больного. Обструкция крупных легочных артерий приводит к развитию тяжелой гипертензии в малом круге кровообращения и формированию хронического легочного сердца. От его декомпенсации пациенты погибают спустя месяцы и даже годы после возникновения эмболии.

Таким образом, в большинстве случаев, когда жизни больных угрожает ТЭЛА, имеется достаточно

времени для проведения экстренных диагностических и лечебных мероприятий.

Клинический случай

Пациент Ш., 1964 г.р., находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении с 17.01.2014 по 11.02.2014 г.

При поступлении пациент предъявлял жалобы на выраженную слабость, покашливание без выделения мокроты, повышение температуры тела до 37,3°C, боли в области задней поверхности грудной клетки, усиливающиеся при движении, головокружение. Пациент сообщил, что данные жалобы появились после переохлаждения 5 дней назад, пациент особо выделил точное время появления резких болей в области грудной клетки. 15.01.2014 пациент обратился в поликлинику, где была сделана рентгенография органов грудной клетки (ОГК) и УЗИ ОГК с обнаружением свободной жидкости в правой плевральной полости около 200 мл в объеме.

Был выставлен диагноз: правосторонняя внебольничная пневмония и было назначено амбулаторное лечение: аугментин 1000 мг три раза в день, АЦЦ. На фоне начато лечения состояние пациента вначале незначительно улучшилось, но затем начала прогрессировать слабость.

17.01.2014. Пациент был госпитализирован в стационар в плановом порядке с диагнозом: правосторонняя внебольничная пневмония.

При осмотре обращало на себя внимание ослабленное дыхание в нижних отделах легких справа и притупление в нижних отделах справа. Было назначено лечение: цефтриаксон, азитромицин, флуимуцил, диклофенак, лазикс.

Лабораторные и инструментальные данные при поступлении:

20.01.2014. ФЖЕЛ. Заключение: ЖЕЛ в пределах нормы. Вентиляционная способность легких в пределах нормы. Показатели бронхиальной проходимости в пределах нормы. Умеренные нарушения проходимости мелких бронхов.

23.01.2014. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Заключение: на момент осмотра достоверных данных об остром тромбозе вен нижних конечностей не выявлено.

23.01.2014. Дуплексное сканирование артерий нижних конечностей. Заключение: атеросклероз артерий нижних конечностей со стенозированием: справа ОБА до 30%; ПБА на уровне средней трети бедра до 20%; ???слева ОБА до 20%. Кровоток в правой ПКА усилен.

22.01.2014. Консилиум в составе Э.Б. Фролова, проф. Н.Б. Амирова, А.З. Шарафиева, к.м.н. Н.А. Цибулькина, Л.Х. Сафаргалиева. Пациент в контакте, состояние средней степени тяжести. Было высказано предположение о тромбозе мелких ветвей легочной артерии.

24.01.2014. На компьютерной томографии органов грудной полости (легких и средостения) были обнаружены РКТ-признаки тромбоза средних и крупных ветвей правой легочной артерии, правостороннего плеврита, правосторонней нижнедолевой инфаркт-пневмонии.

24.01.2014. Консультирован ангиохирургом доцентом Б.М. Миролубовым, выставлен диагноз: ТЭЛА ветвей правой нижнедолевой артерии. Инфаркт-пневмония. ДН1. Рекомендовано продолжать начатую антикоагуляционную терапию варфарином, продолжать антибактериальную терапию.

27.01.2014. На рентгенографии ОГК в правой боковой проекции выявлено треугольное затемнение.

28.01.2014. УЗИ: в правой плевральной полости визуализируется свободная жидкость (100 мл).

20.01.2014. ЭКГ: синусовый ритм 67 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Снижен вольтаж зубцов желудочкового комплекса в отведениях, усиленных от конечностей, смещена переходная зона вправо. Синдром укороченного PQ-интервала.

11.03.2014. УЗИ ОБП почки. Заключение: патологии не выявлено.

06.03.2014. Рентгенография ОГК. В правой боковой проекции в заднебазальном сегменте справа определяется треугольной формы затемнение. Диффузное усиление, обогащение, уплотнение, деформация легочного рисунка. Плевродиафрагмальные плевромедиастинальные спайки справа. Уплотнена междолевая плевра справа. Корни полнокровные, широкие, тяжистые. Сог-границы не расширены, талия сглажена, выбухание 2-й дуги слева.

При выписке был выставлен заключительный клинический диагноз: тромбоз мелких и крупных ветвей правой легочной артерии, осложненная инфаркт-пневмонией, плевритом ДН2. Посттромбофлебитическая болезнь правой нижней конечности. ХВН 2-й степени. Хронический гастродуоденит. Гепатоз. Гонартроз правого коленного сустава, 2-я стадия, ФК1.

Рекомендован диспансерный учет терапевта, избегать переохлаждений, продолжить прием варфарина под контролем МНО, консультация кардиохирурга в МКДЦ по поводу проведения коронарографии.

Данный клинический случай демонстрирует сложность проявлений ТЭЛА и маскирование ее под внебольничную пневмонию. На мысли о ТЭЛА нас навело отсутствие динамики пневмонии и рентгенологического регресса на амбулаторном этапе, а также несмотря на адекватную терапию на стационарном этапе при лечении антибиотиками следующей линии. Обращали на себя внимание характерные изменения электрокардиограммы и рентгенограммы. Наконец, сомнений в диагнозе не осталось после проведения РКТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Geerts, W.H.* A prospective study of venous thromboembolism after major trauma / W.H. Geerts, K.I. Code, R.M. Jay [et al.] // *N. Engl. J.-Med.* 331 (24): 1601–6. DOI:10.1056/NEJM199412153312401. PMID 7969340 (December, 1994).
2. *Кириенко, А.И.* Тромбоз легочных артерий: диагностика, лечение и профилактика / А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин, Д.А. Чуриков.
3. *White, R.H.* The epidemiology of venous thromboembolism / R.H. White // *Circulation.* — Vol. 107(23), suppl 1. — P.14—8. DOI:10.1161/01.CIR.0000078468.11849.66. PMID 12814979 (June 2003).

4. *Horlander, K.T.* Pulmonary embolism mortality in the United States, 1979—1998: an analysis using multiple-cause mortality data / K.T. Horlander, D.M. Mannino, K.V. Leeper // *Arch. Intern. Med.* — 163 (14): 1711–7. DOI:10.1001/archinte.163.14.1711. PMID 12885687 (July 2003).
5. *Карташева, А.* Тромбоземболия легочной артерии. Новые рекомендации ESC / А. Карташева // *Medicine Review.* — 2008. — Т. 4, вып. 4. — С.56—64.
6. *Савельев, В.С.* Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоземболических осложнений / В.С. Савельев, Е.И. Чазов, Е.И. Гусев [и др.] // *Медиа Сфера.* — 2010. — Т. 4, вып. 2. — С.1—37.
2. *Kirienko, A.I.* Tromboemboliya legochnyh arterii: diagnostika, lechenie i profilaktika / A.I. Kirienko, A.A. Matyushenko, V.V. Andriyashkin, D.A. Churikov.
3. *White, R.H.* The epidemiology of venous thromboembolism / R.H. White // *Circulation.* — Vol. 107(23), suppl 1. — P.14—8. DOI:10.1161/01.CIR.0000078468.11849.66. PMID 12814979 (June 2003).
4. *Horlander, K.T.* Pulmonary embolism mortality in the United States, 1979—1998: an analysis using multiple-cause mortality data / K.T. Horlander, D.M. Mannino, K.V. Leeper // *Arch. Intern. Med.* — 163 (14): 1711–7. DOI:10.1001/archinte.163.14.1711. PMID 12885687 (July 2003).
5. *Kartasheva, A.* Tromboemboliya legochnoi arterii. Novye rekomendacii ESC / A. Kartasheva // *Medicine Review.* — 2008. — Т. 4, вып. 4. — С.56—64.
6. *Savel'ev, V.S.* Rossiiskie klinicheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike venoznyh tromboembolicheskikh oslozhnenii / V.S. Savel'ev, E.I. Chazov, E.I. Gusev [i dr.] // *Media Sfera.* — 2010. — Т. 4, вып. 2. — С.1—37.

REFERENCES

1. *Geerts, W.H.* A prospective study of venous thromboembolism after major trauma / W.H. Geerts, K.I. Code, R.M. Jay [et al.] // *N. Engl. J.-Med.* 331 (24): 1601–6. DOI:10.1056/NEJM199412153312401. PMID 7969340 (December, 1994).

ВЫЯВЛЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ САМООПРОСНИКА ДЕПРЕССИИ CES-D

Г.С. ГАЛЯУТДИНОВ, М.А. ЛОНКИН

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Цель работы — выявление депрессии как одной из самых частых реактивных состояний у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью, с помощью самоопросника CES-D.

Методы. Обследовано 20 больных с хронической сердечной недостаточностью I—IV функционального класса различной этиологии. Контрольную группу составили 13 практически здоровых лиц. Определение выраженности когнитивных нарушений проводилось по результатам самоопросника депрессии CES-D. Достоверность различий показателей когнитивных

нарушений в сравниваемых группах оценивалась по U-критерию Манна—Уитни.

Результаты. Результат опроса по самоопроснику депрессии CES-D у больных составил (19,6±1,99) усл.ед., у здоровых — (11,3±2,39) усл.ед. ($p<0,05$). Эти цифры достоверно говорят о наличии легкой депрессии у обследованных пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью.

Заключение. Самоопросник депрессии CES-D является удобной и простой методикой выявления когнитивных нарушений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЛИЦЕЙСКИХ

А.В. ГОЛЕНКОВ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

С.Н. САВАСТЬЯНОВ, подполковник внутренней службы, начальник ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Чувашской Республике», Чебоксары

Н.Г. КУРАКИНА, врач-психиатр-нарколог ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Чувашской Республике», Чебоксары

Н.В. ЛАВРЕНТЬЕВА, врач-психиатр ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Чувашской Республике», Чебоксары

Л.И. ГОЛИШНИКОВА, врач-психиатр ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Чувашской Республике», Чебоксары

Реферат. При обследовании 407 полицейских мужчин симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) выявлены у 16%, депрессивные состояния — у 3%. Корреляционный анализ показал связь этих расстройств между собой, а также со служебными командировками и прочими производственными стрессами.

Ключевые слова: ПТСР, депрессивные состояния, полицейские.

Введение. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является реакцией на значимые для личности события, которые угрожают здоровью, жизни, существованию изменению социального положения индивида [4—8]. В зарубежной

литературе выделяют острое ПТСР (симптомы, связанные со стрессом, сохраняются в статусе менее 3 мес), хроническое (более 3 мес) и отставленное (развивается через 6 мес после произошедшего события), по полноте развития — частичное (с от-

дельными симптомами ПТСР) и полное (развернутая клиническая картина ПТСР). Если у населения ПТСР встречается в среднем у 4%, то у полицейских — от 6 до 32% [4]. Распространенность этого психического расстройства (ПР) резко возрастает у участников войн и различных боевых действий. Последствия ПТСР могут приводить к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, метаболическому синдрому и др., а также к депрессии, тревожным расстройствам, злоупотреблению алкоголем, суицидальному поведению сотрудников правоохранительных органов [4—7].

Наши предыдущие работы показали, что 49% полицейских имели от одного до четырех факторов риска здоровья (нерегулярное питание — у 14,2%, переедание — у 18,8%, курение — у 28,2%, злоупотребление чаем/кофе — у 10,2%, алкоголем — у 10,8%) [1]. Нарушения сна выявлялись у 30,7%, регулярно принимали снотворные препараты 1,0%, многие были плохо осведомлены в вопросах гигиены сна [2]. Влияние стресса и связанных с ним ПР осталось недостаточно изученным. Между тем краткий обзор литературы убеждает в актуальности таких исследований.

Цель исследования — изучить распространенность ПТСР и депрессивных состояний, стрессовые факторы, влияющие на их развитие, у сотрудников правоохранительных органов.

Материал и методы. В ФКУЗ «МСЧ МВД России по Чувашской Республике» анонимно опрошено 407 мужчин полицейских в возрасте от 21 года до 56 лет [средний возраст — (34,3±6,4) года] со стажем работы от 1 до 35 лет [средний стаж — (12,6±6,1) года].

Для выявления ПТСР использовалась четырехпунктная шкала А. Prins et al. [8] депрессивных состояний «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра» [3].

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения — М, стандартного отклонения — SD), критерия Пирсона (χ^2) для таблицы 2×2 и корреляционного анализа.

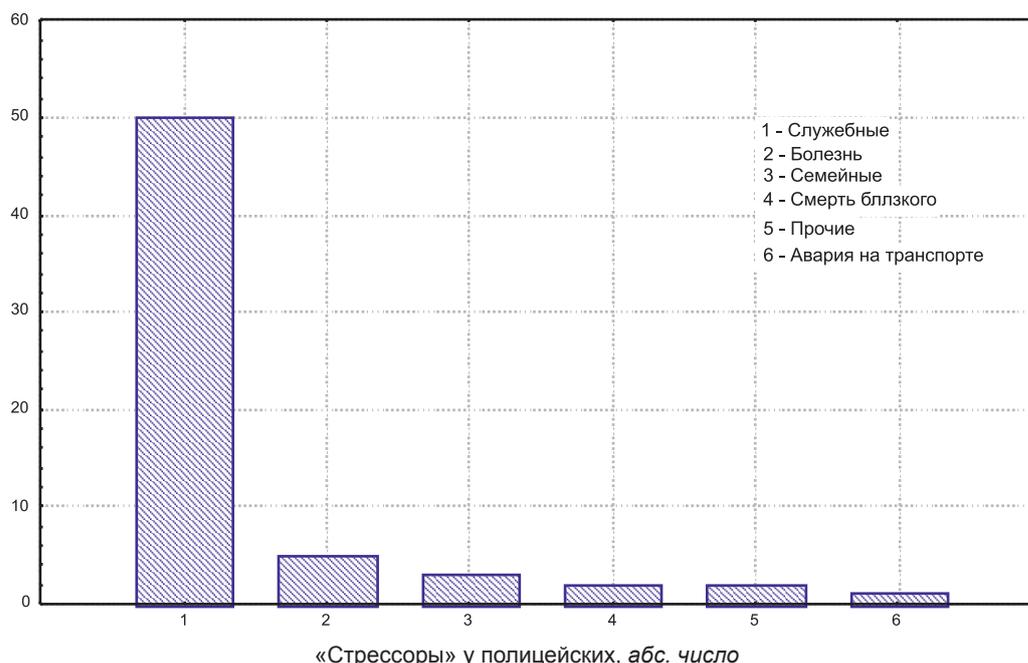
Результаты и их обсуждение. Симптомы ПТСР определялись у 65 (16,0%) из 407 полицейских, развернутое и полностью сформированное расстройство квалифицировать не удалось (таблица). Сотрудники с ПТСР чаще связывали стресс с выполнением своих служебных обязанностей (21,3 vs 12,8%; $\chi^2 = 5,090$; $df = 1$; $p = 0,02$) и участием в силовых операциях во время командировок в «горячие точки» нашей страны (22,0 vs 12,5%; $\chi^2 = 6,435$; $df = 1$; $p = 0,01$). Обнаружены корреляционные связи ПТСР с их числом ($p < 0,05$) и уровнем образования полицейских ($p < 0,05$).

На рисунке показаны значимые события («стрессоры»), отмеченные респондентами. Видно, что

Утвердительные ответы обследованных на вопросы шкалы А. Prins et al. (2003)

В Вашей жизни произошли события, которые были такими неприятными и выводили Вас из душевного равновесия, что:	Абс. число	%
1. Вам снятся кошмары или Вы непроизвольно вспоминаете об этом?	5	1,2
2. Вы прикладываете усилия, чтобы не думать об этом или избегаете ситуаций, которые могут напомнить это событие?	4	1,0
3. Вы постоянно «на страже», бдительны или Вас легко потревожить?	57	14,0
4. Вы чувствуете оцепенение, отчуждение и сниженную реакцию на окружающие события и людей?	2	0,5
Всего	68*	16,7

* 62 человека дали утвердительный ответ на 1 вопрос, 3 — на два.



79,4% составляют ситуации, так или иначе связанные с выполнением полицейскими своих служебных обязанностей.

Депрессивные состояния квалифицированы у 3,0% опрошенных, а отдельные симптомы аффективных расстройств — у 8,8%. Выявлены тесные корреляционные связи между депрессией, проявлениями ($p < 0,05$) и числом симптомов ПТСР ($p < 0,05$), служебными командировками ($p < 0,05$) и их количеством ($p < 0,05$).

Как утверждают авторы [8], методика PC-PTSD позволяет выявить ПТСР у 78% респондентов. Причем это могут быть и ветераны боевых действий, и обычные пациенты амбулаторной медицинской сети. Надежность составляет 0,83, специфичность — 0,87. К достоинствам методики также могут быть отнесены краткость и предельно простая оценка (да/нет). У мужчин все показатели несколько выше, чем у женщин [8].

Другой используемый в исследовании опросник [3] позволяет выявить широкий круг расстройств аффективного спектра, включая субклинические варианты депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств. Диагноз (суб)депрессии подтверждается в 90% случаев. Однако в сельской местности выявляемость аффективных нарушений может быть ниже этого значения.

В зарубежной литературе встречаются сходные с нашими находки о распространенности ПТСР у полицейских и связь этих ПР с работой. Так, при обследовании в Канаде из 132 сотрудников правоохранительных органов сформированные ПТСР были выявлены у 8,6%, частичные (редуцированные) — у 6,8% [5], в Бразилии (157 полицейских) — соответственно 8,9 и 16,0%. Полицейские с ПТСР, включая отдельные симптомы, находились в разводе, чаще обращались за консультациями к врачам и хуже себя чувствовали, высказывали суицидальные мысли [6].

Подтверждается обнаруженная нами связь между ПТСР и депрессией. Причем на развитие депрессии существенно влияли стрессовые события до начала службы в полиции [7]. Наше предыдущее исследование также выявило кошмарные и тревожные сновидения, являющиеся одним из кардинальных признаков ПТСР, у 14,3% сотрудников МВД, которые увеличивались с возрастом и стажем работы, были связаны с производственным стрессом [2]. Эта цифра согласуется с описанными показателями ПТСР (16,0%).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование позволило определить распространенность ПТСР в репрезентативной группе полицейских, связь этих ПР со служебными командировками, производственными стрессами и депрессивными состояниями. Обнаруженные находки могут косвенно свидетельствовать о высоком уровне алекситимии у сотрудников правоохранительных органов, что необходимо учитывать врачам и психологам медико-санитарных частей МВД в своей повседневной работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Голенков, А.В.* Распространенность факторов риска здоровью среди сотрудников правоохранительных органов / А.В. Голенков, Н.Г. Куракина // Вопросы наркологии. — 2013. — № 3. — С.26—31.
2. *Голенков, А.В.* Нарушения сна у сотрудников органов внутренних дел / А.В. Голенков, Н.Г. Куракина, Е.А. Прокопьева, Л.И. Голишникова // Медицинский вестник МВД. — 2014. — № 2. — С.68—71.
3. *Краснов, В.Н.* Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.
4. *Javidi, H.* Post-traumatic Stress Disorder / H. Javidi, M. Yadollahie // Int. J. Occup. Environ. Med. — 2012. — Jan. — Vol. 3, № 1. — P.2—9.
5. *Maia, D.B.* Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health / D.B. Maia, C.R. Marmar, T. Metzler [et al.] // J. Affect. Disord. — 2007. — Vol. 97, № 1/3. — P.241—245.
6. *Martin, M.* Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers / M. Martin, A. Marchand, R. Boyer, N. Martin // J. Trauma Dissociation. — 2009. — Vol. 10, № 4. — P.451—468.
7. *McCanlies, E.* Associations of Symptoms of Depression and Posttraumatic Stress Disorder with Peritraumatic Dissociation, and the role of Trauma Prior to Police Work / E. McCanlies, K. Sarkisian, M. Andrew [et al.] // Occup. Environ. Med. — 2014. — Vol. 71, suppl. 1:A67. — doi: 10.1136/oemed-2014-102362.209.0065.
8. *Prins, A.* The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics / A. Prins, P. Ouimette, R. Kimerling [et al.] // Primary Care Psychiatry. — 2003. — Vol. 9, № 1. — P.9—14.

REFERENCES

1. *Golenkov, A.V.* Rasprostranennost' faktorov riska zdorov'yu sredi sotrudnikov pravoohranitel'nyh organov / A.V. Golenkov, N.G. Kurakina // Voprosy narkologii. — 2013. — № 3. — S.26—31.
2. *Golenkov, A.V.* Narusheniya sna u sotrudnikov organov vnutrennih del / A.V. Golenkov, N.G. Kurakina, E.A. Prokop'eva, L.I. Golishnikova // Medicinskii vestnik MVD. — 2014. — № 2. — S.68—71.
3. *Krasnov, V.N.* Rasstroistva affektivnogo spektra / V.N. Krasnov. — M.: Prakticheskaya medicina, 2011. — 432 s.
4. *Javidi, H.* Post-traumatic Stress Disorder / H. Javidi, M. Yadollahie // Int. J. Occup. Environ. Med. — 2012. — Jan. — Vol. 3, № 1. — P.2—9.
5. *Maia, D.B.* Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health / D.B. Maia, C.R. Marmar, T. Metzler [et al.] // J. Affect. Disord. — 2007. — Vol. 97, № 1/3. — P.241—245.
6. *Martin, M.* Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers / M. Martin, A. Marchand, R. Boyer, N. Martin // J. Trauma Dissociation. — 2009. — Vol. 10, № 4. — P.451—468.
7. *McCanlies, E.* Associations of Symptoms of Depression and Posttraumatic Stress Disorder with Peritraumatic Dissociation, and the role of Trauma Prior to Police Work / E. McCanlies, K. Sarkisian, M. Andrew [et al.] // Occup. Environ. Med. — 2014. — Vol. 71, suppl. 1:A67. — doi: 10.1136/oemed-2014-102362.209.0065.
8. *Prins, A.* The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics / A. Prins, P. Ouimette, R. Kimerling [et al.] // Primary Care Psychiatry. — 2003. — Vol. 9, № 1. — P.9—14.

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У КОМБАТАНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

*ЕЛЕНА ГЕННАДЬЕВНА ИЧИТОВКИНА, Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел, Киров
МАРИНА ВЛАДИМИРОВНА ЗЛОКАЗОВА, Кировская государственная медицинская академия, Киров
АНДРЕЙ МАРАТОВИЧ ЭПШТЕЙН, Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел, Киров*

В условиях нестабильности политической обстановки в мире, роста количества локальных вооруженных конфликтов не только на Ближнем Востоке, но и в Европе, остро встает задача совершенствования подходов к диагностике, профилактике, терапии пограничных психических расстройств, в том числе посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) (Гудков А.Б., 2014).

Целью настоящего исследования явилась оценка динамики личностных особенностей комбатантов после перенесенного посттравматического стрессового расстройства.

Материал и методы. Обследовано 138 комбатантов МВД по Кировской области — участников командировок в Северо-Кавказский регион (СКР) в период с 2007 по 2009 г., проходивших терапию в связи с наличием ПТСР. Все обследуемые были поделены на четыре группы в зависимости от типа течения ПТСР: обследуемые I группы имели в анамнезе тревожный тип ПТСР (36 чел., 26,1%), II группы — эксплозивный тип ПТСР (33 чел., 23,9%), III группы — соматоформный тип ПТСР (38 чел., 27,5%), IV группы — конверсионный тип ПТСР (31 чел., 22,5%). Средний возраст обследуемых составил (35,2±1,3) года, стаж службы — (10±1,1) года, количество командировок в СКР — 5,3±1,1; достоверных различий между сотрудниками подразделений по указанным параметрам не было.

Первое экспериментально-психологическое обследование проводилось при направлении в служебную командировку в СКР (до участия в боевых действиях), применялся стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ/ММРП) в отечественной модификации (Собчик М.Н., 2000), регламентированный для использования Главным центром психодиагностики МВД России. Клиническое обследование проводилось после возвращения из СКР в течение 5 дней, диагностика ПТСР осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Повторное клиническое и экспериментально-психологическое исследование осуществлялось через 1 год после проведенного лечения, анализировалась динамика психологических особенностей.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы SPSS 13.0. Применялся метод вариационной статистики с вычислением среднего значения, доверительных интервалов, определения вероятности ошибки. Для парных сравнений применялся *t*-критерий Стьюдента для независимых групп. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При проведении клинического обследования через год после проведенной терапии у 99,8% комбатантов, пролеченных

в связи ПТСР, отмечалась полная редукция психопатологических симптомов.

Анализ динамики личностного профиля СМИЛ показал, что комбатантам I группы до участия в боевых действиях были свойственны повышенная тревожность (55,1±2,6) с невысокой социальной активностью и избирательностью в контактах. Через год после лечения выявлены негативные тенденции: заострение исходно высокого уровня тревожности (55,1±2,6 и 62,6±2,7**), снижение оптимистичности (54,3±6,1 и 44,0±3,1**), рост показателя социальной интравертированности (48,0±2,9 и 70,0±3,3), что условно можно отнести к комбатантной акцентуации «тревожно-интравертированного типа».

У комбатантов II группы личностные особенности по профилю СМИЛ в преморбиде характеризовались повышенной тревожностью (55,1±2,6) в сочетании с оптимистическим настроением на окружение (54,3±6,1). Через 1 год после лечения профиль достоверно изменился: наблюдался рост шкал невротической триады [невротический сверхконтроль (50,3±2,7 и 54,5±2,6*), пессимистичность (49,3±3,1 и 59,7±2,5**), эмоциональная лабильность (48,3±2,7 и 56,3±4,7**) и существенный рост по шкале импульсивность (54,8±1,7, 62,4±3,4**). У них сформировалась комбатантная акцентуация личности с выраженным нарушением межличностной коммуникативности, пессимизмом, импульсивностью — «эксплозивно-пессимистический тип».

У полицейских, получавших лечение в связи с соматоформным типом ПТСР, в преморбиде преобладали астеноневротические черты личности с повышенной тревожностью. В динамике по профилю СМИЛ через 1 год после терапии произошло заострение ранее свойственных особенностей: невротического сверхконтроля (49,8±1,358,1±2,1**), тревожности (54,8±1,9 и 65,1±2,7**), у них сформировалась комбатантная акцентуация личности «тревожно-невротического типа».

Лицам, пролеченным в связи с конверсионным типом ПТСР, в преморбиде был свойственен гипертимный тип личности. Через год после терапии произошло нивелирование таких личностных характеристик, как оптимистичность, индивидуальность и мужественность, появились не свойственные ранее невротические черты в форме пессимистичности (48,8±1,3 и 63,6±1,9**), эмоциональной лабильности (48,1±2,3 и 58,4±2,3**), ригидности (47,3±1,455,2±1,3*), сформировалась акцентуация личности «ригидно-дисфорического типа».

Заключение. Несмотря на редукцию психопатологической симптоматики, после проведенного лечения у всех комбатантов определяются негативные психодинамические черты в форме

тревожно-интравертированных, эксплозивно-пессимистических, ригидно-дисфорических личностных особенностей.

Необходимо рассмотреть вопрос о разработке и внедрении в деятельность медико-санитарных частей по регионам Российской Федерации личностно ориентированного полипрофессионального

подхода (психиатр, психотерапевт, клинические психологи) при проведении психокоррекционных мероприятий комбатантам для минимизации проявлений вышеописанных личностных особенностей, психопрофилактики деструктивного поведения и повышения личностной и функциональной надежности сотрудников органов внутренних дел.

СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЗАЛИЯ КАМИЛЕВНА ЛАТИПОВА, аспирант кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-960-051-61-69, e-mail: zaliya87@rambler.ru

ГУЗЕЛЬ ФАРИТОВНА АБЗАЛОВА, аспирант кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-906-320-70-79, e-mail: guzelka88@bk.ru

СВЕТЛАНА ДМИТРИЕВНА МАЯНСКАЯ, докт. мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-905-316-99-66, e-mail: smayanskaya@mail.ru

Цель — проанализировать показатели ригидности артерий у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста в зависимости от величины пульсового артериального давления (ПАД).

Материал и методы. Обследовано 26 пациентов пожилого и старческого возраста от 61 до 83 лет, средний возраст составил (70,8±6,4) года, с АГ 2—3-й степени, из них 19 — с ПАД≥51 мм рт.ст., в среднем (62,8±9,8) мм рт.ст., 7 — с ПАД≤50 мм рт.ст., в среднем (45,7±3,6) мм рт.ст. Стаж АГ — от 3 до 40 лет, в среднем (20,6±12,1) года. Всем больным проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с определением параметров ригидности центральных и периферических артерий с усреднением показателей за сутки «BPLab» (Н.Новгород).

Результаты исследования. По данным СМАД у пациентов с ПАД≥51 мм рт.ст. систолическое (САД), диастолическое (ДАД) и среднее за сутки (ср. АД) артериальное давление было достоверно выше, чем у больных с ПАД≤50 мм рт.ст. При этом у пациентов с высоким ПАД время распространения отраженной волны (RWTT) и скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}) были больше, чем в группе с ПАД≤50 мм рт.ст. на 2,3 и 9,9% соответственно, что соответствовало росту жесткости

сосудистой стенки. Индекс ригидности артерий (ASI) и ASI, приведенный к САД, равному 100 мм рт.ст., и частота сердечных сокращений (ЧСС), равная 60 уд/мин, был повышен на 36,6 и 48,4% по сравнению с аналогичным показателем в группе ПАД≤50 мм рт.ст. Индекс аугментации (Aix) был положительный в обеих группах. Однако Aix, приведенный к ЧСС 75 уд/мин, у пациентов с ПАД≤50 мм рт.ст. сохранялся отрицательным, тогда как в группе с ПАД≥51 мм рт.ст. становился положительным. Максимальная скорость нарастания артериального давления [(dP/dt)_{max}] в плечевой артерии была достоверно выше в группе с ПАД≤50.

Выводы. Таким образом, полученные показатели скорости и интенсивности распространения пульсовой и отраженной волн свидетельствовали о различии степени жесткости и ригидности стенок аорты и периферических сосудов у пациентов с АГ пожилого и старческого возраста с разным ПАД. Так, у больных с ПАД≥51 мм рт.ст. наблюдалась более выраженная интенсивность отраженной пульсовой волны (по усредненному Aix), что, по-видимому, может служить дополнительным прогностическим параметром неблагоприятного течения изолированной систолической АГ. Время распространения отраженной волны и амбулаторный индекс ригидности сосудов уменьшаются при ПАД ≥51 мм рт.ст.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОЖИРЕНИЯ У СОТРУДНИКОВ ГОСАВТОИНСПЕКЦИИ

ИЛОНА АНДРАНИКОВНА МЕЛИКЯН, ТАТЬЯНА ЕВГЕНЬЕВНА ЧЕРНЫШОВА, ИГОРЬ ВАСИЛЬЕВИЧ РЕВЕРЧУК, МАРИНА ВЛАДИМИРОВНА ЕРАШЕВА, СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ ЭШМАКОВ
Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, Ижевск

Цель исследования — изучить особенности пищевого поведения и алекситимии у сотрудников Госавтоинспекции (ГАИ) и их роль в формировании ожирения.

Материал и методы. Обследовано 19 мужчин среднего возраста (35—46 лет) с избыточной массой тела, сотрудников ГАИ Удмуртии, которые составили

основную группу наблюдения. В группу сравнения включено 16 мужчин (36—44 года), сотрудников ГАИ с нормальной массой тела. Контрольную группу составили 24 мужчины (37—46 лет) с избыточной массой тела, профессионально занятые в бюджетной сфере. Все обследованные имели высшее и среднее специальное образование, состояли в браке, 73,4%

из них имели детей. По степени ожирения пациенты относились к I степени (ИМТ 27,5—29,3 кг/м²) и II степени (ИМТ 30,0—34,9 кг/м²) ожирения. По соотношению объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ) все пациенты с избыточной массой тела отнесены к абдоминальному типу ожирения. Из исследования исключались мужчины с нарушением толерантности к углеводам, сахарным диабетом и артериальной гипертонией.

Для решения задач исследования использованы клинико-психологический и математико-статистический методы. Типы нарушений пищевого поведения (эмоциогенное, экстернальное и ограничительное) оценивались по данным Голландского опросника пищевого поведения (Dutch Questionnaire of Eating Behaviour, DQEB). Пищевая аддикция диагностировалась в том случае, если пациент набирал не менее 3 баллов по шкале DQEB. Наличие алекситимии выявляли с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS) (Taylor C., 1985), адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (1994). Наличие проявлений алекситимии считалось при 74 и более баллах. Наличие депрессивных расстройств выявлялось с помощью шкалы CED-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). Копинг-поведение оценивался по опроснику «Стратегии совладающего поведения» (WCQ) (Lazarus R., Folkman S., 2009). О механизмах психологической защиты судили по «Индексу жизненного стиля» (LSI) Л.И. Вассермана (2009).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакетов SPSS 11.0 (SPSS inc., 2001), Statistica 6.0 (Statsoft, 1999) и Excel XP (Microsoft, 2001).

Результаты и их обсуждение. Практически все сотрудники ГАИ [31 (88,5%) человек] являлись социально активными личностями, для которых приоритетным фактором с точки зрения психологической и социальной значимости являлась работа. Все они имели удовлетворительный уровень социальной фрустрированности, что положительно отражалось на эмоциональном фоне обследованных. Только 6 (17,1%) сотрудников ГАИ были не удовлетворены своими жилищными условиями, 4 (11,4%) — материальным положением. В контрольной группе мужчин, занятых в бюджетной сфере, жилищными условиями были не удовлетворены 16 (66,7%), материальным положением — 20 (90,9%), семейным положением 6 (25%) человек. Интересно, что средняя заработная плата и жилая площадь, приходящиеся на члена семьи, во всех группах были сопоставимы.

Регулярная оценка руководством ГАИ физических возможностей сотрудников оценивалась молодыми мужчинами положительно, но с возрастом ($r = -0,34$; $p < 0,05$), стажем работы ($r = -0,45$; $p < 0,01$), повышением в должности ($r = -0,37$; $p < 0,01$) эта мотивация снижалась, формируя неврозоподобные расстройства. Снижение способности к преодолению ситуаций, фрустрирующих личность, способствовало усилению переживания по типу «заедания проблем», для снятия нервно-психического напряжения.

Во всех группах не зарегистрировано достоверных различий значений среднего балла, характери-

зующего ограничительный тип поведения. Вместе с тем для сотрудников ГАИ (основная группа и группа сравнения) характерно отсутствие контроля за количеством съеденной пищи, что объяснялось ими особенностями работы. Средние баллы экстернального пищевого поведения характеризовали его незначительную роль у всех мужчин исследуемых групп. Однако в основной группе средний балл экстернального пищевого поведения был на 15,6% ($p < 0,05$) выше, чем в группе сравнения, и на 12,2% ($p < 0,05$) выше, чем в группе контроля. Средний балл эмоциогенного пищевого поведения в основной группе был в 4,2 раза выше ($p < 0,01$), чем в группе сравнения, и в 1,9 раза выше ($p < 0,001$), чем в группе контроля.

В основной группе сотрудников ГАИ с избыточной массой тела алекситимия выявлена у 16 (84,2%) человек, депрессия — у 9 (56,3%) человек. У сотрудников ГАИ с нормальной массой тела алекситимия зарегистрирована в 5 (31,25%) случаях. Депрессия была не характерна для лиц этой профессии. В контрольной группе алекситимия зарегистрирована в 8 (33,3%), депрессия — в 6 (25%) случаях (все мужчины работали программистами). Средний балл по алекситимической шкале у сотрудников ГАИ был в 2,1 раза выше ($p < 0,015$), чем в контрольной группе. Зарегистрирована обратная взаимосвязь степени алекситимии и выраженности экстернального пищевого поведения.

При оценке механизмов преодоления стресса сотрудников ГАИ с избыточной массой тела был сделан вывод о степени предпочтительности копинг-стратегий (показатели оставались в пределах интервала 40—60 Т-баллов). Наиболее часто используемой копинг-стратегией для сотрудников ГАИ с ожирением являлось «дистанцирование», свидетельствующее об их склонности к преодолению негативных переживаний за счет субъективного снижения ее значимости. Основной копинг-стратегией сотрудников ГАИ с нормальной массой тела был «конфронтативный копинг» ($51,7 \pm 0,9$). Это предполагало их активное решение проблемы: готовность соблюдать диету, увеличить физическую нагрузку и т.д. Сотрудники ГАИ практически не использовали поиск социальной поддержки и стратегию «бегство-избегание», т.е. попытку преодоления негативных переживаний за счет уклонения, характерных для лиц бюджетной сферы с избыточной массой тела.

Заключение. С ожирением связано повышение риска и частоты развития таких заболеваний, как артериальная гипертензия, ИБС, сахарный диабет II типа и др. Актуально изучение механизмов и факторов нарушения психической адаптации в связи с избыточным весом представителей профессий, связанных со стрессом. В соответствии с биопсихосоциальным и адаптационным подходом как общей методологической основой медицинской психодиагностики при приеме на работу в ГАИ перспективна оценка стрессоустойчивости личности, ее компенсаторных и защитных механизмов. С увеличением длительности работы в ГАИ значение эмоциогенного фактора, способствующего ожирению, но защищающего от стресса, в пищевом поведении

снижается с увеличением роли экстернальной линии поведения.

У сотрудников ГАИ выявлена высокая частота встречаемости алекситимии. Алекситимия не является патологией *per se*, но повышает риск психосоматических заболеваний, отражая психический склад индивидов с особым сочетанием эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений. Когнитивная сфера лиц с алекситимией отличается недостаточностью воображения, слабостью функции категори-

зации в мышлении. Совокупность перечисленных качеств может приводить к чрезмерному прагматизму и конфликтам в межличностных отношениях с кратковременными, но ярко выраженными аффективными срывами, причины которых могут плохо осознаваться. Частота встречаемости алекситимии снижается при эмоциогенном пищевом поведении, что оказывает положительное психосоматическое влияние, но провоцирует дальнейшее нарастание массы тела и связанных с этим коморбидных состояний.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА ЛИПИДНЫЙ И УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН

ИЛОНА АНДРАНИКОВНА МЕЛИКЯН

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель исследования — изучение влияния длительного воздействия стресса на липидный и гликемический профиль у лиц с избыточной массой тела.

Материал и методы. Методом случайной выборки обследовано 82 человека с ожирением (42 женщины и 40 мужчин в возрасте 20—48 лет) с соблюдением требований Хельсинской декларации (1975). Длительность регистрации избыточной массы тела составляла от 2 до 20 лет. Обязательным условием включения в исследуемые группы была стабильность состояния здоровья пациентов, здоровья членов их семьи за последний год, отсутствие изменений характера трудовой деятельности и материального положения, стабильные отношения в семье. Все пациенты имели предшествующий неудачный опыт снижения массы тела. Критерии исключения из исследования: эндокринное ожирение, хронические заболевания в стадии обострения и декомпенсации, острые заболевания в течение года.

С учетом особенностей профессии было сформировано 2 группы. В 1-ю группу вошли 43 (52,4%) человека по профессии, связанной с регулярными стрессовыми ситуациями, из них сотрудники уголовного розыска — 16, руководители фирм — 8, врачи хирурги и реаниматологи — 7, сотрудники Госавтоинспекции — 12 человек. 2-ю группу составили 39 (47,6%) человек, профессия которых не имела значимого нервно-психического компонента, из них 15 человек работали бухгалтерами, 6 — работниками столовых, 12 — библиотекарями, 6 — психологами в школе и детском саду.

Анализировались антропометрические показатели с расчетом индекса массы тела (ИМТ). Психоземotionalный фон оценивался по данным анкеты «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (Норманн С. и др. в адаптации Крюковой Т.А., 2001), «Голландского опросника пищевого поведения» (DEBQ, 1986). У всех пациентов оценивался уровень в крови общего холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), коэффициент атерогенности (КА), инсулинемии и гликемии натощак (тест-система «Элексис»). Рассчитывался индекс инсулинорезистентности (ИР). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS v11.5.

Результаты и их обсуждение. Все обследуемые неоднократно предпринимали попытки снижения веса: медикаментозная терапия (76,8%), бесконтрольные разгрузочные дни и/или периодически проводимые «голодные дни» (23,2%). За консультацией к эндокринологу обращалось только 14 (17,4%) человек, к диетологу — 2 (2,4%) человека. В отдаленном периоде (через 3—6 мес) результаты снижения веса у всех обследуемых были неудовлетворительными с его рикошетным в каждом втором случае возрастанием. Пациенты возвращались к большим порциям высококалорийной (64, 78,1%) и/или высокоуглеводной (70, 85,4%) пищи.

Представители «стрессовых» профессий оказались более подвержены ожирению, нежели лица, не подвергающиеся постоянному стрессу. Ведущим мотивами снижения веса для женщин была эстетическая неудовлетворенность внешностью и проблемы межличностных отношений (41 человек, 93,2%), эндокринное бесплодие (7 женщин, 15,9%). Только 12 (27,3%) женщин как основной фактор стремления похудеть отметили проблемы со здоровьем. Основной причиной, побудившей мужчин к принятию мер по снижению веса, в 8 (20%) случаях было недовольство внешним видом. Каждый второй мужчина [20 (51,3%)] планировал похудеть в связи с возможной потерей рабочего места. Ухудшение здоровья как причину борьбы с излишним весом отметили 27 (69,2%) человек.

Не зарегистрировано достоверных различий у пациентов 1-й и 2-й групп по уровню общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, коэффициента атерогенности, сахара крови натощак, уровня инсулина, инсулинорезистентности, гиперинсулинемии. Однако при проведении внутригруппового корреляционного анализа выявлено, что в 1-й группе ИМТ значимо коррелировал с уровнем общего холестерина ($r = 0,35$; $p = 0,05$), ЛПНП ($r = 0,55$; $p = 0,009$), уровнем гиперинсулинемии натощак ($r = 0,35$; $p = 0,08$). Во 2-й группе значимая взаимосвязь выявлена между ИМТ и уровнем инсулина крови натощак ($r = 0,56$; $p = 0,002$), инсулинорезистентностью ($r = 0,58$; $p = 0,002$) и гиперинсулинемией ($r = 0,65$; $p = 0,001$).

Оценка пищевого поведения показала, что эмоциогенный прием пищи как реакция на стресс регистрировался чаще у пациентов 2-й группы [(3,87±0,08) балла], чем в 1-й группе [(2,37±0,01)

балла] при $t=3,58$ ($p=0,0005$). «Избегающий» копинг поведения с пассивным реагированием на стрессовые ситуации чаще выбирался представителями 1-й группы [(31,8±1,4) баллов], чем 2-й группы [(26,4±1,02) баллов] при $t=2,46$ ($p=0,015$). Пациенты 1-й группы в 3,2 раза чаще отмечали утверждения «Балую себя любимой едой», «Думаю о чем-то хорошем, что было в моей жизни», «Разговариваю с тем человеком, чей совет я особенно ценю» и т.п.

Заключение. Длительное воздействие стресса является фактором, предрасполагающим к ожирению и дислипидемии, что совпадает с результатами Всероссийской наблюдательной программы «Весна», в которой первоначальным звеном патогенеза ожирения определена липотоксичность при вторичной роли инсулинорезистентности. Лица, имеющие продолжительные стрессовые ситуации на работе, чаще выбирают эмоционально ориентированный копинг поведения с избеганием проблемной ситуации, мысленным или поведенческим дистанцированием, «заеданием» проблем, что не является продуктивным с точки зрения решения ситуации. Даже незначительный, но повседневный стресс, ведет к нарушению адекватной секреции инсулина и контринсулярных гормонов, формируя или поддерживая инсулинорезистентность. На таком фоне потребление высококалорийной пищи усугубляет нарушенный углеводный обмен. Паци-

енты, которые ежедневно подвергаются тяжелым стрессорным факторам, выбирают «избегающий» копинг поведения. Несмотря на непродуктивность данного стиля поведения, он положительно связан с социальной успешностью, прежде всего в том случае, когда стрессовая ситуация является неконтролируемой ($p=0,022$) или когда избегание помогает работникам МВД, врачам скорой медицинской помощи предотвратить разрастание негативной ситуации ($p=0,009$). Следствием механизма психологической самозащиты является развитие стресс-резистентности, что защищает организм, предупреждая соматизацию стресса, приравнивая его влияние к воздействию незначительного повседневного фактора.

Таким образом, мотивация на снижение веса не является гарантией успешного результата при пролонгированном стрессе, сопровождающемся нарушением пищевого поведения с эмоциогенным перееданием. Данный способ совладения со стрессом с течением времени может стать фиксированным стереотипом поведения. Для достижения положительных результатов необходимо формирование стресс-резистентности путем проблемно-ориентированных копингов поведения, что указывает на необходимость включения целенаправленной психотерапии в комплексе мероприятий по снижению веса.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

И.Ю. МЕРКУЛОВА, А.В. ЖЕСТКОВ

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

Актуальность темы. Аллергические заболевания ежегодно требуют все более пристального внимания врачей разных специальностей. За последние десятилетия проблема аллергической патологии приняла масштаб глобальной медико-социальной проблемы (Федоскова Т.Г., Ильина Н.И., 2009). В подавляющем большинстве регионов России, в том числе и в Самарской области, неуклонно растет число больных бронхиальной астмой, поллинозом, аллергическим риноконъюнктивитом, крапивницей, отеками Квинке, атопическим дерматитом, пищевой аллергией и другими аллергическими заболеваниями. Отмечается утяжеление течения аллергической патологии, что неизбежно ведет к росту уровня временной нетрудоспособности, инвалидизации населения, а следовательно, к снижению качества жизни пациентов (Караулов А.В., Сидоренко И.В., 2008).

По данным эпидемиологических исследований, проведенных в ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России, в различных регионах России распространенность аллергических заболеваний колеблется от 15 до 35%. Учитывая, что аллергией в подавляющем большинстве страдает трудоспособное население, возникают огромные

трудопотери, социально-экономический ущерб, снижение уровня здоровья населения в целом и качество жизни каждого пациента в частности (Решетникова И.Д., Фассахов Р.С., 2010). Известно, что врач любой специальности сталкивается с аллергическими заболеваниями. Однако в большинстве острых случаев, когда не представляется возможным направить больного на консультацию к врачу-аллергологу-иммунологу, весь комплекс диагностических и терапевтических вопросов приходится решать лечащему врачу (Балаболкин И.И., Намазова Л.С., 2011).

Учитывая, что современная концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации рассматривает перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный, развитие амбулаторно-поликлинических учреждений, огромное значение приобретает согласованность действий и обеспечение единых диагностических и лечебных подходов врачей широкого профиля и узких специалистов, в частности аллергологов-иммунологов.

Во избежание диагностической ошибки врачам первичного звена необходимо знать особенности

клинического течения аллергических заболеваний, принципов их диагностики и лечения, так как многие аллергические заболевания имеют тяжелое течение, трудно поддаются терапии, вызывают осложнения сопутствующей патологии неаллергического генеза (Чучалин А.Г., 2011). У больных аллергией в процессе диагностических и инструментальных исследований, при операциях могут развиваться непрогнозируемые реакции, приводящие к острым состояниям типа анафилактического шока. В связи с этим наличие аллергического заболевания у пациента затрудняет проведение терапии и оперативных вмешательств, возникают проблемы при назначении лекарственных препаратов для лечения сопутствующей патологии (Хаитов Р.М., 2010).

Среди причин вышеуказанных проблем можно назвать недостаточную осведомленность пациентов о течении заболевания, профилактике обострений, несоблюдение гипоаллергенного режима и способов уменьшения контакта с причинными аллергенами. У больных нет навыков самоконтроля и оказания себе первой помощи при развитии острых аллергических реакций или при обострении хронических заболеваний (Белевский А. С., 2008). Также стоит отметить низкий уровень диагностики аллергической патологии в первичном звене медицинской помощи, несвоевременное направление профильных пациентов к врачу-аллергологу-иммунологу, низкий контроль качества жизни больных.

Более углубленное изучение этой проблемы на территории Российской Федерации и в частности в Самарской области позволит более дифференцированно подходить к вопросу эпидемиологии, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с аллергическими заболеваниями.

Цель исследования — изучить эпидемиологическую ситуацию, уровень диагностики и лечения пациентов с аллергическими заболеваниями в первичном звене медицинской помощи, а также в специализированных учреждениях Самарской области в течение последних четырех лет для дальнейшего улучшения контроля заболеваний и качества жизни больных.

Материал и методы. В результате исследования нами были изучены данные Федеральной службы государственной статистики, Министерства здравоохранения Самарской области, а также отчетов о работе службы клинической аллергологии и иммунологии Самарской области за последние четыре года.

Материалом для анализа служили статистические сведения о пациентах, мужчинах и женщинах, в возрасте от 18 до 60 лет, обратившихся за медицинской помощью, у которых было диагностировано аллергическое заболевание. Количественный состав пациентов варьировал в зависимости от числа обратившихся с различными нозологическими формами аллергических заболеваний. По данным, предоставленным в учетных документах вышеуказанных организаций, было проведено выборочное изучение заболеваемости взрослого населения по материалам обращаемости в лечебно-

профилактические учреждения Самарской области за 2008—2011 гг.

В результате проведенной работы для практического здравоохранения были собраны и статистически обработаны данные о профилактике, диагностике и лечении пациентов с аллергическими заболеваниями в первичном звене медицинской помощи, а также в специализированных учреждениях Самарской области за последние четыре года.

Результаты и их обсуждение. По данным Федеральной службы государственной статистики, Министерства здравоохранения Самарской области, а также отчетов о работе службы клинической аллергологии и иммунологии Самарской области за последние несколько лет, прослеживается общая тенденция к увеличению количества и мощности амбулаторно-поликлинических учреждений.

В Российской Федерации отмечается рост числа обращений пациентов за медицинской помощью в первичное звено за период 2008—2011 гг. с 3 650 до 3 730 посещений на 10 000 населения. Число больничных коек на 10 000 человек в 2008 г. составляло 98,0, в 2011 г. — 94,2.

Имеется тенденция к росту впервые выявленных заболеваний органов дыхания, в том числе бронхиальной астмы (43 221 человек — в 2008 г., более 48 437 человек — в 2011 г.), незначительное снижение числа заболеваний кожи, в том числе атопического дерматита (7 056 человек — в 2008 г., 6 795 человек — в 2011 г.). Впервые признанных инвалидами в 2008 г. по заболеваниям органов дыхания, в том числе бронхиальной астме, было 25 человек, в 2011 г. — 20 человек, что говорит об улучшении диагностики, лечения и прогнозе заболевания у данных пациентов.

В 2008 г. в Самарской области зарегистрировано 19 935 человек на 100 000 взрослого населения, страдающих болезнями органов дыхания, в том числе бронхиальной астмой — 25,7 на 100 000 взрослого населения; 35 человек на 100 000 населения, страдающих аллергическим ринитом (поллинозом); 118 человек на 100 000 населения, страдающих атопическим дерматитом. Смертность трудоспособного населения с заболеваниями органов дыхания Самарской области в 2008 г. составила 42,4 на 100 000 человек.

В 2010 г. в Самарской области было впервые зарегистрировано 39 592 человека на 100 000 населения, страдающих болезнями органов дыхания, в том числе бронхиальной астмой — 91 человек; 65 человек на 100 000 населения, страдающих аллергическим ринитом (поллинозом). Пациентов, страдающих заболеваниями кожи, было 6 010 человек на 100 000 населения, из них 225 человек — с диагнозом: атопический дерматит. Смертность трудоспособного населения с заболеваниями органов дыхания Самарской области в 2010 г. составила 42,9 на 100 000 человек.

В настоящее время служба клинической аллергологии и иммунологии в Самарской области развивается динамично, используются самые эффективные лабораторные технологии для аллергологической и иммунологической диагностики.

В 2010 г. впервые в истории Самарской области был подготовлен областной регистр пациентов с первичными иммунодефицитными состояниями (выявлено и зарегистрировано 14 пациентов), которые получают заместительную иммунотерапию внутривенными иммуноглобулинами по жизненным показаниям.

Под наблюдением врачей-аллергологов-иммунологов в 2011 г. находилось 4 127 больных бронхиальной астмой (2009 г. — 3 063); 311 пациентов — с ХОБЛ (2009 г. — 396); 8 224 пациента — с аллергическим ринитом (2009 г. — 4 638); 168 больных — с медикаментозным ринитом (2009 г. — 241); 20 — с эозинофильным ринитом; 2 204 пациента — с хронической крапивницей различной этиологии (2009 г. — 1 485); 5 013 больных — с атопическим дерматитом (2009 г. — 2 048).

На учете у врачей-аллергологов-иммунологов в 2011 г. состояло:

- 2 176 пациентов в возрасте от 18 лет и старше, страдающих бронхиальной астмой различной этиологии (2010 г. — 2 655), 89 из которых имеют различные группы инвалидности (2010 г. — 310). Обеспечение льготными лекарственными препаратами для базисной терапии бронхиальной астмы получали более 1 500 человек (2010 г. — 1 225);

- 4 572 пациента с аллергическим ринитом в возрасте от 18 лет и старше (2010 г. — 3 508), из них 2 980 человек страдали круглогодичным аллергическим ринитом (2010 г. — 2 597), 1 592 человека с интермиттирующим течением заболевания (2010 г. — 911); более 200 человек получали АСИТ (2010 г. — 194);

- 129 пациентов с медикаментозным ринитом (2010 г. — 176);

- 18 пациентов с эозинофильным ринитом (в 2010 г. пациенты с данным заболеванием зарегистрированы не были);

- 1 248 пациентов с диагнозом: атопический дерматит в возрасте от 18 лет и старше (2010 г. — 924), из них более 120 человек получали неспецифическую иммунотерапию гистаглобулином (2010 г. — 185);

- более 1 500 пациентов, страдающих хронической крапивницей, в возрасте от 18 лет и старше (2010 г. — 1 223). Из них 957 пациентов страдали идиопатической формой хронической крапивницы (2010 г. — 948), 495 — хронической аллергической формой (2010 г. — 190), у 32 пациентов был выявлен аутоиммунный механизм заболевания (2010 г. — 45), более 100 пациентов наблюдались с холодовой формой крапивницы (2010 г. — 40). Более 230 пациентов получали неспецифическую иммунотерапию гистаглобулином (2010 г. — 237).

Заключение. Таким образом, эффективность действий врача первичного звена медицинской помощи при лечении пациентов с аллергическим заболеванием и достижение успехов по контролю над динамикой патологии в значительной степени зависят от согласованности их работы с узкими специалистами, в частности аллергологами-иммунологами.

Несомненно, что пациент с аллергическим заболеванием обязан наблюдаться как врачами первичного звена медицинской помощи (участковым терапевтом, врачом общей практики или семейным врачом), так и узкими специалистами (пульмонологами, аллергологами-иммунологами, дерматологами, оториноларингологами).

Широкий круг врачей, включая врачей первичного звена, должен быть знаком с базовыми методами оценки состояния пациента с аллергическим заболеванием. Базовыми методами при заболевании легких является исследование легочной вентиляции, проводимое в два этапа — спирометрия и пикфлоуметрия; при аллергических ринитах и поллинозах — цитологическое исследование секрета из полости носа (мазок) на наличие эозинофилии (или в отделяемом из глаз при аллергическом конъюнктивите) и т.п. Также во всех случаях, когда врач считает, что заболевание может иметь аллергическую природу, необходимо в качестве скрининга проводить общий анализ крови с целью выявления эозинофилии и определения общего IgE в сыворотке крови при помощи РАСТ и ИФА.

К мерам, которые могут привести к улучшению комплаентности в лечении, можно отнести мероприятия, направленные на повышение информированности пациентов об аллергических заболеваниях, проведение стандартизированных эпидемиологических исследований в динамике, унифицированные подходы к диагностике и лечению аллергической патологии.

Наиболее точно оценить динамику распространенности аллергических заболеваний позволяют стандартизированные методы исследования, дающие возможность сравнивать полученные результаты на различных уровнях (региональном, территориальном, общероссийском), и представить тенденции в эволюции патологии, а также косвенно оценить уровень контроля аллергических заболеваний. Для дополнительной оценки физического, эмоционального, социального статуса пациента с аллергической патологией, а также эффективности фармакотерапии актуально изучение параметров качества жизни. В связи с этим несомненно необходимо внедрение специальных вопросников, учитывающих рекомендованные ВОЗ критерии качества жизни и их составляющие. Примером могут служить вопросники ACT, GARD и т.п. для оценки степени контроля симптомов бронхиальной астмы, аллергического ринита, поллиноза; SCORAD, CU-Q2oL — для оценки степени контроля симптомов атопического дерматита, хронической крапивницы.

Совокупность этих знаний имеет немаловажное значение для каждого региона Российской Федерации, в том числе для Самарской области с точки зрения организации рациональной диагностики и лечения больных, оптимизации затрат на реабилитацию, уменьшения социально-экономического ущерба, что обуславливает необходимость в углубленном изучении данной проблемы.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ СОЦИАЛЬНО СОХРАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

**АННА ВЛАДИМИРОВНА МОРДЫК, ТАТЬЯНА ЛЕОНИДОВНА БАТИЩЕВА,
ЛАРИСА ВЛАДИМИРОВНА ПУЗЫРЕВА**

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Омск
КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер», Омск

Цель — рассмотреть прогностическую ценность лейкоцитарных индексов в оценке эффективности основного курса лечения инфильтративного туберкулеза легких у впервые выявленных социально сохранных пациентов.

Материал и методы. Для поставленной цели проведено ретроспективное исследование, в которое включены 260 впервые выявленных социально сохранных пациентов с инфильтративным туберкулезом легких, закончивших основной курс лечения в 2012—2014 гг. Все включенные в исследование больные были разделены на две группы: основная — с неблагоприятным исходом туберкулеза в количестве 66 человек, группа сравнения — с благоприятным исходом туберкулеза в количестве 194 человека. Критерием неблагоприятного исхода явилось сохранение полости распада в легочной ткани по истечении года терапии.

Производился расчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), рассчитываемый по формуле Кальф-Калифа, индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК), индекс резистентности организма (ИРО), ядерный индекс Даштаянца (ЯИ). Полученные данные обработаны с помощью программного средства Microsoft Excel (функция автофильтр). Расчеты проведены в программном средстве Statistica 6. Для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню признака, измеряемого количественно, использован критерий Манна—Уитни (U). Статистическая значимость результатов выражалась в виде $p=0,000$, результаты считались значимыми при $p<0,05$.

Результаты. При оценке индексов крови у пациентов в изучаемых группах были получены следующие данные. ЛИИ на момент начала заболевания более чем у половины пациентов (56,1%) в основной группе был выше 1,6 усл.ед., что свидетельствовало о высоком уровне эндогенной интоксикации. В группе с благоприятным исходом инфильтративного туберкулеза легких высокие показатели ЛИИ были выявлены только у 26,8% ($U=3763,5$; $p=0,000$), у 41,8% пациентов этой группы ЛИИ был ниже 0,62 усл.ед., в основной группе — у 21,2%. При оценке ЛИИ после первого месяца интенсивной терапии в группе больных с последующим неблагоприятным исходом заболевания в 43,9% случаев он сохранялся на высоких цифрах (выше 1,6 усл.ед.), а в группе сравнения высоким он был в 18,0% ($U=5020,0$; $p=0,008$). Эти данные свидетельствуют об отсутствии эффекта от проведенного в течение месяца лечения, о недостаточности дезинтоксикационной терапии или об ее отсутствии. Через 2 мес интенсивной терапии в обеих группах оставались

пациенты с высоким ЛИИ — 36,4 и 25,8% соответственно ($p>0,05$).

ИСЛК в группе пациентов с последующим неэффективно леченым туберкулезом на момент выявления заболевания у 86,4% был выше нормального (выше 1,96), а в группе сравнения — у 77,8% ($U=3718,5$; $p=0,000$), что свидетельствовало об активности процесса и нарушении реактивности. Через 1 мес интенсивной фазы химиотерапии ИСЛК оставался высоким у 57,6% больных в основной группе и у 44,3% в группе сравнения ($p>0,05$). Через 2 мес лечения ИСЛК вместо предполагаемого снижения в основной группе был выше нормы у 62,1% больных, а в группе сравнения — в 37,1% ($U=3499,0$; $p=0,000$), свидетельствуя о сохраняющихся нарушениях реактивности.

При оценке ИРО на момент начала лечения у пациентов с неблагоприятным исходом туберкулеза он был ниже 50 у 68,2%, а в группе сравнения — только у 16,0% ($U=5092,0$; $p=0,01$), что указывало на возможность развития осложнений специфического процесса и необходимость проведения дезинтоксикационной терапии. При оценке ИРО через 1 и 2 мес лечения в сравниваемых группах различия были статистически недостоверны.

ЯИ Даштаянца помогает правильно оценить состояние больного, так как иногда удовлетворительное самочувствие пациента может оказаться ошибочным. На момент начала лечения ЯИ в основной группе выше 1,0 был у 17 (25,8%) больных, что свидетельствовало об их тяжелом состоянии, а в группе сравнения таких пациентов было только 10 (5,2%) ($U=1953,0$; $p=0,000$). Показатель ЯИ в пределах от 0,3 до 1,0 в основной группе отмечен у 74,2% больных, а в группе сравнения — у 64,9%, что характерно для средней степени тяжести состояния пациентов. Данные ЯИ Даштаянца, характерные для удовлетворительного состояния больных, в группе сравнения отмечены только в 29,9%, а в основной группе таких значений индекса вообще не наблюдалось.

Перед назначением комплексной терапии лечащим врачом производилась оценка тяжести состояния пациентов. В основной группе тяжелое состояние отмечено у 2 больных, а с учетом ЯИ таких пациентов должно было быть 17. Состояние средней степени тяжести диагностировано у 40, а удовлетворительное — у 24 пациентов, однако при подсчете ЯИ можно утверждать, что состояние средней степени тяжести было у 49 больных, а в удовлетворительном состоянии больных вообще не было. При сравнении с представленными выше данными можно утверждать, что оценка тяжести

состояния пациентов на момент начала лечения врачом-фтизиатром не соответствовала действительности, что могло послужить причиной неэффективности курса лечения инфильтративного туберкулеза легких.

Таким образом, в группе пациентов с неблагоприятным исходом впервые выявленного инфильтративного туберкулеза на момент начала лечения выявлены высокие показатели ЛИИ (56,1%, против 26,8%; $p < 0,000$), свидетельствующие об эндогенной интоксикации, которые сохранялись на высоком уровне через 1 мес терапии у 43,9% пациентов против 18,0% ($p < 0,01$) в группе сравнения. Также у неэффективно пролеченных больных выявлен высокий уровень ИСЛК при первичном обследовании (у 86,4%, а в группе сравнения только у 77,8%; $p < 0,000$) и через 2 мес лечения (у 62,1% против 37,1%; $p < 0,000$), указывая на нарушения реактивности. При этом ИРО у этих пациентов на момент

начала заболевания указывал на необходимость проведения длительной дезинтоксикационной терапии и был высоким у 68,2% больных (против 16,0% в группе сравнения; $p < 0,05$), а данная терапия была проведена только у 36,3% больных, что, вероятно, связано с недооценкой тяжести состояния пациентов, учитывая данные ЯИ. Также выявлено, что недооценка тяжести состояния больного при первичном осмотре повлекла за собой неправильное назначение и проведение лечения, что повлияло на исход инфильтративного туберкулеза легких у части социально сохраненных больных.

Считаем целесообразным использование подсчетов интегральных лейкоцитарных индексов в рутинной практике врача-фтизиатра для оценки тяжести состояния больных, уровня эндогенной интоксикации и степени нарушения реактивности для подбора адекватной терапии сопровождения и повышения эффективности лечения туберкулеза.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ МВД В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ УНИВЕРСИАДЫ

ЭЛЬЗА ИЛХАМОВНА МУХИТОВА, врач-ординатор кафедры кардиологии, рентгеноэндovasкулярной и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, врач-терапевт Клинического госпиталя МВД России по РТ, Казань, e-mail: inanna00787@mail.ru

ЭЛЬВИРА БАКИЕВНА ФРОЛОВА, зам. начальника по лечебной работе ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», Казань, e-mail: frolova.67@mail.ru

Реферат. Представлено изучение влияния факторов риска на здоровье сотрудников полиции, а также распределение по нозологиям преобладающих заболеваний, диагностированных во время проведения Универсиады-2013.

Ключевые слова: МВД, Универсиада-2013, состояние здоровья сотрудников МВД.

Особое место в структуре работающего населения занимают профессии, относящиеся к оперативным и опасным, к которым относятся сотрудники правоохранительных органов.

Работа в полиции рассматривается изначально как стрессовая из-за персонального риска, конфронтации, насилия и ежедневного участия в контртеррористических операциях. Служба в правоохранительных органах связана с необходимостью постоянно работать в режиме большого напряжения и самоотдачи. Эта деятельность требует соблюдения строгой иерархии, особого организационного построения и межличностного общения, дисциплины, приближающейся к военной, повышенной социальной и профессиональной ответственности и высокой степени риска потери здоровья, а иногда и жизни. В различных медицинских источниках сообщается о высокой распространенности заболеваний среди полицейских, связанных со стрессом, таких как гипертония, диабет и ИБС.

Исключительно важное место в обеспечении и сохранении здоровья занимает в настоящее время выявление факторов риска и условий, способствующих их возникновению. К ним могут относиться факторы природной и социальной среды, факторы образа жизни людей и индивидуальные особенности организма. Природно-климатические условия местности, температурный, влажностный и ветровой режимы,

абсолютные отметки над уровнем моря, перепады рельефа местности, имеющиеся зеленые насаждения оказывают определенное влияние на все компоненты экологической системы и на здоровье сотрудников. С каждым годом усиливается психоэмоциональная напряженность работы сотрудников государственной автоинспекции, которая все более осложняется сильным загрязнением воздуха, шумом и вибрацией, производимой автотранспортом.

Следует сказать, что сотрудники правоохранительных органов при поступлении на службу проходят тщательный медицинский и психофизиологический отбор. К уровню их физического развития и психического здоровья предъявляют повышенные требования. В результате медицинского и психофизиологического отбора в правоохранительные органы формируется контингент более здоровых работников по сравнению с лицами других профессий, для которых не предусмотрен такой специальный порядок поступления на службу. Поэтому, казалось бы, показатель заболеваемости у них должен быть значительно ниже, чем у лиц других профессий. Однако в связи с постоянной психоэмоциональной напряженностью уровень трудопотерь в правоохранительных органах, по расчетным данным временной утраты трудоспособности, превышает таковой среди других профессий в 2,5 раза и с каждым годом все больше увеличивается.

В структуре заболеваний, являющихся причиной снижения трудоспособности сотрудников правоохранительных органов, на первом месте стоят психосоматические заболевания, уровень которых с каждым годом растет и составляет больше половины всех расстройств. Поэтому главным направлением и основой корректирующих мероприятий является целенаправленное воздействие на психическое состояние сотрудников правоохранительных органов, и прежде всего на индивидуальные и личностные особенности каждого из них еще до того, как психические расстройства достигнут уровня устойчивого патологического динамического стереотипа — болезненного состояния. При таком подходе большое значение приобретает ранний учет изменений характерологических особенностей сотрудников на всех этапах службы.

В структуре заболеваемости среди личного состава на протяжении последних лет стабильно лидируют болезни органов дыхания. На 2-м и 3-м местах находятся травмы и болезни костно-мышечной системы, 4-е и 5-е место занимают заболевания органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы.

В июле 2013 г. в Казани было проведено грандиозное спортивное мероприятие — Универсиада. Работа органов внутренних дел Татарстана по обеспечению безопасности во время проведения XXVII Всемирной летней Универсиады позволила получить огромный опыт, который МВД по РТ необходимо сохранить и применять в своей повседневной работе. В обеспечении безопасности Игр были задействованы 24,5 тыс. полицейских и военнослужащих внутренних войск, в том числе 12,5 тыс. сотрудников из 74 регионов России. Для проживания приданных сил были созданы максимально комфортные условия. При выполнении служебных обязанностей все сотрудники были снабжены водой и пищей. Были созданы временные медицинские пункты, где они получали квалифицированную амбулаторную помощь. При наличии показаний к госпитализации сотрудники незамедлительно были госпитализированы в Клинический госпиталь МВД и стационары города Казани. Им проводилось необходимое обследование и оказывалась адекватная терапевтическая и хирургическая помощь. С выздоровлением и улучшением состояния сотрудники МВД выписывались из госпиталя.

33 медицинских работника дежурили на объектах Универсиады с 15 июня по 20 июля 2013 г. Бригадами скорой помощи (СП), которые работали в круглосуточном режиме, было осуществлено 97 выездов, оказывая неотложную помощь. Администрация госпиталя была переведена в круглосуточный режим, контролируя медицинское, лекарственное обеспечение, санитарно-эпидемиологический режим в местах дислокации приданных сил. Обеспечено круглосуточное дежурство 4 бригад СП, круглосуточное медицинское обеспечение на объектах дислокации приданных сил, лекарственное обеспечение 27 объектов. С целью санитарно-эпидемиологического контроля за объектами дислокации приданных сил было осу-

ществлено 57 выездов администрацией госпиталя. Не было зарегистрировано ни одного летального исхода. В клиническом госпитале было пролечено 165 пациентов. На первом месте — болезни органов дыхания (31,5%) (ларингит, трахеит, ангина, бронхит, пневмония, ОРВИ), на втором месте — болезни кожи (18,2%), на третьем месте — болезни органов пищеварения (14,5%) (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки), на четвертом месте — травмы (8,5%), на пятом месте — костно-мышечная система (6,7%), а также заболевания нервной системы, системы кровообращения, глаз, уха, мочеполовой системы, аллергические реакции. Преобладание данных нозологических групп связано в большей степени с условиями несения службы (пребывание на открытом воздухе, сгруппированностью проживающих по местам дислокации).

Клинический случай

Пациент Х., 1984 г.р., ст. сержант. полк ППС, 17.06.2013 г. обратился во ВМП с жалобами на малопродуктивный кашель, больше ночью, одышку экспираторного характера, повышение температуры до 38°C; из анамнеза: болен 3-й день; объективно: дыхание везикулярное, в нижних отделах с жестким оттенком, сухие, свистящие хрипы. Доктором ВМП пациент направлен на дообследование и госпитализацию в госпиталь МВД с диагнозом: внебольничная двусторонняя пневмония? На госпитальном этапе, при сборе анамнеза выяснено, что 2 нед назад у сотрудника был острый гайморит. Курит 10 лет по пачке в день. Предварительный диагноз: острый бронхит с бронхоспастическим компонентом, гайморит? Результаты обследования. ОАК: лейкоциты — 11,9 ммоль/л, в динамике — 9,3 ммоль/л; СОЭ — 23 мм/час, в динамике — 16 мм/час; лейкоформула без патологии, остальные анализы б/о. Рентгенография ППН: фронтит, искривление носовой перегородки; рентгенография ОГК: без очаговых, инфильтративных изменений. Проведено лечение: лефоксин, амброксол, атровент. Через 2 дня пациент выписался по собственному желанию, написав заявление. Диагноз при выписке: острый бронхит с бронхоспастическим компонентом. Однако 21.06.2013 г. пациент поступает вновь с жалобами на приступ ночного удушья, купированный эуфиллином, сухой кашель, повышение температуры до 37,4°C. Дополнительно к анамнезу: у больного аллергическая реакция на пыль в виде кашля и насморка. Предварительный диагноз прежний. Назначено лечение: атровент, амброксол, супрастин.

Результаты спирографии при поступлении: легкое снижение ЖЕЛ, снижение вентиляционной способности легких 3-й степени, средняя степень нарушения бронхиальной проходимости. Через 3 дня на фоне проводимой терапии при повторной спирографии: ЖЕЛ в пределах нормы, снижение вентиляционной способности 1-й степени, легкая степень нарушения бронхиальной проходимости, умеренные нарушения проходимости мелких бронхов. Проведение бодиплетизмографии. Это метод исследования функции внешнего дыхания,

позволяющий определить все объемы и емкости легких, которые не определяется спирографией, в том числе остаточный объем легких, общее и специфическое бронхиальное сопротивление. По результатам бодиплетизмографии бронхиальное сопротивление не увеличено. Остаточный объем увеличен. Нарушение вентиляционной способности легких по обструктивному типу.

Пациент консультирован профессором-пульмонологом, установлен диагноз: бронхиальная астма, среднетяжелое течение у ранее курившего пациента, атопический ринит на пыль; аллерголог — диагноз: атопическая бронхиальная астма впервые выявленная, плесневая сенсibilизация.

На фоне приема бронхолитиков и супрастина ФВД в норме, была обструкция, обратимость высокая. При выписке пациенту рекомендовано: симбикорт 160/4,5 по 1 вдоху 2 раза в день, дообследование у пульмонолога и аллерголога по возвращении, ИФА на аллергены: пыль, плесневую сенсibilизацию.

Таким образом, условия несения службы, психозональное перенапряжение существенно повлияли на здоровье сотрудников. Пациентам, обращавшимся за амбулаторной и стационарной помощью, в полном объеме были даны рекомендации по устранению и снижению влияния факторов риска на заболеваемость, так как служба в органах внутренних дел требует большой самоотдачи, ответственности и стрессоустойчивости.

Действующая концепция медицинского обеспечения и устойчивые положительные тенденции в развитии ведомственного здравоохранения по-

следних лет, в том числе укрепление материально-технической базы, позволяют прогнозировать стабильные показатели здоровья сотрудников органов внутренних дел на ближайшую перспективу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алишев, Н.В. Заболеваемость ветеранов подразделений особого риска / Н.В. Алишев // Жизнь и опасность. — 2004.
2. Биккинина, Г.М. Эффективность психологической разгрузки среди сотрудников правоохранительных органов / Г.М. Биккинина, Э.Р. Исхаков // Профилактическая медицина. — 2010.
3. Вахов, В.П. Отдел проблем психопрофилактики Научно-исследовательского центра МВД РФ / В.П. Вахов, И.В. Колос, Н.А. Лопушанская. — Москва.
4. Карташов, В.Т. Состояние системы диспансеризации в Вооруженных силах и направления ее совершенствования / В.Т. Карташов // Военно-медицинский журнал. — 2007. — № 9.

REFERENCES

1. Alishev, N.V. Zaboлеваemost' veteranov podrazdelenii osobogo riska / N.V. Alishev // ZHizn' i opasnost'. — 2004.
2. Bikkinina, G.M. Effektivnost' psihologicheskoi razgruzki sredi sotrudnikov pravoohranitel'nyh organov / G.M. Bikkinina, E.R. Ishakov // Profilakticheskaya medicina. — 2010.
3. Vahov, V.P. Otdel problem psihoprofilaktiki Nauchno-issledovatel'skogo centra MVD RF / V.P. Vahov, I.V. Kolos, N.A. Lopushanskaya. — Moskva.
4. Kartashov, V.T. Sostoyanie sistemy dispanserizatsii v Vooruzhennyh silah i napravleniya ee sovershenstvovaniya / V.T. Kartashov // Voенно-medicinskii zhurnal. — 2007. — № 9.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОЭМП) ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

О.Р. НАУШИРВАНОВ, Р.Х. НИГМАТУЛЛИН, М.М. ФАЗЛЫЕВ, З.З. КУТУЕВ
ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Башкортостан, Уфа, Россия

Отделение экстренной медицинской помощи (ОЭМП) госпиталя МСЧ МВД России по Республике Башкортостан (далее ОЭМП) было создано в 1996 г. во исполнение приказа МВД России от 24 мая 1995 г. № 200 «Об организации отделений экстренной помощи в госпиталях, больницах МВД, ГУВД, УВД» на базе больницы МВД Республики Башкортостан.

Всего в ОЭМП за период с 1996 по 2014 г. служило более 40 сотрудников. Штатная структура ОЭМП в настоящее время представлена:

- Начальник — 1.
- Старший врач-хирург — 1.
- Старший врач-травматолог-ортопед — 1.
- Врач-хирург — 2.
- Врач-травматолог-ортопед — 1.
- Врач-терапевт — 3.
- Врач-анестезиолог-реаниматолог — 2.
- Врач-стоматолог — 1.

• Фельдшер — 3.

Итого по штату 14 сотрудников.

В зависимости от сложившейся ситуации, из сотрудников ОЭМП формируются следующие мобильные медицинские врачебно-фельдшерские бригады:

- хирургическая (2 ед.);
- травматологическая (2 ед.);
- реанимационно-анестезиологическая (1 ед.);
- терапевтическая (2 ед.).

Основными задачами ОЭМП являются в условиях повседневной деятельности:

• Поддержание постоянной готовности личного состава и материально-технической базы к работе в экстремальных условиях.

• Постоянное повышение уровня теоретических знаний и практических навыков личного состава, в том числе по вопросам медицины катастроф.

- Участие в лечебном процессе в отделениях госпиталя. Все сотрудники отделения задействованы в лечебной работе, ведут прием как врачи-специалисты.

В экстремальных условиях и в период проведения массовых мероприятий:

- Оказание неотложной медицинской помощи личному составу ОВД и гражданскому населению при ранениях, острых заболеваниях и травмах.

- Организация эвакуации пострадавших и больных в госпитали МВД, МО, лечебно-профилактические учреждения системы МЗ по медицинским показаниям, санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение личного состава ОВД по РБ.

- Оказание квалифицированной амбулаторной и стационарной лечебно-диагностической помощи.

- Медицинское имущество и лекарственные препараты обеспечиваются в соответствии с приказом МВД России от 17.06.2013 № 447 «Об утверждении Временных норм положенности лекарственных препаратов для медицинского применения, дезинфицирующих средств и медицинских изделий для оснащения органов внутренних дел Российской Федерации, участвующих контртеррористических операциях».

На базе стационара госпиталя МСЧ МВД России по РБ функционирует кабинет ОЭМП, где проводятся занятия с личным составом отделения и дежурства медицинских бригад ОЭМП. За ОЭМП закреплены два санитарных автомобиля с водителями. Во время повседневного лечебного процесса транспорт участвует в обеспечении вызовов и обслуживает мероприятия МВД. Во время ЧС организует доставку медицинских бригад и эвакуацию потерпевших. Врачи ОЭМП участвуют в проведении занятий по медицинской подготовке в подразделениях МВД РБ, участвуют в приеме зачетов и экзаменов у сотрудников полиции.

Сотрудники ОЭМП постоянно привлекаются к медицинскому обеспечению учебных стрельб, занятий по физической подготовке, совместных тактических учениях силовых подразделений РБ и других массовых мероприятий, проводимых в системе МВД РФ по РБ (более 70 мероприятий в год), в том числе по медицинскому обеспечению мероприятий, проводимых МВД России (саммиты, всероссийские семинары-совещания, конгрессы, спартакиады); за период с 2010 по 2014 г. было проведено более 15 мероприятий.

Ежеквартально МВД по РБ проводятся командно-штабные учения, в которых обязательно принимают участие медицинские бригады отделения экстренной медицинской помощи госпиталя МСЧ МВД России по РБ.

Силами ОЭМП оказывалась медицинская помощь более 600 сотрудникам из 5 регионов Российской Федерации в период подготовки и проведения Универсиады в Казани. С декабря 2013 г. по

февраль 2014 г. 6 сотрудников ОЭМП находились в служебной командировке в составе сводного отряда полиции МВД по РБ в период подготовки и проведения Олимпийских зимних игр и Паралимпийских зимних игр в Сочи.

В мае 2011 г. произошел пожар на складе с боеприпасами в пос. Урман Республики Башкортостан. Было организовано круглосуточное медицинское обеспечение во время ЧС и в период устранения его последствий, оказывалась медико-психологическая помощь сотрудникам и гражданскому населению.

Сотрудники ОЭМП с честью выполняют свой служебный долг на территории Северного Кавказа в составе сводных отрядов полиции республики. Многие сотрудники поощрены руководством МВД России и МВД республики. В период 2009—2014 гг. на временных медицинских пунктах зарегистрировано на территории Северо-Кавказского региона более 500 случаев заболеваний и более 30 травм у сотрудников МВД. Сохраняя принципы этапов эвакуации и оказания медицинской помощи в системе МВД России, для эвакуации раненых используется наземный и авиационный транспорт, позволяющий в короткие сроки доставлять их до этапа специализированной медицинской помощи, что значительно повышает прогноз на благоприятный исход ранения. В период 2006—2014 гг. силами ОЭМП эвакуировано 18 раненых сотрудников органов внутренних дел.

За период с 1994 г. по настоящее время в служебных командировках в Северо-Кавказском регионе находились более 40 врачей и фельдшеров. В настоящее время находятся в служебной командировке в СКР 2 сотрудника ОЭМП.

Приоритетные направления развития отделений ОЭМП медицинских подразделений МВД России:

- Пересмотр существующей военно-полевой доктрины с учетом особенностей боевой деятельности воюющих подразделений МВД.

- Введение в состав стратегического комплекта медицинского обеспечения воюющих подразделений МВД подвижных реанимационно-хирургических групп, оснащенных операционно-реанимационными и подвижными комплексами врачебной помощи на базе кузовов-контейнеров переменного объема.

- Использование разработанных мобильных медицинских комплексов позволит повысить эффективность оказания медицинской помощи на ранних этапах эвакуации.

- Создание материально-технической базы (помещения, склады, военные медицинские укладки, средства связи и защиты личного состава) с приданием необходимых средств эвакуации, в том числе воздушной.

- Обучение и подготовка в централизованном порядке сотрудников ОЭМП по программам «Военная медицина» и «Медицина катастроф» МЧС РФ.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА В ВЕДОМСТВЕННОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ФКУЗ «МСЧ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН»

АЛСУ РИФКАТОВНА НИЗАМЕТДИНОВА, врач-терапевт участковый терапевтического отделения № 2 поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по РТ», Казань, Россия, тел. 8 (843)291-23-92, e-mail: alsuni-8@mail.ru

Реферат. В статье представлены особенности работы участкового терапевта ведомственной поликлиники, изложены организационные моменты основных направлений деятельности участкового врача-терапевта с акцентом на проведение диспансеризации сотрудников МВД.

Ключевые слова: участковый врач, организация, диспансеризация.

Участковый терапевт поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по РТ» работает в составе терапевтического отделения для оказания лечебно-профилактической, лечебно-диагностической и консультативной помощи. Диагностика и лечение острых терапевтических заболеваний, знания принципов диагностики острых заболеваний хирургического, неврологического, оториноларингологического, инфекционного и других профилей необходимы в работе участкового терапевта. Важно вовремя лечить острые заболевания, чтобы предотвратить их переход в хронические формы. От участкового врача зависит тактика ведения и эффективность результатов лечения. Участковый терапевт решает вопросы диагностики, определяет показания к госпитализации (плановой и экстренной), проводит наблюдение больных после стационарного лечения, оказывает неотложную помощь. Необходимо чуткое и внимательное, сострадательное отношение к больному, построение доверительных отношений между врачом и пациентом для достижения лучших результатов в профилактике и лечении заболеваний. Поэтому участковый терапевт обязан владеть знаниями не только по своей специальности, но и знать основы психологии. Работа участкового терапевта имеет особенности: больные часто обращаются на ранних стадиях заболевания, когда четкая клиническая картина заболевания еще не сложилась; бывают ситуации, когда необходимо быстро принимать решения. Многие современные болезни имеют стертую, атипичную клиническую форму, возможно наличие у одного пациента двух, трех и более заболеваний. В случае сочетанной патологии терапевт учитывает сопутствующую неврологическую, хирургическую и другие патологии, проводит коррекцию терапии для исключения полипрагмазии и в целях повышения эффективности лечения. В лечении больных соблюдается преемственность при сочетании амбулаторных и стационарных методов обследования и лечения.

Работа ведется согласно требованиям действующих приказов и комплексного плана работы участкового терапевта.

Работа на участке проводится по трем направлениям:

1. Профилактическая работа в подразделениях.

2. Амбулаторный прием пациентов.

3. Обслуживание больных на дому.

Работа на участке включает:

• ежегодную диспансеризацию сотрудников с привлечением узких специалистов, лабораторного

и рентгенологического обследования (приказ МВД РТ от 19.02.2004 № 104 «О проведении ежегодных периодических медицинских осмотров руководящих работников МВД, личного состава органов внутренних дел, участников Великой Отечественной войны и ветеранов МВД»);

• лечение больных и профилактическое лечение пациентов диспансерной группы;

• наблюдение за диспансерной группой больных (вызовы лиц, находящихся на диспансерном учете, на очередное обследование и проведение его);

• ежедневный прием пациентов в поликлинике;

• обслуживание больных на дому (активно и по вызовам);

• профилактическая работа;

• санитарно-просветительная работа;

• прививочная работа (организация и проведение профилактических прививок);

• организация флюорографического обследования с целью раннего выявления туберкулезных больных (приказ МВД РТ от 10.07.1998 № 424 «О совершенствовании противотуберкулезной работы среди сотрудников органов внутренних дел, военнослужащих и гражданского персонала внутренних войск МВД РТ»), онкологических заболеваний;

• организация гинекологического обследования женщин-сотрудниц;

• анализ заболеваний с временной утратой трудоспособности с последующим отчетом в поликлинике и подразделениях (проводится ежеквартально);

• контроль за санитарным состоянием подразделений;

• периодические медицинские осмотры работников, находящихся в контакте с вредными, опасными веществами и производственными факторами (приказ МЗ и СР РФ от 12.04.2011 № 302н «О порядке проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии»).

В целях раннего выявления онкологических заболеваний с 2006 г. введен обязательный ежегодный онкоосмотр сотрудников МВД, включающий для женщин: УЗИ ОМТ, УЗИ молочных желез, УЗИ щитовидной железы, мазки на онкоцитологию, обследование на онкомаркеры (СА), консультации гинеколога, маммолога; для мужчин: УЗИ мочевого пузыря, простаты, осмотр уролога, проктолога, обследование на онкомаркеры (ПСА).

В целях улучшения диагностики МСЧ заключила договора с учреждениями МЗ РТ на специализиро-

ванные инструментальные и лабораторные методы исследования.

В своей работе по диагностике и лечению участковый врач-терапевт руководствуется стандартами и клиническими рекомендациями, которые содержат унифицированный набор диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней. В то же время наличие стандартов не исключает индивидуального подхода, особенно в случаях коморбидных заболеваний.

Одним из основных звеньев в работе участкового врача является ежегодная диспансеризация. Диспансеризация определяется как метод систематического медицинского наблюдения с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного их лечения и профилактики обострений. Ежегодная диспансеризация проводится по графику, утвержденному администрацией поликлиники и согласованному с руководством подразделения. При подготовке диспансеризации организационные моменты прорабатываются с непосредственным руководством и отделом кадров подразделений (подготовка списков сотрудников, место проведения и др.). В диспансеризации принимают участие участковый терапевт, участковая медицинская сестра, психиатр, невролог, хирург, оториноларинголог. По итогам осмотра могут быть сделаны заключения:

- пациент здоров и не нуждается в дополнительном обследовании;
- пациент страдает ранее известными хроническими заболеваниями и должен проходить обследования и консультации по плану наблюдения данных заболеваний;
- у пациента впервые выявляются признаки заболевания, и для уточнения диагноза он должен пройти дополнительные исследования и консультации специалистов. При необходимости проводится обследование в условиях стационара.

По результатам диспансеризации определяются диспансерные группы здоровья: I диспансерная группа — здоровые, II диспансерная группа — лица, у которых выявлены заболевания или риск развития заболеваний, не требующие диспансерного наблюдения (получают рекомендации по коррекции факторов риска); III диспансерная группа — сотрудники, у которых выявлены заболевания с необходимостью диспансерного наблюдения.

Качество диспансеризации в первую очередь зависит от правильной оценки диспансерных групп здоровья обслуживаемого контингента, выявления факторов риска развития заболеваний, своевременного и полноценного проведения лечебно-профилактических мероприятий. Качественно проведенная диспансеризация позволяет выявить заболевания на ранних стадиях.

По итогам медицинского осмотра 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 план диспансерного наблюдения и комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий. Он включает объем диагностических обследований, необходимых для уточнения диагноза, обследование специалистов, назначения для амбулаторного лечения, сведения о необходимости плановой госпитализации или санаторно-курортного лечения.

Работа участкового терапевта многогранна и ответственна. Четко организованная и налаженная работа на участке дает положительные результаты в деле сохранения и укрепления здоровья сотрудников МВД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗиСР РФ от 12.04.2011 № 302н «О порядке проведения периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».
2. Приказ МВД РФ от 10.07.1998 № 424 «О совершенствовании противотуберкулезной работы среди сотрудников органов внутренних дел, военнослужащих и гражданского персонала внутренних войск МВД РФ».
3. Приказ МЗ СССР от 1982 № 770 «О всеобщей диспансеризации».
4. *Шипова, В.М.* Дополнительная диспансеризация работающих граждан: эффективность врачебных осмотров и дальнейшее ведение пациентов / В.М. Шипова, С.М. Смбалян, О.Н. Гаенко, А.Н. Плутницкий // Заместитель главного врача. — 2011. — № 11. — С.16—20.
5. Вопросы профилактики заболеваний и контроля здоровья личного состава органов внутренних дел: учеб.-метод. пособие. — М., 1998. — С.75—88.

REFERENCES

1. Prikaz MZiSR RF ot 12.04.2011 № 302n «O poryadke provedeniya periodicheskikh medicinskih osmotrov (obsledovaniy) rabotnikov, zanyatyh na tyazhelyh rabotah i na rabotah s vrednymi i (ili) opasnymi usloviyami truda».
2. Prikaz MVD RT ot 10.07.1998 № 424 «O sovershenstvovani protivotuberkuleznoi raboty sredi sotrudnikov organov vnutrennih del, voenno-sluzhaschih i grazhdanskogo personala vnutrennih voisk MVD RT».
3. Prikaz MZ SSSR ot 1982 № 770 «O vseobschei dispanserizacii».
4. *Shipova, V.M.* Dopolnitel'naya dispanserizaciya rabotayuschih grazhdan: effektivnost' vrachebnyh osmotrov i dal'neishee vedenie pacientov / V.M. Shipova, S.M. Smbatyan, O.N. Gaenko, A.N. Plutnickii // Zamestitel' glavnogo vracha. — 2011. — № 11. — S.16—20.
5. Voprosy profilaktiki zabolevaniy i kontrolya zdorov'ya lichnogo sostava organov vnutrennih del: ucheb.-metod. posobie. — M., 1998. — S.75—88.

СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА У РАБОТНИКА ПОЖАРНОЙ ОХРАНЫ

ЛАДА ЮРЬЕВНА ПАЛИЛОВА, врач-терапевт участковый поликлиники Медико-санитарной части МВД по Республике Татарстан, Казань, e-mail: ladpal@mail.ru

Реферат. Представлен клинический случай пациента, обратившегося на прием в поликлинику с жалобами на боли в грудной клетке, с последующей диагностикой саркоидоза внутригрудных лимфоузлов. Проведена дифференциальная диагностика с болезнью Ходжкина (лимфогранулематозом), легочно-средостенной формой лимфомы, туберкулезом легких и лимфоузлов средостения. Диагноз верифицирован гистологически биопсией внутригрудных лимфоузлов в Республиканском клиническом онкологическом диспансере.

Ключевые слова: саркоидоз, лимфоузлы, средостение, биопсия.

Саркоидоз органов дыхания (болезнь Бенье—Бека—Шаумана) — доброкачественное системное воспалительное заболевание неизвестной природы, характеризующееся образованием в органах и тканях неказеинфицированных, без перифокального воспаления эпителиоидно-клеточных гранулем при отсутствии в них микобактерий туберкулеза [1]. При саркоидозе чаще всего поражаются лимфатические лимфоузлы, периферические и висцеральные, внутригрудные лимфатические узлы и легкие, печень и селезенка, реже — кожа, мышцы, глаза, кости, нервная система, сердце, слюнные железы. В основном встречается саркоидоз у лиц молодого и среднего возраста, реже — у детей и стариков. Большинство авторов считают саркоидоз полиэтиологическим заболеванием, связанным с нарушением реактивности и генетическими факторами.

Процесс почти всегда начинается с поражения внутригрудных лимфатических узлов. Саркоидная гранулема в своем развитии проходит 3 фазы: гиперпластическую (пролиферативную), характеризующуюся пролиферацией ретикулярных клеток стромы лимфатического узла; гранулематозную, когда происходит окончательное формирование саркоидной гранулемы; фибринозно-гиалиновую, при которой развиваются гиалинизация и склероз. В первой и второй фазах развития гранулема может регрессировать самостоятельно или под влиянием проводимой терапии с полным рассасыванием или образованием мелкого гиалинового рубца. Основным клеточным элементом гранулемы являются эпителиоидные клетки. Соответствий между лучевыми стадиями саркоидоза как болезни и стадиями формирования гранулемы нет [1].

В настоящее время саркоидоз органов грудной клетки разделяется на 5 стадий.

0 — нет изменений на рентгенограмме органов грудной клетки;

I — увеличены внутригрудные лимфоузлы, нет изменений в легочной ткани;

II — увеличены внутригрудные лимфоузлы, есть изменения в легочной ткани;

III — изменения в легочной ткани без увеличения внутригрудных лимфоузлов;

IV — необратимый фиброз легких [2].

В Международной классификации болезней саркоидоз отнесен к классу болезней крови, кроветворных органов и иммунологических нарушений [1].

Клиническая картина саркоидоза характеризуется большим разнообразием в зависимости от формы, фазы заболевания и характера его

течения. У впервые выявленных больных начало может быть острым, подострым, постепенным, но чаще всего оно бывает бессимптомным. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов без явного поражения легочной ткани протекает бессимптомно у 40—50% больных, остро и подостро — у 15—25% и малосимптомно — у 25%. При бессимптомном течении заболевание выявляется при проведении профилактической флюорографии. Постепенное подострое течение характеризуется появлением субфебрильной температуры, общей слабости, ноющих болей (за грудиной и в межлопаточном пространстве). При остром течении отмечаются высокая температура, артралгии, узловатая эритема (симптом Лефгрена). Кашель и одышка нарастают по мере прогрессирования процесса в легких.

Диагностика основывается на изучении клинкорентгенологической картины, лабораторных, функциональных, бронхологических, гистологических и иммунологических исследований [3]. Рентгенологически при саркоидозе внутригрудных лимфатических узлов чаще всего наблюдается двустороннее симметричное увеличение прикорневых лимфоузлов, реже — трахеобронхиальных и паратрахеальных. Довольно часто увеличиваются бифуркационные, редко — парааортальные лимфоузлы.

Представлен *клинический случай* диагностики саркоидоза внутригрудных лимфатических узлов у пациента, работающего в пожарной охране, молодого возраста (33 года), характеризующийся подострым началом.

Больной К., 1981 года рождения, стаж работы в пожарной охране — 15 лет, обратился на прием в поликлинику Медико-санитарной части МВД 24.04.2014 г. с жалобами на умеренное познабливание, затруднение при дыхании, умеренно выраженные ноющие боли в грудной клетке за грудиной, редкий сухой кашель, умеренное затруднение носового дыхания (заложенность носа). Со слов, был болен в течение 3 дней, гипертермии не было.

При осмотре температура 36,3°C, состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, физиологической окраски, зев умеренно разрыхлен, налетов нет, в легких дыхание в правой половине грудной клетки несколько ослаблено, определяются единичные крепитирующие хрипы (вентиляционные?), одышки нет.

Направлен на диагностическую флюорографию с предварительным диагнозом: пневмония? (предыдущее исследование органов грудной клетки: флюорография органов грудной клетки от 15.01.2014 — без патологических изменений)

и консультацию отоларинголога (синусит?). На флюорографии органов грудной клетки от 28.04.2014 убедительных данных об инфильтративном процессе нет. Умеренное усиление легочного рисунка в средних, нижних полях. Корни — структура снижена, наружные контуры бугристые, для уточнения состояния корней — обязательный рентгеноконтроль по улучшении клиники. Синусы, диафрагма в норме. Границы сердца не расширены. Заключение: острый бронхит? В общем анализе крови от 29.04.2014: СОЭ — 18 мм/ч, лимфоциты — $6,1 \times 10^9$, гемоглобин — 148 г/л. Исследование функции внешнего дыхания от 29.04.2014: жизненная емкость легких в пределах нормы. Вентиляционная способность легких в пределах нормы. Показатели бронхиальной проходимости в пределах нормы. Электрокардиограмма от 28.04.2014 без патологии. На основании данных клинического, рентгенологического и лабораторного исследований определен предварительный диагноз: острый бронхит? Синусит? Назначена антибактериальная терапия (амоксиклав 1000 мг 2 раза в день, отхаркивающие средства, флуимуцил 600 мг/сут, амброксол 75 мг/сут, с/с капли в нос). При повторном осмотре 28.04.2014 отмечал некоторое улучшение состояния — отсутствие болей в грудной клетке, но в течение 2 дней беспокоили выраженные ломящие боли в локтевых и голеностопных суставах, умеренная экспираторная одышка при физической нагрузке, сохранялась заложенность носа. К лечению добавлен нимесулид 100 мг/сут.

Осмотрен лор-врачом 30.04.2014, направлен на рентгенографию придаточных пазух носа, определяется отсутствие пневматизации правой гайморовой пазухи за счет тотального затенения, снижение пневматизации левой гайморовой пазухи за счет пристеночных наслоений, лобные пазухи не визуализируются (не развиты? или тотально затенены?, отек слизистой носовых ходов). От предложенной госпитализации в клинический госпиталь МВД отказался, лечился амбулаторно.

06.05.2014 (через 10 дней антибактериальной терапии) проведена контрольная флюорография органов грудной клетки: «в динамике сохраняются изменения в состоянии корней легких: структура несколько снижена, наружные контуры бугристые, поперечник расширен. Для исключения увеличения лимфоузлов рекомендовано проведение рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки, учитывая симметричные изменения в обоих корнях — подозрение на лимфогранулематоз».

В связи с острым процессом в придаточных пазухах носа, отсутствием положительной динамики от амбулаторного лечения был направлен отоларингологом на госпитализацию, лечился в хирургическом отделении клинического госпиталя МВД с 08.05.2014 по 17.05.2014 с диагнозом острый правосторонний гнойный гайморит.

По выписке продолжил обследование: 16.05.2014 в Республиканском онкологическом диспансере (амбулаторно) выполнена рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки без контрастирования: «легочные поля правильной формы, определяются отдельно рассеянные очаги

уплотнения справа максимально в С6 — 9 мм, слева максимально в С1-2 — 10 мм; плевральные синусы свободны; крупные бронхи правильной формы, не деформированы, проходимость их не нарушена. Сердце и крупные сосуды нормальных размеров, обычно расположены. Определяются лимфоузлы: паратрахеальные максимально 22×17 мм, ортолегочные — 33×17 мм, бифуркационные — 34×20 мм, бронхопультмональные справа — 29×15 мм, слева — до 28×23 мм, параэзофагеальные до 12 мм. Заключение: дифференцировать саркоидоз и легочно-средостенную форму лимфомы». При внутригрудной лимфаденопатии необходима дифференциальная диагностика с туберкулезом, лимфомой и другими опухолями легких и средостения [3]. Осмотрен онкологом 22.04.2014, рекомендовано провести биопсию лимфоузлов средостения.

С 26.05.2014 по 06.06.2014 находился на стационарном обследовании отделения № 1 (хирургическое торакальное) Республиканского онкологического диспансера. Проведена биопсия лимфоузлов средостения (28.05.2014), гистологическое заключение: «В присланном материале многочисленные эпителиоидные гранулемы без некроза в ткани лимфоузла. Ракового роста и лимфопрролиферативного поражения нет. Согласовать с клиникой. Рекомендована консультация фтизиатра». В ОАК от 06.06.2014: гематокрит — 43,6%, гемоглобин — 151 г/л, лейкоциты — $6,0 \times 10^9$. Выписан с диагнозом: D 86.1. Саркоидоз л/у средостения.

По выписке 10.06.2014 консультирован врачом-пульмонологом И.Ю. Визель: «Контакта по туберкулезу нет; профессия, вредность — пожарная охрана, работа с деревом (строительство бани); функция внешнего дыхания — вентиляционных нарушений не выявлено (жезненная емкость легких 80% от должных величин), пульсоксиметрия — 98% (норма). Заключение: саркоидоз внутригрудных лимфоузлов (рентгеностадия I), гистологически верифицирован биопсией внутригрудных лимфоузлов в Республиканском онкологическом диспансере г. Казани. Даны рекомендации: консультация с пробой Манту, Диаскин-тест в плане, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, кальций крови общий), ультразвуковое исследование внутренних органов, эхокардиоскопия, электрокардиограмма, консультация офтальмолога, прием витамина Е 200 мг 2 раза в день регулярно, контрольный рентген органов грудной клетки через 3 мес регулярной терапии, избегать длительного пребывания на солнце и иммуностимулирующей терапии, контрольный осмотр с результатами обследования в динамике».

19.06.2014 консультирован в Республиканском противотуберкулезном диспансере, проведены проба Манту 16.06.2014 — 9 мм, Диаскин-тест 16.06.2014 — отр. Диагноз: саркоидоз внутригрудных лимфоузлов. Данных об активном туберкулезе легких нет. Рекомендовано наблюдение пульмонолога. (В России с 2003 г. наблюдение в противотуберкулезных учреждениях прекращено) [5].

Прогноз саркоидоза у большинства больных благоприятный. Он зависит от формы и фазы процесса, от индивидуального выбора и применения достаточно

длительной комплексной терапии, от регулярного врачебного контроля и правильной организации труда и отдыха. Поскольку частота спонтанных ремиссий высока, больным с I стадией саркоидоза лечение не показано [5]. Рекомендуются регулярное наблюдение в амбулаторных условиях (1-й год — каждые 3 мес, 2-й год — каждые 6 мес) с рентгенологическим и функциональным контролем. В этот период применяют внутрь витамин Е (200—400 мг/сут) [5]. В связи с волнообразным течением заболевания больные нуждаются в наблюдении пожизненно [5].

В настоящее время направлен на консультацию профпатолога для решения вопроса о возможности дальнейшей службы в пожарной охране. (Американские исследователи отмечали, что встречаются вполне убедительные исследования, свидетельствующие о том, что работа на пожарах, связанная с дымом, является фактором риска развития саркоидоза) [1].

Таким образом, был диагностирован клинический случай саркоидоза внутригрудных лимфатических узлов в дебюте заболевания (учитывая отсутствие изменений в органах грудной клетки в январе 2014 г.), с подострым началом заболевания у работника пожарной охраны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Саркоидоз: учеб.-метод. пособие для слушателей послевузовского и доп. проф. образования / под ред.

проф. А.Г. Чучалина, науч. ред. проф. А.А. Визель, проф. Н.Б. Амиров. — Казань, 2010.

2. Визель, И.Ю. Саркоидоз; современное понимание полиорганного гранулематоза / И.Ю. Визель, А.А. Визель // Практическая медицина. — 2011. — № 3(5). — С.35—38.
3. Справочник по пульмонологии / под ред. Н.В. Путова, Г.Б. Федосеева, А.Г. Хоменко. — Л.: Медицина, 1987.
4. Чучалин, А.Г. Пульмонология: клинические рекомендации / А.Г. Чучалин; гл. ред. акад. А.Г. Чучалин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С.199—204.
5. Пульмонология: национальное руководство / Российское респираторное общество. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Гл. 40. — С.681—695.

REFERENCES

1. Sarkoidoz: ucheb.-metod. posobie dlya slushatelei poslevuzovskogo i dop. prof. obrazovaniya / pod red. prof. A.G. Chuchalina, nauch. red. prof. A.A. Vizel', prof. N.B. Amirov. — Kazan', 2010.
2. Vizel', I.Yu. Sarkoidoz; sovremennoe ponimanie poliorgannogo granulematoza / I.Yu. Vizel', A.A. Vizel' // Prakticheskaya medicina. — 2011. — № 3(5). — S.35—38.
3. Spravochnik po pul'monologii / pod red. N.V. Putova, G.B. Fedoseeva, A.G. Homenko. — L.: Medicina, 1987.
4. Chuchalin, A.G. Pul'monologiya: klinicheskie rekomendacii / A.G. Chuchalin; gl. red. akad. A.G. Chuchalin. — M.: GEOTAR-Media, 2009. — S.199—204.
5. Pul'monologiya: nacional'noe rukovodstvo / Rossiiskoe respiratornoe obschestvo. — M.: GEOTAR-Media, 2009. — Gl. 40. — S.681—695.

ОТДЕЛЕНИЕ ТЕРАПИИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ФКУЗ МСЧ МВД РФ ПО РТ В ПЕРИОД С 2009 ПО 2013 ГОД

ЛИЛИЯ ХАТИМОВНА САФАРГАЛИЕВА, зав. терапевтическим отделением Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД РФ по РТ, Казань, Россия

ЛЕНАР ФАРАХУТДИНОВИЧ САБИРОВ, начальник Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД РФ по РТ, Казань, Россия

Основные задачи и показатели работы терапевтического отделения

Штат отделения полностью укомплектован врачом и средним медицинским персоналом. В отделении ведут работу 3 врача-терапевта, имеющие первую и высшую категории. Медсестринский персонал составляют опытные кадры, квалифицированные, категорированные медицинские сестры. Средний медицинский персонал распределяется по категориям следующим образом: без категории — 2 человека, имеющие первую категорию — 2, вторую категорию — 2, высшую категорию — 4.

Терапевтическое отделение в своей деятельности использует все лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения госпиталя, в составе которого оно организовано. В практической деятельности врачи отделения используют современные методы врачебной диагностики, общеклинические, функциональные методы обследования больных (суточное мониторирование артериального давления, электрокардиограмма, нагрузочные тесты), электрофизиологические, рентгенологические, эндоскопические методы обследования пациентов, тесно сотрудничая с отделениями лабораторной службы.

Терапевтическое 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 терапевтического отделения оказывают консультативную помощь врачам неврологического и хирургического отделений в вопросах диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми, бронхолегочными заболеваниями, с заболеваниями суставов и соединительной ткани, с заболеваниями почек.

В соответствии с основными задачами в отделении осуществляется обследование и оказание высококвалифицированной специализированной лечебно-диагностической и консультативной помощи пациентам, страдающим различными заболеваниями внутренних органов. Прежде всего, это лечение больных с различной бронхолегочной и кардиологической патологиями:

- Пневмонии.
- Бронхиты.
- Бронхиальная астма.
- Гипертоническая болезнь.

- Ишемическая болезнь сердца.
- Заболевания эндокринной системы — сахарный диабет с осложнениями.

Основная задача медицинского персонала терапевтического отделения при поступлении пациентов с бронхолегочной патологией не допустить развития прогрессирования приступов бронхиальной астмы, респираторного дистресс-синдрома, при гипертонических кризах не допускать осложнения со стороны сердца и головного мозга. Успешное выполнение этой задачи основано на высокой квалификации прежде всего врачебного и сестринского персонала, владеющего необходимыми навыками и манипуляциями неотложной кардиологии, пульмонологии, а в случае необходимости — и реанимационными мероприятиями.

Госпитализация в терапевтическое отделение осуществляется по направлению из поликлиники МВД как в плановом порядке, так и по неотложным показаниям. Наиболее тяжелые пациенты доставляются скорой помощью и поступают в палату интенсивной терапии (ПИТ) на 6 коек, где проводится интенсивное лечение с применением современной терапии.

Среди наиболее частых причин экстренной госпитализации отмечаются: осложненные гипертонические кризы, обострения приступов бронхиальной астмы, тяжелые пневмонии, тяжелая степень хронической обструктивной болезни легких. В 2013 г. по неотложным показаниям в ПИТ поступили 63 пациента, что составило 6% от общего числа госпитализированных больных (в 2011 г. — 52 пациента, 4,9% от общего числа госпитализированных больных; в 2012 г. — 65 пациентов, 6% от общего числа госпитализированных больных).

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, поддержка трудоспособности и боеготовности работников органов внутренних дел, военнослужащих внутренних войск, работников МЧС, ФСИН, других силовых ведомств, сохранение здоровья пенсионеров МВД, а также членов их семей.

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 разных нозологических форм; у них в подавляющем числе случаев происходит выработка первоначальной диагностической

гипотезы с последующим направлением пациентов, а при необходимости — к узким специалистам, на специализированное лечение и т.д.

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; 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 [1].

Благодаря тесному сотрудничеству сотрудников кафедр и врачей терапевтического отделения лечебный процесс осуществляется с учетом самых современных клинических рекомендаций. Еженедельно проводятся конференции с разбором клинических случаев, обсуждением пациентов, а также клинические лекции. На базе госпиталя с 2008 г. функционирует журнал «Вестник современной клинической медицины», врачи терапевтического отделения принимают активное участие в написании статей.

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 346 514, а в 2006 г. — 298 831, 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 проиллюстрированы следующими данными: уровень госпитализации в 2005 г. составил 22,4, в 2006 г. — 22,2 на 100 чел. населения; средняя занятость койки в 2005 г. была равна 318, в 2006 г. — 317; среднее пребывание больного на койке соответственно 13,8 и 13,6 [2].

Динамика показателей работы терапевтического отделения ФКУЗ МСЧ МВД РФ по РТ представлена в *табл. 1*. Показатели соответствуют статистическим показателям по России и Республике Татарстан [3].

Количество пролеченных больных уменьшилось с 1176 до 1050 в год (–1,5%) в связи с проведением Универсиады и закрытием отделения в июле; средняя занятость койки в году снизилась с 336,8 до 332,5 (–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). Пока-

Основные показатели работы отделения

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Количество пролеченных больных	1176	1175	1112	1125	1050
Средняя занятость койки в году	336,8	329,5	336,5	311,5	332,5
Процент выполнения плана койко-дня, %	99,1	96,9	98,9	91,6	92
Оборот койки	26,1	26,2	24,7	24,8	23,4
Средняя длительность пребывания на койке	12,9	12,6	13,6	12,6	11,5
Летальность, %	—	—	0,08	—	—
Процент расхождения стационарных и поликлинических диагнозов, %	—	0,3	—	—	—

затель 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 2012 по 2013 г. летальных исходов не было. Процент расхождения стационарных и поликлинических диагнозов в 2009 и 2013 гг. составил 0,3%. Незначительно количество необследованных экстренно поступивших пациентов.

Показатели заболеваемости по нозологическим формам представлены в табл. 2.

За отчетный период было пролечено 1150 пациентов. В связи с тем, что пациенты с ИБС направляются в кардиологическое отделение, поток больных уменьшился с 128 в 2009 г. до 45 в 2013 г. Также отмечается тенденция к снижению потока пациентов с гипертонической болезнью с 466 в 2009 г. до 456 в 2013 г.

За отчетный период отмечено увеличение количества пациентов с подагрой (в среднем через отделение проходило 23 пациента в год, минимум был зафиксирован в 2013 г. — 19 пациентов, максимум в 2010 г. — 34 пациента) и реактивными артритами (в среднем через отделение проходило 31 пациент в год, минимум был зафиксирован в 2013 г. — 7 пациентов, максимум в 2010 г. — 42 пациента).

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 2009 по 2013 г. (+38%), в 2011 г. было зафиксировано меньшее количество больных. Среди показателей количества больных с острым бронхитом не было выявлено тенденции к росту или снижению. В структуре хронических заболеваний респираторной системы лидирует бронхиальная аст-

Таблица 2

Структура заболеваемости по нозологическим формам

Нозология	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
ИБС	128	10,9	—	—	68	6,1	62	5,51	45	4,1
Ревматизм	—	—	338	28,7	—	—	—	—	—	—
Гипертоническая болезнь	466	39,6	—	—	384	34,5	448	39,82	456	43,2
Ревматоидный артрит (в т.ч. болезнь Бехтерева)	36 19	3,0 1,6	42	3,57	—	—	11	0,98	7	0,7
Реактивные артриты	37	3,1	43	3,65	33	3	28	2,49	20	1,8
Остеоартроз	—	—	30	2,55	33	3	23	2	25	2,4
Подагра	25	2,1	34	2,89	26	2,3	29	2,58	19	1,8
Острый бронхит	30	2,5	34	2,89	41	3,7	44	3,91	54	5,1
Хронический бронхит	47	4,1	68	5,75	31	2,8	23	2,04	19	1,8
Хроническая обструктивная болезнь легких	37	3,2	54	4,6	37	3,3	39	3,48	38	3,6
Бронхиальная астма	75	6,1	85	7,23	66	6	58	5,16	56	5,3
Пневмонии	91	7,7	87	7,4	76	6,8	128	11,38	123	11,7
Гломерулонефрит	25	2,4	26	2,21	25	2,2	41	3,64	32	3,9
Пиелонефрит	58	4,9	65	5,53	54	4,9	41	3,64	32	3,9
Сахарный диабет	75	6,5	115	9,79	105	9,5	108	9,6	75	7,1
Заболевания щитовидной железы	—	—	20	1,7	17	1,5	26	2,31	9	0,8
Анемии	17	1,5	53	4,5	25	2,2	9	0,8	25	2,3
Онкозаболевания	3	0,4	1	0,08	2	0,2	9	0,8	3	0,3
Системные заболевания соединительной ткани	—	—	43	3,66	40	3,6	43	3,66	40	3,6
ТЭЛА	—	—	1	0,08	—	—	1	0,08	—	—
Синдром вегетативной дисфункции	—	—	25	2,13	30	2,7	18	1,6	18	1,7
Прочие	7	0,4	11	1	19	1,7	11	0,98	11	1,0

ма (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 и ухудшением функции дыхания, возможно с развитием службы функциональной диагностики.

Замечено уменьшение количества пациентов с сахарным диабетом с 115 пациентов в 2010 г. до 75 пациентов в 2013 г. Также увеличилось число пациентов с анемией. Число пациентов с онкологическими заболеваниями не изменилось.

Показатели заболеваемости по нозологическим формам за 2013 г. представлены на *рисунке*.

Показатели социального статуса пролеченных пациентов представлены в *табл. 3*. Отмечается увеличение количества аттестованного персонала,

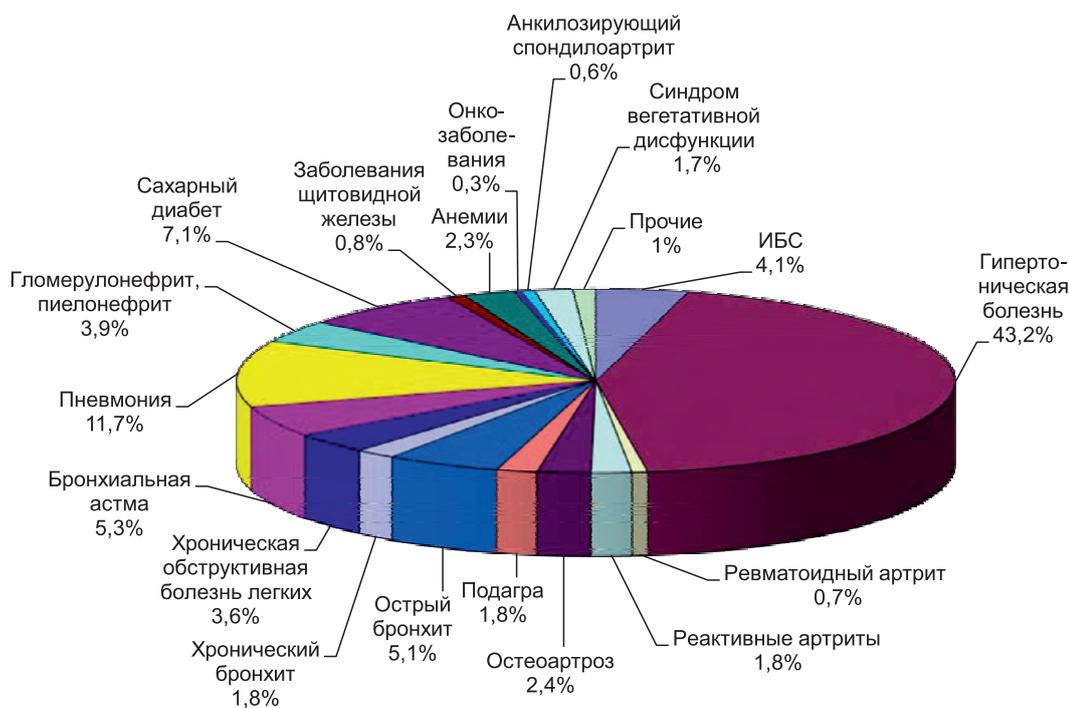
сотрудников МЧС, сотрудников УИН, но произошло снижение количества пенсионеров МВД и военнослужащих. В целом количество обслуживаемых пациентов не изменилось.

Выводы:

- Терапевтическая заболеваемость среди сотрудников МВД и работников других правоохранительных органов РФ, а также пенсионеров по своим показателям и структуре соответствует тенденциям, характерным для Российской Федерации в целом.

- Лечение больных проводится дифференцировано, в соответствии с современными рекомендациями, что способствовало снижению сроков лечения больных с 13,6 дня в 2011 г. до 11,5 дня в 2013 г. и отражает эффективность проводившегося лечения пациентов и высокий уровень профессиональной подготовки персонала.

- Показатель оборота койки существенно не менялся, что связано со своевременностью госпитализации пациентов, повышением интенсивности их диагностического обследования, эффективностью лечения и качеством ухода.



Показатели заболеваемости по нозологическим формам за 2013 г.

Таблица 3

Социальный статус пролеченных пациентов

Показатель	2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	Абс. число	%								
Аттестованные	568	48,2	546	46,8	467	42	434	38,58	427	40,6
МЧС	33	2,8	37	3,4	49	4,4	77	6,84	46	4,3
УИН	77	6,5	104	8,8	114	10,3	115	10,22	71	6,7
Вольнонаемные	19	1,6	27	2,2	17	1,5	14	1,24	19	1,8
Члены семей	82	7,0	105	8,8	97	8,7	120	10,67	114	10,8
Пенсионеры МВД	329	29,1	303	25,6	331	29,8	355	31,56	357	34
Военнослужащие + прочие	68	5,8	53	4,4	37	3,3	10	0,89	16	1,5
Всего	1176	100	1175	100	1112	100	1125	100	1050	100

• Терапевтическая 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 терапевтических отделениях города.

Задачи терапевтического отделения на сегодняшний день:

1. Поддержание статистических показателей работы терапевтического 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. Учитывая актуальность проблемы сердечно-сосудистой заболеваемости и важность профилактики среди разных категорий пациентов, необходимо постоянно совершенствовать методы скрининга и диагностических тестов, а также внедрять инновационные методы лечения в периоды обострения заболевания.

8. Разработка и оптимизация лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья сотрудников МВД.

За 5-летний 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. Это 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оценка эффективности деятельности медицинского учреждения при внедрении системы менеджмента качества // Успехи современного естествознания. — 2011. — № 11. — С.99—102.
2. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. — М.: Минздравсоцразвития РФ, 2007. — 105 с.
3. Статистический сборник 2001—2010. Министерство здравоохранения Татарстана. — URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/sbornik%202001-2011.htm>

REFERENCES

1. Ocenka effektivnosti deyatel'nosti medicinskogo uchrezhdeniya pri vnedrenii sistemy menedzhmenta kachestva // Uspеhi sovremennogo estestvoznaniya. — 2011. — № 11. — S.99—102.
2. Deyatel'nost' i resursy uchrezhdenii zdravooohraneniya. — M.: Minzdravsocrazvitiya RF, 2007. — 105 s.
3. Statisticheskii sbornik 2001—2010. Ministerstvo zdravooohraneniya Tatarstana. — URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/sbornik%202001-2011.htm>

ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ВЕДОМСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ СПИРИДОНОВ, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», тел. 8 (843) 291-26-94

ЛЕНАР ФАРАХУТДИНОВИЧ САБИРОВ, канд. мед. наук, начальник Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», ассистент кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Казань, тел. 8 (843) 277-88-84, e-mail: hospitalmvdrt1@rambler.ru

Реферат. Статья посвящена показателям деятельности Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» в период участия в системе обязательного медицинского страхования. Также приводится оценка данной деятельности и раскрываются перспективы дальнейшего развития работы ведомственного стационара в системе ОМС.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, гастроэнтерология, ведомственная медицина, качество.

Поиски возможных путей совершенствования медико-санитарной части привели к тому, что в 2008 г. в соответствии с Федеральным законом от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении за-

казов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» было принято решение участвовать в торгах на размещение муниципального заказа в части

оказания медицинской помощи жителям города Казани. Результатом работы в данном направлении стало размещение на базе клинического госпиталя Медико-санитарной части МВД РФ по Республике Татарстан 40 гастроэнтерологических коек, обслуживающих население города Казани в системе обязательного медицинского страхования. Таким образом, произошло увеличение коечного фонда отделения гастроэнтерологии, что возвело его в ранг самых крупных структурных подразделений госпиталя. Это обстоятельство потребовало значительного расширения площадей. Было принято решение выделить под данное отделение два этажа второго корпуса с общей площадью 1120 м².

С целью создания максимально комфортных условий для пребывания пациентов все палаты были сделаны 3- или 4-местными, полностью отремонтированы и оформлены в едином дизайнерском стиле, установлены новые кровати, шкафы-купе.

Безусловно, создание комфортных условий для пациентов способствует процессу выздоровления, однако без квалифицированной медицинской помощи и современной диагностики все усилия напрасны. Начиная с 2008 г. благодаря работе кафедры общей врачебной практики Казанского государственного медицинского университета на базе госпиталя стала возможной гармоничная интеграция накопленного опыта практической работы врачей отделения и современных методов лечения и диагностики. Та-

кое сочетание позволило использовать в лечебном процессе новые технологии и подходы к лечению. В конечном итоге все это привело к улучшению как качества медицинской помощи, так и качества жизни пациента.

После вхождения учреждения в систему ОМС общий коечный фонд отделения составил 60 коек, из которых 20 коек имели ведомственную принадлежность, а 40 коек для пациентов, поступающих по линии ОМС.

В связи с разделением гастроэнтерологического отделения на два направления ведение статистической отчетности и штатное расписание велось раздельно (табл. 1).

Таблица 1

Штатное расписание гастроэнтерологического отделения (по линии ОМС)

Должность	По штату	Физических лиц
Врачи	2	2
Медсестры	6	6
Младшие медсестры	6	6

Основные показатели работы гастроэнтерологического отделения по ОМС и структура заболеваний представлены в табл. 2, 3.

Основной контингент больных по линии ОМС составляли пациенты с заболеваниями гепатобилиарной системы — 20,5% (сюда входили хронические

Таблица 2

Основные показатели работы гастроэнтерологического отделения по ОМС за 2009—2011 гг.

Показатель	2011 г.	2010 г.	2009 г.
Выполнение плана койко-дня, %	105,1	84,2	96,9
Средняя занятость койки	308,5	249	304,9
Средняя длительность пребывания больного на койке	11,9	11,4	12,3
Оборот койки	26	21,9	24,8
Летальность, %	0,09 (1)	—	0,1 (1)
Выписано больных	1079	866	1010

Таблица 3

Структура заболеваний (в % и абс. числе)

Заболевание	2010 г.			2009 г.			2011 г.		
	Койко-день	Кол-во чел.	%	Койко-день	Кол-во чел.	%	Койко-день	Кол-во чел.	%
Хронический панкреатит	13,8	178	20,6	14,0	172	17,0	229	12,8	22,5
Язвенная болезнь 12-перстной кишки средней степени тяжести	11,4	103	11,9	12,2	98	9,7	78	11,4	7,7
Хрон. эрозивный гастродуоденит	9,8	101	11,7	12,1	97	9,6	87	10,9	8,5
Хрон. холециститы	9,1	66	7,6	10,7	84	8,3	18	11,1	1,8
Дискинезия толстого кишечника	7,3	63	7,3	11,4	76	7,5	21	9,2	2,1
Дискинезия толстого кишечника с запорами	8,6	52	6,0	11,1	77	7,6	42	9,2	4,1
ГЭРБ	8,4	61	7,0	11,3	66	6,5	69	9,0	6,8
ПХЭС	10,1	23	2,7	12,2	49	4,8	21	10,6	2,1
Язвенная болезнь желудка средней степени тяжести	12,7	13	1,5	13,6	45	4,4	37	13,1	3,6
ЖКБ	9,5	22	2,5	11,5	24	2,4	29	9,9	2,8
Дивертикулы толстого кишечника	10,0	8	0,9	10,2	43	4,2	17	12,6	1,7
Эрозивный эзофагит	12,8	31	3,6	13,4	30	2,9	31	12,2	3,0
Цирроз печени	14,6	26	3,0	15,1	23	2,3	36	13,7	3,5
ПГРС	12,0	15	1,8	13,3	23	2,3	24	12,1	2,4
Хронические гепатиты	11,8	15	1,8	13,3	23	2,3	26	11,3	2,6

Заболевание	2010 г.			2009 г.			2011 г.		
	Койко-день	Кол-во чел.	%	Койко-день	Кол-во чел.	%	Койко-день	Кол-во чел.	%
Эзофагит				9,5	19	1,9	2	11,3	0,2
НЯК	17,3	30	3,5	16,2	13	1,3	37	16,1	3,6
Язвенная болезнь 12-перстной кишки тяжелой степени	11,1	3	0,3	11,3	11	1,0			
Онкология	9,5	6	0,7	7,8	7	0,6	13	11,1	1,3
ПБЦ	14,6	5	0,6	13,5	6	0,5	8	14,9	0,8
Язвенная болезнь желудка тяжелой степени	14,2	3	0,3	12,5	5	0,4	1	13,0	0,1
Болезнь Крона	13,3	8	0,9	14,2	4	0,3	9	19,9	0,9
АИГ	17,0	3	0,3	14,5	3	0,2			
Синдром Жильбера	8,0	2	0,2	9	3	0,2			
Хрон. гастродуодениты	8,9	28	3,2		9	0,8	137	9,5	13,4
Дивертикула пищевода	10,0	1	0,1				1	11,0	0,1
Цирроз печени с ПЭ							21	16,3	2,0
СРК							22	9,9	2,1
Ахалазия пищевода							1	11,0	0,1
Язва пищевода							1	11,0	0,1
Пищевод Баретта							1	11,0	0,1

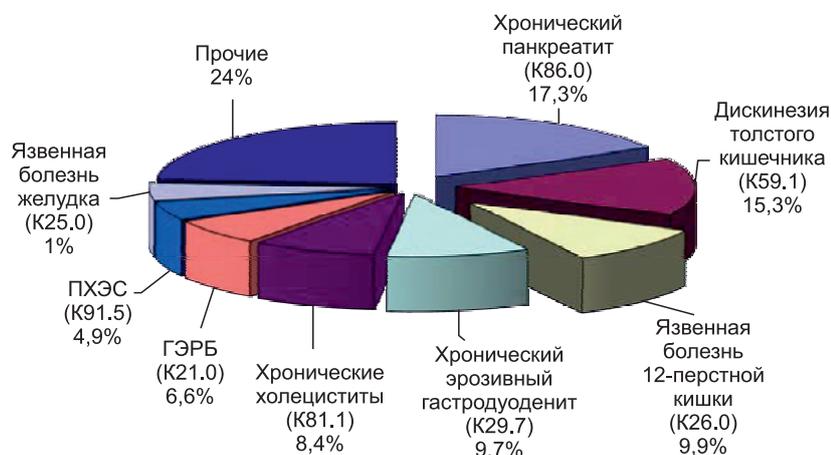
холециститы, гепатиты, циррозы, ЖКБ); пациенты с хроническими панкреатитами — 20%, хроническими гастродуоденитами — 14,4% и с заболеваниями кишечника — 13,7% (рисунок).

Деятельность гастроэнтерологического отделения в системе обязательного медицинского страхования продолжалась до 2012 г. и была прекращена в связи с переходом учреждения в статус казенного. Изначально такое положение учреждения не позволяло участвовать в программе госгарантий. Но в связи с тем, что в клиническом госпитале был накоплен большой и положительный опыт работы в системе ОМС, начиная с 2012 г. началась активная работа по изучению нормативно-правовых документов, определяющих казенный статус учреждения. Результатом такой деятельности стало то, что Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан вошел в программу госгарантий оказания медицинской помощи жителям города Казани на 2014 г. по направлениям: кардиология, терапия, гастроэнтерология и неврология.

Для оценки деятельности клинического госпиталя в системе обязательного медицинского страхования в 2012 г. была проведена оценка результативности и эффективности работы в данном направлении.

По результатам проведенного анализа к положительным моментам работы клинического госпиталя в системе обязательного медицинского страхования в период с 2008 по 2011 г. и начиная с 2014 г. можно отнести интеграцию в медико-санитарной части различных источников финансирования (бюджет, обязательное медицинское страхование). Следующим положительным моментом является повышение конкурентоспособности медико-санитарной части на рынке медицинских услуг. Здесь можно привести слова Президента В.В. Путина: «Медицинская среда должна становиться конкурентной».

В целом рассматривая качество медицинской помощи с традиционных позиций, следует отметить, что в клиническом госпитале имеется три основополагающих элемента качества: структура, процесс и исход. Оценивая первую составляющую, следует выделить материальное оснащение, которое не-



Структура гастроэнтерологических заболеваний в соответствии с МКБ-10 среди госпитализированных в клинический госпиталь в 2008 г. (в %)

смотря на экономические трудности, испытываемые бюджетными учреждениями, продолжает улучшаться. Также к структуре относится персонал. На период 2014 г. укомплектованность медицинскими работниками (физическими лицами) составляла 98,9%, которые в большинстве являлись категоризованными специалистами. При оценке процесса следует выделить систему контроля качества самой медицинской помощи. Для этого введена должность заместителя по клинико-экспертной работе, позволяющая определять обоснованность, адекватность объема, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность. Усиливает данное направление совместная работа с кафедрами, в частности, привлечение сотрудников кафедр в качестве экспертов, разбор наиболее сложных в диагностическом и лечебном плане пациентов. Касаясь последнего элемента качества — исхода, который описывает результат оказанной помощи в отношении состояния здоровья пациента, удовлетворенность больного врачебным и медсестринским обслуживанием, биологические изменения заболевания, осложнения лечения, следует выделить следующее. Благодаря

совершенствованию первых составляющих качества удалось значительно улучшить исход заболевания. Сегодня осложнения в общей массе лечения составляют не более 2%. Для оценки удовлетворенности пациента медицинской помощью с 2009 г. введено ежемесячное анкетирование пациентов. Систематическая работа по анализу анкет позволяет выявлять слабые места как в организации самой медицинской помощи, так и обслуживания пациентов и своевременно их устранять.

Таким образом, анализ показателей деятельности ведомственного стационара в системе обязательного медицинского страхования за период 2008—2012 гг. и начиная с 2014 г. показал положительные моменты как с точки зрения финансовой доходности, так и улучшения качества медицинских услуг. Учитывая положительный опыт работы, руководством ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан и клинического госпиталя было принято решение о продолжении данного вида деятельности и вхождении в реестр медицинских организаций Республики Татарстан, имеющих право на оказание медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на 2015 г.

ДИНАМИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН С 2009 ПО 2013 ГОД

ГУЛЬНАРА ГАЛИЕВНА ФАЙЗУЛЛИНА, зав. кабинетом ультразвуковой диагностики Клинического госпиталя МВД России по Республике Татарстан, тел. (843)-277-88-84, e-mail: aisha2402@yandex.ru

ДИНАР ГАЛИЕВИЧ БУЛАТОВ, врач-хирург ГСП № 4, врач-ординатор сердечно-сосудистой хирургии кафедры хирургических болезней № 2, тел. 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-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.

Ультразвуковая диагностика в настоящее время занимает ведущее место среди параклинических методов обследования, что связано с ее 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 г. 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 то же время правильно выстроенная работа медицинского учреждения позволяет снизить материальные затраты на восстановление здоровья сотрудников [6].

В Клиническом госпитале МСЧ МВД РФ по РТ г. Казани функционирует два кабинета УЗИ, и работают высококвалифицированные врачи и средний медицинский персонал. Кабинеты оснащены современными аппаратами УЗИ:

1. Портативным аппаратом УЗИ Micromax фирмы «Sonosite» с набором датчиков для исследова-

дования 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 1991 г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» [7]. Деятельность кабинета функциональной диагностики регламентируется соответствующими нормативными документами. Для учета работы персонала кабинета ультразвуковой

диагностики, возможности сопоставления его загруженности, расчетные нормы времени и определяемые нормы нагрузки врачей и среднего медицинского персонала приводятся к общей единице измерения — к условным единицам. В *табл. 1* показаны расчетные нормы времени на различные ультразвуковые методы исследования и их перевод в условные единицы, где за 1 условную единицу принимается 10 мин рабочего времени. Таким образом, сменная норма нагрузки составляет 33 условные единицы.

В целях оптимизации деятельности кабинета ультразвуковой диагностики нами проведен анализ работы по количеству проведенных исследований в абсолютных числах и в переводе в условные единицы за период 2007—2011 гг. Результаты представлены в *табл. 2*.

Из *табл. 2* видно, что за исследуемый период в кабинете ультразвуковой диагностики проведено всего 89 479 исследований, что составило — **298 964** у. е. За этот период с 2009 по 2013 г. отмечается увеличение общего количества исследований на 19,5%. Увеличение количества исследований связано с уменьшением догоспитального обследования пациентов, госпитализируемых в клинический госпиталь, назначением лечащими врачами, согласно стандартизованным подходам к лечению и диагностике пациентов (*рис. 1, 2*).

Таблица 1

Расчетные нормы времени на ультразвуковые методы исследования

Наименование исследования	Время на одно исследование, мин
Печень и желчный пузырь	20 (2,0 у. е.)
Желчный пузырь с определением функции	60 (6,0 у. е.)
Поджелудочная железа	20 (2,0 у. е.)
Селезенка	20 (2,0 у. е.)
Почки и надпочечники	20 (2,0 у. е.)
Мочевой пузырь с определением остаточной мочи	15 (1,5 у. е.)
УЗ-исследование женских половых органов	25 (2,5 у. е.)
Щитовидная железа	15 (1,5 у. е.)
Предстательная железа и яички	20 (2,0 у. е.)
Молочная железа	20 (2,0 у. е.)
Слюнные железы	20 (2,0 у. е.)
Лимфатические узлы	20 (2,0 у. е.)
Периферические сосуды	20 (2,0 у. е.)
Допплерометрия сосудов со спектральным анализом в постоянно-волновом режиме	50 (5,0 у. е.)
Исследование сосудов с цветным доплеровским картированием	60 (6,0 у. е.)
Эхокардиография	60 (6,0 у. е.)
Мягкие ткани	20 (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%.

Таблица 2

Количество проведенных исследований по годам

2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		Итого	
Абс. число	У. е.										
16284	67790	19206	79280	18354	67296	16182	38090	19453	46508	89479	298964

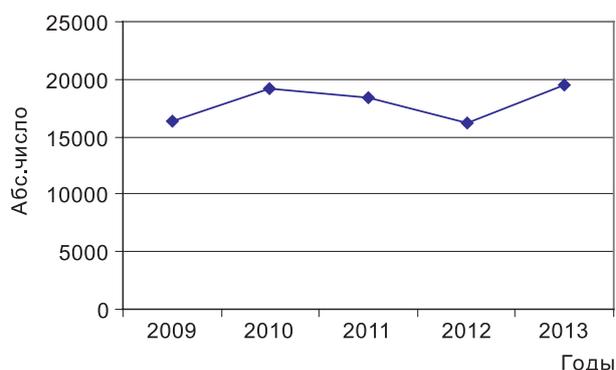


Рис. 1. График проведенных исследований в динамике за 2009—2013 гг. в абс. числах

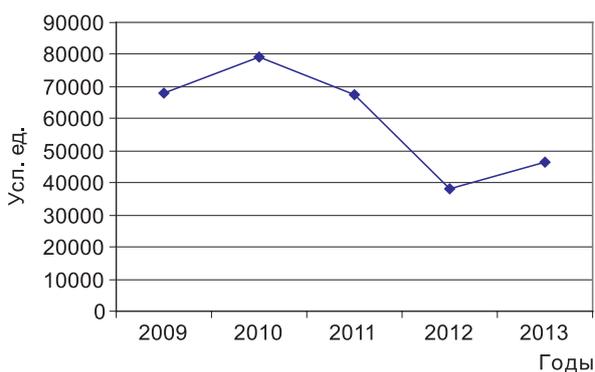


Рис. 2. График проведенных исследований в динамике за 2009—2013 гг. в у. е.

Количество осмотренных больных:

- 2009 г. — 4938 человек;
- 2010 г. — 5389 человек;
- 2011 г. — 5618 человек;
- 2012 г. — 6238 человек;
- 2013 г. — 7324 человека.

Таким образом, количество осмотренных больных с каждым годом увеличивалось, что связано

с приобретением нового УЗ-аппарата экспертного класса и увеличением количества стационарных больных за счет уменьшения койко-дней.

С 2008 г. по декабрь 2011 г. клинический госпиталь принимал участие в программе государственной гарантии в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) больных по гастроэнтерологическому профилю. Ежегодно получали лечение около 1000 человек (с 2008 по 2011 г. получили лечение около 4000 тыс. человек). Дополнительным методом исследования по данному профилю являлась ультразвуковая диагностика печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, селезенки.

Динамика показателей нагрузки кабинета УЗ-диагностики представлена в табл. 3.

Из табл. 3 видно, что кабинет УЗ-диагностики работает с перегрузкой все исследуемые годы, при этом по сравнению с нормативом отмечается увеличение нагрузки в 2009 г. на 176%, в 2010 г. — на 223%, в 2011 г. — на 174%, в 2012 г. — на 55%, в 2013 г. — на 89%.

Для определения доли каждого ультразвукового метода исследования в структуре деятельности кабинета УЗ-диагностики нами проведен сравнительный анализ, результаты которого представлены в табл. 4.

Из представленной табл. 4 видно, что исследования органов брюшной полости и почек занимают ведущее место среди всех исследований в целом. Наблюдается рост количества исследований органов малого таза, гинекологии, щитовидной железы; ЭхоКС, сосудов шеи и нижних конечностей, молочных желез и поверхностно расположенных органов, что связано с увеличением количества поступивших больных в стационар в течение года. Наряду с увеличением произошло и уменьшение числа исследований органов брюшной полости, почек и надпочечников. Это объясняется стандар-

Таблица 3

Динамика показателей нагрузки

Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Должная годовая нагрузка, у. е.	24 552	24 552	24 552	24 552	24 552
Фактическая годовая нагрузка, у. е.	67 790	79 280	67 296	38 090	46 508
%	276	323	274	155	189

Таблица 4

Сравнительный анализ УЗ-исследований

Исследование	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
ОБП	9565	11983	11253	8521	9600
Почки, надпочечники	3984	2637	2345	1981	1343
ОМТ	1274	3200	2386	1976	3205
Гинекология	65	29	103	207	223
Щитовидная железа	55	15	565	627	2081
Желчный пузырь с определением функции	14	16	26	84	32
Плевральная полость и проч.	36	98	146	164	124
ЭхоКС	1327	1228	1098	1620	1570
Сосуды шеи и нижних конечностей	—	—	432	852	1101
Молочные железы и поверхностно расположенные органы	—	—	16	150	174

тивозанным подходом к лечению и диагностике пациентов.

В декабре 2011 г. 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 «УЗ-диагностика в госпитале» в газете «Особый МЕНТалитет». 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 2009—2013 гг. установлено, что кабинет УЗ-диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ работает в течение исследуемого периода с перегрузкой по всем показателям, превышающей 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 сердечно-сосудистой, ЖКТ и мочеполовой систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миллер, Э. Применение ультразвука в медицине — физические основы / Э. Миллер, К. Хилл, Дж. Бэмбер. — 1989. — 324 с.
2. Руководство по ультразвуковой диагностике / под ред. П.Е.С. Пальмера. — 2006. — 89 с.
3. Струтынский, А. Эхокардиограмма. Анализ и интерпретация / А.В. Струтынский. — 2001. — 169 с.
4. Ивашкин, В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей / В.Т. Ивашкин. — М.: Вести, 2009. — С.123—150.
5. Илясова, Е.Б. Лучевая диагностика / Е.Б. Илясова, М.Л. Чехонацкая, В.Н. Приезжева. — 2009. — С.189—203.
6. Федеральный закон от 2011 № 247 «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел РФ».
7. Приказ Минздрава РСФСР от 2 августа 1991 г. «О совершенствовании службы лучевой диагностики».

REFERENCES

1. Miller, E. Primenenie ul'trazvuka v medicine — fizicheskie osnovy / E. Miller, K. Hill, Dzh. Bember. — 1989. — 324 s.
2. Rukovodstvo po ul'trazvukovoi diagnostike / pod red. P.E.S. Pal'mera. — 2006. — 89 s.
3. Strutyanskiy, A. Ehokardiogramma. Analiz i interpretatsiya / A.V. Strutyanskiy. — 2001. — 169 s.
4. Ivashkin, V.T. Bolezni pecheni i zhelchevyvodyaschih putei / V.T. Ivashkin. — M.: Vesti, 2009. — S.123—150.
5. Ilyasova, E.B. Luchevaya diagnostika / E.B. Ilyasova, M.L. Chehonackaya, V.N. Priezheva. — 2009. — S.189—203.
6. Federal'nyi zakon ot 2011 № 247 «O social'nyh garantiyah sotrudnikam organov vnutrennih del RF».
7. Prikaz Minzdrava RSFSR ot 2 avgusta 1991 g. «O sovershenstvovanii sluzhby luchevoi diagnostiki».

АНАЛИЗ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД РОССИИ ПО РТ ЗА 2009—2013 ГОДЫ

МАРГАРИТА ЕВГЕНЬЕВНА ФЕДОРОВА, зав. стоматологическим кабинетом Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, тел. (843)-277-88-84, e-mail: Olga17.79@yandex.ru

Реферат. Отражен анализ деятельности стоматологического кабинета за 5 лет. Установлено, что для оптимизации работы стоматологического кабинета необходимо улучшить обеспечение расходными материалами, развивать профилактическое направление стоматологической службы.

Ключевые слова: стоматологическая служба, профилактика, количественные и качественные показатели.

Одним из критериев качества жизни человека в XXI в. является здоровье, где важную роль играет современная стоматологическая помощь. Задача стоматологических специальностей заключается в сохранении и поддержании стоматологического здоровья пациента. Современная стоматология сочетает в себе новейшие технологии и профессионализм врача. Забота о здоровье сотрудников органов внутренних дел является важной государственной задачей. От этого во многом зависит выполнение поставленных перед ними задач. Стоматологическая служба является самой массовой по посещаемости.

Кариес и воспалительные заболевания пародонта до сих пор являются самыми распространенными заболеваниями, что обуславливает особую актуальность проблем их профилактики.

Профилактика — основное направление в работе стоматологической службы Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ. Стоматологическая помощь сотрудникам МВД предусматривает выполнение необходимых профилактических, диагностических, лечебных мероприятий в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи.

Осмотру и лечению подлежат сотрудники МВД, члены их семей, пенсионеры МВД, участники боевых действий, находящиеся на стационарном и диспансерном лечении. Выполнение поставленных задач осуществляется в соответствии с приказами руководства МСЧ, клинического госпиталя, МЗ РТ и МЗ РФ.

Стоматологическая служба клинического госпиталя руководствуется приказами:

- МЗ и СР РФ от 07.12.2011 № 1491н «Об утверждении порядка оказания медпомощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

- МЗ РТ от 19.10.1999 № 729 «О совершенствовании системы учета труда врачей стоматологического профиля».

- МЗ СССР от 04.10.1980 № 1030 «Типовая инструкция к заполнению форм первичной документации» и др.

Функции стоматологического кабинета

- Организация лечебно-диагностического процесса при стоматологических заболеваниях.

- Санация полости рта пациентов.

- Оказание экстренной помощи при острых заболеваниях.

- Оказание специализированной помощи.

- Внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний.

- Проведение санпросветработы среди пациентов.

- Ведение учетной и отчетной медицинской документации и представление отчетов о деятельности кабинета.

Виды стоматологической помощи

Терапевтическая помощь — лечение неосложненного и осложненного кариеса, лечение пациентов с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта. Профосмотры пациентов с группой риска (язвенная болезнь, острые и хронические заболевания почек, коллагенозы), профосмотры и санация пациентов, готовящихся к оперативным вмешательствам.

Хирургическая помощь в амбулатории представляет собой основное оперативное вмешательство:

- операция по удалению зуба;

- одонтогенные воспалительные процессы: периодонтиты, периоститы, остеомиелиты, перикоронариты.

Хирургическая помощь оказывается в следующих случаях:

I. Травматические повреждения — вывихи и переломы зубов.

II. Осложнения после удаления зубов: альвеолиты, кровотечения, острый край.

III. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава: остеоартрозы, вывихи.

III. Одонтогенные гаймориты.

IV. Подчелюстные лимфадениты.

V. Заболевания слюнных желез.

Оказание помощи тяжелым больным (терапевтическая, хирургическая) проводится непосредственно в палатах.

Консультативная помощь оказывается специалистам отделений лор, неврологии, терапевтического, гастроэнтерологии.

Статистика заболеваний: неосложненный кариес — 72%; осложненный кариес — 20%; заболевания пародонта — 8%.

Структура оказания помощи представляется в виде терапевтической помощи (80,0%) и хирургической помощи (20,0%).

План развития

Работа кабинета проводится в соответствии с полугодовым планом, который утверждается начальником госпиталя. Планом определяются задачи, стоящие перед кабинетом на предстоящие 6 мес и в первую очередь — повышение качества оказания стоматологической помощи, повышение профессионального уровня, внедрение в практику работы достижений науки и мировой стоматологической практики, совершенствование контроля за качеством проводимых лечебных мероприятий, улучшение материально-технической базы кабинета с учетом внедрения новых технологий лечения.

Врачи стоматологического кабинета оказывают терапевтическую стоматологическую помощь, хирургическую помощь, пародонтологическую помощь и помощь при заболевании СОПР.

Анализ рабочей деятельности

За последние пять лет (2009—2013) произошло полное переоснащение оборудования стоматологического кабинета, что позволило повысить качество работы, обеспечить удобство и комфорт пациентам.

В терапевтическом и хирургическом кабинетах стоят современные стоматологические установки фирмы «Fedesa» (Испания). Непревзойденная эргономика, максимальная функциональность, надежность в работе, комфорт для врача и пациента. Установки имеют комплектацию модулей, позволяющих врачу использовать все современные инновации:

а) вмонтированная насадка слюноотсоса;

б) насадка пылесоса;

в) наконечники для обработки полости рта с подсветкой;

г) насадка скалера (профессиональная чистка зубов);

д) насадка для системы Prophy-Mate-neo (для снятия зубного камня и налета);

е) насадка со светодиодной лампой ультра-лайт для работы с пломбирочным материалом светового отверждения.

Для стерилизации стоматологического инструментария используется автоклав «Eugora VXP-24» (Италия), в котором производится вакуумная сушка, автоматический контроль параметров стерилизации. Для контроля за качеством лечения и вы-

Результаты работы кабинета (количественные показатели)

Наименование	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Количество рабочих дней	165	221	181	193	209
Количество посещений (всего больных)	1 475	2007	1 396	1 586	1 613
Принято первичных больных, всего	838	954	772	759	776
Наложено всего пломб:	1 375	1 603	1 301	1 582	1 448
а) по поводу кариеса	1 184	1 319	914	1 330	1 216
б) по поводу осложнений кариеса	184	243	179	156	133
Санировано, всего	649	762	547	720	617
Процент санации от первично обратившихся, %	75	79	70	93	79
Трудовые единицы	4 714	6575,5	4 952	5 667,5	6 608
Аттестованные	368	366	268	277	245
Пенсионеры	205	247	202	178	226
Члены семей	98	159	102	93	94
Прочие	98	81	80	93	149
УИН и МСЧ	72	151	120	118	62
Удалено зубов	166	325	186	147	155
Пломб из КГПМ	320	529	852	1 277	1 169
Вылечено за одно посещение осложненного кариеса (пульпита)	50	41	108	96	99
Процент охвата стомат. помощью от использованных больных, %	42	45	52	45	47
Курс проф. гигиены полости рта	583	800	547	850	898
Профосмотры	35	42			
Оперативные вмешательства	36	43	50	25	32
Закончено лечений по поводу заболеваний пародонта	31	38	32	34	78
Заболевания слизистой оболочки полости рта	29	28	26	26	43

Результаты работы кабинета (качественные показатели)

Наименование	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Посещений в день	9	9,2	9,4	8,3	7,8
Санировано в день	3,9	3,1	3,0	3,9	3,0
Наложено пломб в день	8,3	7,8	9,5	8,2	7,0
Соотношение н/к к о/к	7:1	5:1	3:1	5:1	3:1
Процент санации от первично обратившихся, %	75	79	71	86,6	79
УЕТ в день	29	38	33,1	29,2	30,1
Посещений на одну санацию	3,8	2,7	2,5	2,2	2,1
Посещений на пломбу	0,9	1,1	1,0	1,3	1,1
Удельный вес пломб, поставленных по новым технологиям	29%	32%	75%	85%	80%
Соотношение вылеченных зубов к удаленным	7:1	5:1	6:1	10:1	9:1

Схема оказания стоматологической помощи пациентам Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ

Профилактическая работа	Лечебная работа	Специализированная помощь	Санитарно-просветительная работа
Плановая санация полости рта инвалидов ВОВ, участников ВОВ, участников боевых действий, групп риска, сотрудников госпиталя	По обращаемости	Хирургическая	Обучение гигиене полости рта

явления других патологий твердых тканей зубов и патологии костной ткани челюстно-лицевой области используется современный интраоральный рентгеновизуальный аппарат «PrevaDC» (США) с радиовизиографическим датчиком «SigmaM» (Финляндия).

Установка радиовизиографа и его использование позволяет выполнять работу по лечению осложненного кариеса более качественно и исправлять недостатки в лечении по ходу работы.

Автономный ультразвуковой скалер используется в лечении заболеваний пародонта. Для дезинфекции зубодесневых карманов можно использовать асептические растворы, что делает данные вмешательства на пораженном пародонте более эффективным аппарат «Vasios 750» (Япония)

При эндодонтических работах, связанных с обработкой корневых каналов, с целью удобства используется оптическая система увеличительных линз.

Для хранения стерильных инструментов в течение 7 сут используются камеры Пан Мед.

Повышение квалификации

За последние годы на базах стоматологических учебных центров «Эксклюзив Дент» и «Рокада Мед» принято участие в ряде конференций и семинаров. Пройдены мастер-классы с получением сертификатов, что позволило пересмотреть ряд методик по лечению заболеваний твердых тканей зубов и пародонта.

Научно-практическая работа. Опубликованы статьи «Одонтогенные гаймориты» (2012), «Анализ работы стоматологического кабинета в период Универсиады-2013» (2013) в журнале «Вестник современной клинической медицины».

Динамика развития

Из количественных и качественных показателей видна следующая динамика:

1. За последние годы в 2 раза выросло количество пломб, поставленных по поводу осложненного кариеса за одно посещение.

2. Значительно выросло количество профилактических мероприятий, обучение гигиене полости рта выросло в 1,5 раза.

3. Выросло количество УЕТ за год на 1000.

4. Количество УЕТ в день увеличилось до 30,1.

5. Увеличилось количество пломб из световых материалов за последние 2 года в 3 раза.

Цели и задачи стоматологической службы клинического госпиталя

Основной целью является оказание максимально полной высококвалифицированной помощи больным, проведение в полном объеме профилактических мероприятий и воспитание навыков по гигиене полости рта.

В соответствии с целью перед стоматологами в 2014 г. стоят следующие задачи:

1. Осуществлять работу кабинета в соответствии с приказами вышестоящих органов здра-

воохранения и Уставом Клинического госпиталя МСЧ МВД.

2. Повышать эффективность и качество оказываемых стоматологических услуг на основе внедрения в работу кабинета достижений медицинской науки и техники, повышения профессионального уровня врача и среднего медперсонала.

3. Приобретать новые пломбировочные материалы светового отверждения, анестетики нового поколения и другие медикаменты.

4. Активно применять в своей работе приобретенные на семинарах и конференциях нововведения и методические руководства.

5. Проводить работу комплексной стоматологической профилактики заболеваний пародонта.

Выводы. Сложившаяся структура кабинета обеспечивает доступность стоматологической помощи всех ее видов. Количественные и качественные показатели кабинета находятся на уровне среднегородских. Врачи-стоматологи в своей работе применяют новые технологии, новые материалы, анестетики нового поколения. Применение современных эндодонтических инструментов позволяет провести инструментальную обработку труднодоступных корневых каналов с их последующим качественным пломбированием. Распространение знаний по ведению здорового образа жизни, рациональному гигиеническому уходу за полостью рта является частью профилактики стоматологических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Малик, Ю.* // ФармГеокорм. — 2011 (Германия).
2. Эффективная эргономичная эндодонтия. — 2011 (Германия).
3. *Луцкая, И.* Профилактическая стоматология / И. Луцкая. — М.: Мед. литература, 2009.
4. *Цепов, Л.М.* Санитарно-гигиенический режим в стоматологических кабинетах и отделениях / Л.М. Цепов, Е.А. Михеева. — М.: Мед. пресс информ, 2008.
5. ДентАрт. — 2011. — № 1.
6. Новости Dentsply, 2011.
7. *Бечун, А.Б.* Неотложная помощь в стоматологии / А.Б. Бечун, А.В. Васильев, В.В. Михайлов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

REFERENCES

1. *Malik, Yu.* // FarmGeokorm. — 2011 (Germaniya).
2. Effektivnaya ergonomichnaya endodontiya. — 2011 (Germaniya).
3. *Luckaya, I.* Profilakticheskaya stomatologiya / I. Luckaya. — M.: Med. literatura, 2009.
4. *Cepov, L.M.* Sanitarно-gigienicheskii rezhim v stomatologicheskikh kabinetah i otdeleniyah / L.M. Cepov, E.A. Miheeva. — M.: Med. press inform, 2008.
5. DentArt. — 2011. — № 1.
6. Novosti Dentsply, 2011.
7. *Bechun, A.B.* Neotlozhnaya pomoshch' v stomatologii / A.B. Bechun, A.V. Vasil'ev, V.V. Mihailov. — M.: GEOTAR-Media, 2010.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА

ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА ХАЗОВА, канд. мед. наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. (843) 236-04-61, e-mail: hazova_elena@mail.ru

ОЛЬГА ВАСИЛЬЕВНА БУЛАШОВА, докт. мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. (843) 296-14-03, e-mail: boulashova@yandex.ru

ВИОЛЕТТА МАРАТОВНА ГАЗИЗЯНОВА, интерн кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-927-037-73-41, e-mail: violettakoshka2006@rambler.ru

Реферат. В статье представлены результаты обследования 122 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), преимущественно на фоне ишемической болезни сердца в сочетании с гипертонической болезнью. Проведена сравнительная оценка влияния уровня гемоглобина на течение и прогноз сердечной недостаточности. Получены данные о неблагоприятном прогнозе у больных ХСН III и IV функциональных классов (ФК) при наличии анемии. Показано, что сниженный уровень гемоглобина является предиктором нефатальных сердечно-сосудистых событий (тромбоэмболические осложнения и инсульт).

Ключевые слова: сердечная недостаточность, анемия, прогноз.

Исследования показали, что распространенность хронической сердечной недостаточности в российской популяции продолжает увеличиваться и достигает 5,5%, что в 3—10 раз выше, чем в странах Западной Европы [1]. Исследователи обращают внимание на более частую встречаемость анемии среди пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью (при ФК III—IV — 50%), тогда как при ХСН I—II ФК ее частота достигает 10% [2]. В исследовании О.А. Эттингера и др. было показано, что анемия ассоциирована с ростом заболеваемости и смертности при ХСН, данный факт был подтвержден данными других исследователей [3]. Так, была доказана ассоциация уровня гемоглобина крови с ростом заболеваемости и смертности при ХСН независимо от возраста, пола, наличия сахарного диабета (СД) и ФК ХСН [4]. Данные метаанализа 20 клинических исследований в 2009 г. показали достоверную ассоциацию анемии с высоким риском смертельного исхода при ХСН, при этом данные пациенты имели более низкую фракцию выброса левого желудочка [5]. В обзоре 34 исследований смертность больных с анемией составила 46,8%, тогда как в отсутствие анемии — 29,5% ($p < 0,001$), при этом смертность не зависела от фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) [6].

Целью настоящего исследования было изучение отдаленных фатальных и нефатальных исходов у больных с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от уровня гемоглобина.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 122 пациента (57 мужчин и 65 женщин), госпитализированных в стационар ГКБ № 7 в связи с декомпенсацией ХСН, в возрасте от 55 до 85 лет [средний возраст пациентов составил (63,5±9,8) года]. Были исключены пациенты с заболеваниями с ожидаемой продолжительностью жизни менее 1 года. Причиной ХСН в большинстве случаев оставалась ИБС в сочетании с артериаль-

ной гипертонией (АГ) (68,8%), только АГ наблюдалась у 16,6%. Ишемической болезнью сердца без АГ мужчины болели в 2,8 раза чаще (16,3%), чем женщины (5,3%) ($p < 0,05$). Инфаркт миокарда (ИМ) в прошлом перенесли 43,8% мужчин и 27,4% женщин ($p < 0,05$). Артериальная гипертония одинаково часто встречалась как у мужчин, так и у женщин. Градация по функциональным классам следующая: I ФК — 3%, II ФК — 46%, III ФК — 48%, IV ФК — 3%. Сердечная недостаточность с сохраненной систолической функцией ЛЖ (ФВ > 45%) наблюдалась у 83% пациентов. Через год после включения в исследование была собрана информация о кардиоваскулярных событиях. В качестве конечных точек наблюдения при изучении фатальных событий были определены общая смертность (ОС), сердечно-сосудистая смертность (ССС), смертельные инфаркт миокарда и мозговой инсульт (МИ), тромбоэмболические осложнения (ТЭО). При изучении нефатальных событий за конечные точки принимали несмертельные ИМ, МИ, госпитализация по поводу декомпенсации ХСН, впервые выявленные нарушения сердечного ритма и СД. Уровень гемоглобина определялся колориметрическим методом (норма лаборатории 120,0—160,0 г/л). Оценка прогноза производилась через год методом телефонного опроса.

Результаты и их обсуждение. Средняя величина уровня гемоглобина у больных ХСН составила (118,5±20,4) г/л. По нормативам лаборатории данный уровень несколько ниже нормы. У женщин отмечались более низкие показатели уровня гемоглобина [(105,3±5,8) г/л] по сравнению с мужчинами с ХСН (128,1±4,9). При ХСН ФК I—II наблюдались более высокие показатели уровня гемоглобина (118,3±5,7), чем у пациентов с ФК III—IV (109,8±5,6). Общая смертность (ОС) среди всех больных составила 11,5%, в том числе от сердечно-сосудистых событий — 10,6%. В структуре смертности преоб-

ладал ИМ (83,4%), в меньшей степени встречались мозговой инсульт (МИ) (8,3%) и ТЭО (8,3%). Анализ отдаленного прогноза среди всех больных ХСН выявил у половины наступление нефатальной сердечно-сосудистой смерти, структура которых следующая: ИМ — 11,3%; МИ — 3,2%; госпитализация по поводу декомпенсации ХСН — 85,5%; 23% — 2 раза, 8% — 3 и более раз. Число госпитализаций возрастало по мере увеличения функционального класса: при II ФК — у 32,8%, III ФК — у 75,25%, IV ФК — у 96,6%.

В ходе исследования для более детального анализа пациенты были распределены на две группы в зависимости от уровня гемоглобина. 1-я группа — пациенты с нормальным уровнем гемоглобина (>120 г/л). Средний уровень в данной группе составил ($120,5 \pm 13,6$) г/л ($p < 0,05$). Преобладали пациенты на фоне ИБС в сочетании с АГ (78,8%), только с АГ — 16,0%. Структура по ФК следующая: I ФК — 9%, II ФК — 53%, III ФК — 35%, IV ФК — 3%. Сердечная недостаточность с сохранной ФВ наблюдалась у 90% обследуемых. 2-я группа — пациенты со сниженным уровнем гемоглобина (<120 г/л). Средний уровень в данной группе — ($110,9 \pm 15,7$) г/л ($p < 0,05$). У большинства пациентов в качестве причины ХСН отмечалась ИБС в сочетании с АГ (75,8%), только с АГ — 11,0%. В данной группе преобладали пациенты с ХСН ФК III—IV (67%), по сравнению с группой с нормальным уровнем гемоглобина, где преобладали пациенты I—II ФК (62,0%). Сердечная недостаточность с ФВ >45 отмечалась у 76% пациентов. Различий по гендерному признаку в обеих группах получено не было.

При анализе фатальных отдаленных исходов не выявлено различий по уровню ОС и ССС в обеих группах (5,75% ОС в обеих группах; 5,3% ССС). Структура исходов в группах отличалась во 2-й группе (со сниженным уровнем гемоглобина) ТЭО и МИ встречались в равной степени в 16,6% случаев (ОР=2,33; $p=0,001$), ИМ — в 66,7%. Тогда как в 1-й группе с нормальным гемоглобином МИ и ТЭО не встречались, и в 100% случаев причиной смерти был ИМ (ОР=2,33; $p=0,001$). При анализе нефатальных событий получены следующие данные: ИМ наблюдался при сниженном гемоглобине в 1,3 раза чаще по сравнению с пациентами с нормальным его содержанием в крови (42% и 58% соответственно). Тогда как частота встречаемости МИ была выше при сниженном гемоглобине по сравнению с нормальным его уровнем (42% и 58%). Пациенты с пониженным гемоглобином госпитализировались по поводу декомпенсации ХСН в 3 раза чаще, чем с нормальным уровнем гемоглобина (ОР=2,0; $p=0,001$).

Выводы:

1. Сочетание анемии и ХСН достоверно чаще встречается у больных с ФК III—IV на фоне сочетания ИБС и АГ, с сохранной ФВ ЛЖ.

2. Показано, что сниженный уровень гемоглобина является предиктором фатальных сердечно-сосудистых событий (тромбоэмболические осложнения и инсульт).

3. Пациенты с пониженным гемоглобином госпитализируются по поводу декомпенсации ХСН в 3 раза чаще, чем с нормальным уровнем гемоглобина. У пациентов при сниженном гемоглобине несмертельные ИМ и МИ наблюдались в 1,3 раза чаще по сравнению с пациентами с нормальным его содержанием в крови.

4. Следует рассмотреть вопрос о включении в терапию ХСН препаратов железа.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Смирнова, Е.А.* Распространенность, факторы риска, прогноз и тактика ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / Е.А. Смирнова. — М., 2012. — 16 с.
2. Anemia in heart failure: should we supplement iron in patients with chronic heart failure? / E.E. Kaldara-Papatheodorou, J.V. Terrovitis, J.N. Nanus // Pol. Arch. Med. Wewn. — 2010. — № 120 (9). — P.354—360.
3. *Эттингер, О.А.* Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью: роль дефицита железа и его коррекция / О.А. Эттингер, О.В. Ускова, Г.Е. Гендлин, Г.И. Сторожаков // Consilium Medicum. — 2011. — Т. 13, № 5. — С.121—127.
4. *Anand, I.S.* Anemia and chronic heart failure implications and treatment options / I.S. Anand // J. Am. Coll. Cardiol. — 2008. — № 52 (7). — P.501—511.
5. *He, S.W.* The impact of anemia on the prognosis of chronic heart failure: a meta-analysis and systemic review / S.W. He, L.X. Wang // Congest Heart Fail. — 2009. — № 15(3). — P.123—130.
6. *Groenveld, H.F.* Anemia and mortality in heart failure patients a systematic review and meta-analysis / H.F. Groenveld, J.L. Januzzi, K. Damman // J. Am. Coll. Cardiol. — 2008. — № 52(10). — P.818—827.

REFERENCES

1. *Smirnova, E.A.* Rasprostranennost', faktory riska, prognoz i taktika vedeniya pacientov s hronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu: avtoref. dis. ... d-ra. med. nauk / E.A. Smirnova. — M., 2012. — 16 s.
2. Anemia in heart failure: should we supplement iron in patients with chronic heart failure? / E.E. Kaldara-Papatheodorou, J.V. Terrovitis, J.N. Nanus // Pol. Arch. Med. Wewn. — 2010. — № 120 (9). — P.354—360.
3. *Ettinger, O.A.* Anemiya u bol'nyh s hronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu: rol' deficita zheleza i ego korrekciya / O.A. Ettinger, O.V. Uskova, G.E. Gendlin, G.I. Storozhakov // Consilium Medicum. — 2011. — Т. 13, № 5. — С.121—127.
4. *Anand, I.S.* Anemia and chronic heart failure implications and treatment options / I.S. Anand // J. Am. Coll. Cardiol. — 2008. — № 52 (7). — P.501—511.
5. *He, S.W.* The impact of anemia on the prognosis of chronic heart failure: a meta-analysis and systemic review / S.W. He, L.X. Wang // Congest Heart Fail. — 2009. — № 15(3). — P.123—130.
6. *Groenveld, H.F.* Anemia and mortality in heart failure patients a systematic review and meta-analysis / H.F. Groenveld, J.L. Januzzi, K. Damman // J. Am. Coll. Cardiol. — 2008. — № 52(10). — P.818—827.

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ПАВЕЛ ОЛЕГОВИЧ ИЛЬИН, зам. генерального директора ООО «Медтехника СПб», врач-кибернетик, член РОСОМЕД, Санкт-Петербург, Россия

История симуляционных технологий восходит к XVIII в., когда во Франции был создан первый симулятор роженицы. Он был создан по чертежам Анжелики де Кюдрэ для тренинга повитух в единственной в то время общественной больнице Парижа «Парижском божьем приюте». Следом за Францией симуляторы начали разрабатывать в Англии, Японии, Германии и других странах. В середине XX в. в Норвегии был разработан первый манекен для отработки навыков сердечно-легочной реанимации. С тех пор все страны серьезно взялись за разработку симуляторов для тренинга самого широкого спектра практических медицинских навыков. Отмечен еще один факт: симуляционное медицинское обучение с XX в. опирается на успехи в других отраслях, в первую очередь в авиации, что в начале XXI в. дало толчок для создания виртуальных медицинских симуляционных технологий.

Ни для кого не секрет, что для того, чтобы быть успешным врачом, необходимо иметь большой практический опыт. Именно для того, чтобы отработать без риска для пациентов все необходимые навыки и выработать умения, создаются симуляционно-аттестационные центры — учреждения, осуществляющие с помощью симуляционных технологий обучение, тестирование и аттестацию студентов, ординаторов, аспирантов и врачей, а также научные исследования, технологические и клинические эксперименты, апробацию и экспертизу новой медицинской техники, методик, технологий и стандартов. Основу этих центров составляют классы по различным специальностям, обучение в которых происходит на симуляционном оборудовании различных уровней реалистичности.

В настоящее время в России принята следующая классификация данного оборудования:

I. Визуальный уровень. Оборудование служит только для наглядной демонстрации техник выполнения манипуляции. Сюда входят анатомические модели, плакаты, схемы, простейшие компьютерные программы.

II. Тактильный уровень. На данном оборудовании могут отрабатываться различные отдельно взятые манипуляции, например, интубация, наложение швов и т.д. В основе функционирования лежит пассивная реакция на вмешательство.

III. Реактивный уровень. У этого оборудования присутствует обратная связь, за счет чего возможна самостоятельная работа. Позволяет отрабатывать различные манипуляции или небольшой комплекс манипуляций. Такое оборудование, как правило, имеет электронный контроллер, сигнализирующий о правильности выполнения манипуляции.

IV. Автоматизированный уровень. У данных симуляторов присутствуют сложные автоматические реакции на различные внешние воздействия, а также более достоверный контроль за прово-

димыми манипуляциями посредством компьютера или видеосистемы. Кроме отдельных навыков и их комплексов оборудование данного уровня позволяет отрабатывать базовую командную работу.

V. Аппаратный уровень. Это оборудование позволяет воспроизводить работу медицинского подразделения — операционной, палаты интенсивной терапии и т.д. В этом случае используют реальную медицинскую технику или ее имитацию, мебель, газовую разводку, материал стен и т.д.

VI. Интерактивный уровень. На оборудовании этого типа происходит сложное взаимодействие роботизированного симулятора пациента с медицинским оборудованием и обучающимися. При этом интерактивный пациент изменяет свое состояние в ответ на внешние воздействия (меняется ЭКГ, пульс, дыхательные шумы и др.).

VII. Интегрированный уровень. В данном случае происходит интеграция различных взаимодействующих между собой симуляторов и медицинской аппаратуры. Создается единая система робот-симулятор пациента + виртуальный тренажер + медицинская аппаратура. Демонстрируются не только изменения параметров жизнедеятельности, но и показатели диагностических и хирургических систем. При этом возникает индивидуальная физиологическая реакция.

Исходя из этого, принята классификация симуляционных центров по уровням.

I уровень (базовый). Центры базируются при крупных больницах и в вузах/колледжах на площади до 500 м², имеют у себя симуляторы I—VI классов реалистичности, а также обязательно оборудование не ниже IV класса. Бюджет симуляционного центра составляет до 30 млн, штат — до 5 сотрудников, территория обслуживания — область.

Симуляционные центры II и III уровней находятся на базе крупных вузов и НИИ и отличаются большей площадью, числом сотрудников, количеством симуляторов более высоких классов реалистичности. Увеличиваются также бюджет оснащения и охват территории. Кроме того, они обязательно разрабатывают собственные методики, обучают преподавателей других симуляционных центров, апробируют методики.

Для организации симуляционного центра важно заранее распланировать его структуру и функционирование в зависимости от набора специальностей, на развитие которых будет направлена работа. При создании и функционировании такого центра для врачей одной из главных задач является понимание того, что работа центра, прежде всего, заключается не в том, чтобы «заваливать» обучающегося врача на неумении делать что-то, а в том, чтобы дать ему возможность отработать навыки по своей специальности до уровня автоматизма, выработать умения, выполняя сложные действия, обеспеченные сово-

купностью знаний и навыков. Доказано неоднократно, что врач, прошедший подготовку на симуляторах, будет лечить своих пациентов более безопасно, экономично и аккуратно. Работа на манекенах и виртуальных симуляторах не только повышает уверенность в себе, но и дает возможность врачу непрерывно повышать свою квалификацию, получая доступ к «пациентам» с такими симптомами, которые редко можно встретить в обычной клинической практике. Также появляется возможность отработать свои действия в командных условиях, получив слаженную команду для работы в реанимации или бригаде скорой помощи.

Как пример, рассмотрим **симуляционную палату интенсивной терапии**, созданную на основе робота-симулятора Виктор. Оснащение этим симулятором предполагает планировку помещения, имитирующую настоящую палату в больнице. Для этого необходима площадь не менее 17 м². Таким образом, становится возможным обучение группы из 6 человек. Если устанавливается система контроля и видеонаблюдения, то ставится соответствующее программное обеспечение, которое может объединять несколько классов в одну систему, контролирующуюся из операторского помещения. Непосредственно в палате устанавливается комплекс симуляционного и медицинского оборудования, включающий в себя непосредственно роботизированный симулятор Виктор (взрослый или новорожденный), функциональную кровать, прикроватный монитор, аппарат ИВЛ, дефибриллятор и АВД, инфузомат, газовый анализатор крови, инъекционную помпу, лекарственное обеспечение, столики, тележки и прочее оборудование, которое может понадобиться для работы.

В результате, мы имеем оборудование VI уровня реалистичности, имитирующее реальную физиологию, позволяющее проводить мониторинг жизненных показателей, составлять план лечения, отрабатывать навыки в команде, используя все имеющееся медицинское оборудование и все это дистанционно контролировать, а после работы проводить дебрифинг. При этом манекен в соответствии со сценарием реагирует на все проводимые вмешательства, плачет, потеет, кричит, у него сужаются или расширяются зрачки, изменяются электрокардиограмма, пульс, концентрация кислорода в выдыхаемой смеси, появляются шумы в сердце, хрипы в легких, западает язык. Такого пациента можно интубировать, ему можно провести сердечно-легочную реанимацию, дефибрилляцию, пунктировать костный мозг, можно взять его кровь на анализ, а при введении ему лекарственного препарата, он соответствующе отреагирует на это, причем без всякого вмешательства со стороны преподавателя. Оператор при желании может вмешиваться в процесс или давать комментарии через стримминг-речь. Это лишь малая часть того, как можно использовать данную палату, ведь она позволяет тренировать как врачебную команду, так и отдельно анестезиологов, терапевтов или неонатологов.

Как уже было сказано, начало этого века ознаменовалось приходом в медицинское обра-

зование виртуальных симуляторов — устройств, включающих в себя программное обеспечение, компьютер и электронно-механическую периферию. Часто виртуальный тренажер также содержит фантомную часть (например, модуль для эпидуральной анестезии). Этот вид оборудования отличается высокая цена, однако она оправдана тем, что это позволяет создать высокореалистичную среду, в которой не требуются (или практически не требуются) расходные материалы. Таким образом, виртуальный тренинг может быть повторен одним врачом сотни раз, значительно повысив его навыки.

В мире существует огромное количество симуляторов, различающихся разной степенью реалистичности (и стоимостью), которые можно использовать для тренировки врачей самых разных специальностей.

Классы по терапии могут включать в себя манекены для имитации кардиологических и пульмонологических заболеваний, способные имитировать такие аускультационные и пальпаторные симптомы, которые не часто встречаются в практике даже самых опытных врачей.

Симуляционные УЗИ-системы позволяют имитировать диагностический процесс и использовать этот опыт для работы с настоящими пациентами. Возможно оборудовать симуляционный кабинет для тренировки нефрологов, чтобы отработать нефролитотомию под ультразвуковым контролем перед тем, как ее непосредственно проводить в работе с пациентами. Фантом можно максимально приблизить к какому-то конкретному случаю, таким образом проведя операцию сначала на силиконовом торсе, а уже потом на живом человеке.

Огромное количество самых различных хирургических симуляторов позволяет начинающему хирургу подготовиться практически к любой базовой операции, и количество модификаций на самом деле позволяет это делать.

В заключение хотелось бы продемонстрировать тренажер, разработанный в Японии. Все врачи и медсестры умеют делать инъекции. На рынке медицинских симуляторов представлен широкий выбор оборудования, направленного на отработку этого навыка. Практически все манекены имеют «места для уколов», некоторые из них сигнализируют о том, попал практикант в вену или мышцу, или промахнулся. Но сейчас речь идет о тех, кто «попадает» без проблем. Ведь на самом деле процесс введения лекарства через иглу или забора крови из вены тоже поддается измерению и важен для здоровья пациента. Кто-то вводит лекарство быстро, при этом травмируя сосуд или мышцу, появляются синяки, с которыми борются гепариновой мазью. А кто-то «мучает» пациента вводя лекарство очень медленно... В этом случае нужно найти золотую середину, что наглядно иллюстрируют графики стандартов для различного вида инъекций и пункций. Поддерживая необходимое давление в шприце при отсутствии «рывков», врач или медсестра может отработать навык так, что перенесет эту чувствительность на реальных пациентов. Стоит сказать, что в Японии

на данном тренажере учат не только врачей. Существует государственная программа, по которой обучение инъекциям с применением в том числе и данного тренажера проходят сотрудники МЧС и, в частности, пожарные.

Если врач знает, как это надо делать, это не значит, что он овладел данной методикой с практи-

ческой стороны и уверенно применяет данное умение. Использование симуляционного оборудования позволяет без всякого риска для пациентов имитировать различные клинические ситуации, после которых аттестованный врач сможет уверенно себя чувствовать в клинике и избежать многих проблем, которые его там могут ждать.

- Абзалова Г.Ф. 113, 120
Абсалямова Л.Р. 21
Агеев А.Г. 27
Аглиуллина Ф.Ф. 32
Айдаров В.И. 37
Амиров Н.Б. 11, 15, 32, 40, 81, 93, 99, 113
Антонов Ю.А. 106
Архипов Е.В. 103
Ахтямов И.Ф. 27
Байбулатова Л.Ф. 113
Батищева Т.Л. 126
Бикташева Э.М. 65
Богданова А.Р. 46
Булатов Д.Г. 142
Булашова О.В. 149
Бунаков О.А. 53
Бунакова Л.К. 53
Буренина И.А. 57, 62
Валеев М.М. 65
Валиева Д.А. 69
Газизянова В.М. 149
Галяви Р.А. 78
Галяутдинов Г.С. 116
Гимадеев Ю.Ф. 27
Гинятуллина Л.Р. 11, 53
Голенков А.В. 116
Голишникова Л.И. 116
Дажин А.Ю. 65
Ерашева М.В. 120
Жестков А.В. 123
Закирова Д.Р. 81
Злоказова М.В. 119
Ильин П.О. 151
Ичитовкина Е.Г. 119
Красильников В.И. 37
Кузякин Г.В. 106
Куракина Н.Г. 116
Кутуев З.З. 65, 129
Лаврентьева Н.В. 116
Латипова З.К. 113, 120
Лонкин М.А. 116
Магомедов А.М. 85
Магомедов М.А. 85
Магомедов М.П. 85
Макогон С.И. 90
Маянская С.Д. 113, 120
Меликян И.А. 120, 122
Меркулова И.Ю. 123
Миролюбов Б.М. 27
Михопарова О.Ю. 40, 78
Мордык А.В. 126
Мухитова Э.И. 127
Налимова И.С. 106
Науширванов О.Р. 129
Нигматуллин Р.Х. 129
Низаметдинова А.Р. 131
Ощепкова О.Б. 78, 93
Палилова Л.Ю. 133
Пузырева Л.В. 126
Реверчук И.В. 120
Сабиров Л.Ф. 15, 21, 27, 99, 135, 139
Савастьянов С.Н. 116
Сафаргалиева Л.Х. 113, 135
Сахибуллин Р.Ф. 99
Сигитова О.Н. 46, 103
Сидоренко В.А. 9
Спиридонов А.В. 15, 21, 139
Строителев И.А. 27
Тютюнников С.В. 106
Фазлыев М.М. 129
Файзуллина Г.Г. 142
Фаттахов С.Р. 27
Федорова М.Е. 145
Фролова Э.Б. 78, 99, 127
Хазова Е.В. 149
Халиков Р.А. 65
Хамидов М.А. 85
Хисамиев Р.Ш. 11, 15, 99
Цибулькин Н.А. 93
Чернышова Т.Е. 120
Эпштейн А.М. 119
Эшмаков С.В. 120

ПРОГРАММА
VII Всероссийской ежегодной научно-практической конференции
врачей медико-санитарных частей МВД РФ
с участием врачей Республики Татарстан
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ
И ПРОФИЛАКТИКИ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»,
приуроченной к Дню образования медицинской службы
системы МВД России и 200-летию Казанского государственного
медицинского университета

Место проведения: Культурный центр МВД по РТ, большой и малый конференц-залы, Казань, ул. Карла Маркса, 26.

24 ОКТЯБРЯ 2014 ГОДА

8.00—9.00. Регистрация участников конференции.

9.00. **ОТКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ (большой зал).**

9.00—9.10. Приветственное слово министра внутренних дел по Республике Татарстан, генерал-майора полиции **Хохорина Артема Валерьевича**.

9.10—9.20. Приветственное слово заместителя начальника Департамента по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД России — начальника Управления медицинского обеспечения, полковника внутренней службы **Сидоренко Виталия Алексеевича**.

9.20—9.30. Приветственное слово заместителя председателя комитета Государственного Совета Республики Татарстан по законности и правопорядку **Нагуманова Рафила Габдрафиковича**.

9.30—9.40. Приветственное слово и доклад министра здравоохранения Республики Татарстан **Вафина Аделя Юнусовича**.

9.40—9.50. Приветственное слово ректора Казанского государственного медицинского университета профессора **Созинова Алексея Станиславовича**.

9.50—10.00. Приветственное слово ректора Казанской государственной медицинской академии профессора **Зыятдинова Камиля Шагаровича**.

10.00—10.20. Торжественная церемония награждения сотрудников и работников ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» ведомственными наградами МВД России, МВД по Республике Татарстан, Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА (большой зал)

10.20—10.40. **Ведомственное здравоохранение. Состояние и пути совершенствования на современном этапе.**

Сидоренко Виталий Алексеевич, зам. начальника Департамента по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД России — начальник Управления медицинского обеспечения, полковник внутренней службы (Москва).

10.40—11.00. **Ведомственная медицинская служба МВД по Республике Татарстан, реалии и перспективы.**

Хисамиев Рустем Шагитович, начальник ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», капитан внутренней службы (Казань);

Гинятуллина Ляйсан Рафкатовна, зам. начальника — врач ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», майор внутренней службы (Казань).

11.00—11.10. **Новые регуляторные тенденции в сфере контроля за деятельностью учреждений здравоохранения.**

Шайхутдинова Любовь Николаевна, зам. руководителя Управления федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Татарстан (Казань).

11.10—11.20. **Вопросы взаимодействия Главного бюро медико-социальной экспертизы и медико-санитарных организаций силовых ведомств по освидетельствованию бывших сотрудников правоохранительных органов.**

Пузанова Ольга Вениаминовна, зам. руководителя Главного бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Казань).

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ПЕРЕРЫВ (5 минут).

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА (большой зал)

Председатели: проф. Н.Б. Амиров, проф. А.А. Визель

11.25—11.40. **Боевая психическая травматизация полицейских спецподразделений.**

Ичитовкина Елена Геннадьевна, начальник Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «МСЧ МВД России по Кировской области», майор внутренней службы (Киров).

11.40—12.00. **Влияние топического применения рекомбинантного интерферона альфа-2b на содержание цитокинов в слюне больных гриппом А/Н1N1.**

Тютюнников Сергей Владимирович, докт. мед. наук, доцент, профессор кафедры факультетской терапии с курсами военно-полевой терапии, иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ (Барнаул);

Антонов Юрий Александрович, начальник Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «МСЧ МВД России по Алтайскому краю», подполковник внутренней службы (Барнаул).

12.00—12.20. **Использование местного гемостатического средства гемоблок в госпитальной хирургии: клинические и экономические аспекты.**

Плоткин Александр Вячеславович, докт. мед. наук, профессор, директор Московского областного научно-исследовательского института крови (Москва).

12.20—12.35. **Сравнительная эффективность генно-инженерных биологических препаратов. Теория и данные регистра МЕРА.**

Жиляев Евгений Валерьевич, докт. мед. наук, профессор, главный внештатный ревматолог Департамента здравоохранения г. Москвы, главный врач Европейского медицинского центра, врач-консультант Главного клинического госпиталя МВД России (Москва).

12.35—13.55. **Новые возможности терапии ИБС.**

Амиров Наиль Багауевич, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики КГМУ (Казань).

13.55—13.15. **Варианты ингаляционной терапии бронхиальной астмы и ХОБЛ.**

Визель Александр Андреевич, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ (Казань).

13.15—14.00. ПЕРЕРЫВ НА ОБЕД

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА (большой зал)

Председатели: проф. Р.Ф. Хамитов, проф. А.З. Шарафеев

14.00—14.20. **Загадочная гипертрофическая кардиомиопатия.**

Маянская Светлана Дмитриевна, докт. мед. наук, профессор, проректор по научной работе КГМУ (Казань).

14.20—14.40. **ОРВИ.**

Мороков Всеволод Сергеевич, канд. мед. наук, доцент, профессор кафедры общей врачебной практики КГМУ (Казань).

14.40—15.00. **Лечение АГ на современном этапе.**

Амиров Наиль Багауевич, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики КГМУ (Казань).

15.00—15.20. **Нарушения ритма сердца.**

Миллер Ольга Николаевна, докт. мед. наук, профессор кафедры неотложной терапии НГМУ (Новосибирск).

15.20—15.40. **Возможности доплерографии в диагностике ранних нарушений диастолической функции ЛЖ и ПЖ.**

Мухаметзянова Наиля Абдулрауфовна, канд. мед. наук, врач УЗ-диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ (Казань).

15.40—16.00. **Болевые синдромы в неврологии и общей врачебной практике: диагностические критерии и терапевтические подходы.**

Алтунбаев Рашид Асхатович, докт. мед. наук, профессор кафедры неврологии и реабилитации КГМУ (Казань);

Хузина Гульнара Рашидовна, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии и реабилитации КГМУ (Казань).

16.00—16.20. **Амбулаторное ведение внебольничных пневмоний.**

Хамитов Рустэм Фидагиевич, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой внутренних болезней № 2 КГМУ (Казань, «Фармстандарт»).

16.20—16.40. **Пероральные антикоагулянты: особенности дифференцированного назначения и применения.**

Галяутдинов Геншат Салахутдинович, докт. мед. наук, профессор кафедры факультетской терапии КГМУ (Казань).

16.40—17.00. **Клинические маски боли в животе.**

Абдулганеева Диана Ильдаровна, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии КГМУ (Казань).

17.00—17.20. **Артериальная гипертония и инсульты. Что нужно знать терапевту.**

Габитов Салават Зарифович, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии КГМА (Казань).

17.20—17.40. **Эндоваскулярная реваскуляризация как метод восстановления хронической окклюзии почечных артерий.**

Шарафеев Айдар Зайтунович, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой ангиологии и кардиологии КГМА (Казань).

17.40—18.00. **Редкий случай артериомезентериальной непроходимости. Диагностика. Лечение.**

Агеев Александр Геннадьевич, зав. хирургическим отделением Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ (Казань).

18.00. РОЗЫГРЫШ ПРИЗОВ БЕСПРОИГРЫШНОЙ ЛОТЕРЕИ.

24 ОКТЯБРЯ 2014 ГОДА

9.00—12.00. НАУЧНЫЙ СИМПОЗИУМ (малый зал)

1. **Эмболизация простатических артерий при аденоме простаты.**

Б.М. Шарафутдинов, РКБ № 2.

2. **Гемотампонада как осложнения ОИМ. Методы диагностики и лечения.**

А.Ф. Халирахманов, РКБ № 2.

3. **Атипичные формы инфаркта миокарда.**

А.И. Абдрахманова, канд. мед. наук, доцент кафедры ангиологии и кардиологии КГМА.

4. **Резистентная гипертония.**

Н.А. Цибульский, канд. мед. наук, доцент кафедры ангиологии и кардиологии КГМА.

5. **Современные подходы к гепатопротекции.**

Н.Б. Амиров, докт. мед. наук, профессор кафедры общеврачебной практики КГМУ.

6. **Культура здоровья и аспекты реабилитации при заболеваниях сердца.**

Г.А. Мухаметшина, канд. мед. наук, врач Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ.

7. **Дефицит витамина D: актуальность проблемы.**

Р.А. Надеева, канд. мед. наук, ассистент кафедры общеврачебной практики КГМУ.

8. **Значение генетического тестирования больных с хронической сердечной недостаточностью.**

Е.В. Хазова, канд. мед. наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней КГМУ;

О.В. Булашова, докт. мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней КГМУ.

9. **Хроническая сердечная недостаточность у больных старшего возраста.**

Е.В. Хазова, канд. мед. наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней КГМУ;

О.В. Булашова, докт. мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней КГМУ.

10. **Предупреждение кардиальных осложнений в хирургии холецистита.**

М.И. Малкова, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней КГМУ;

О.В. Булашова, докт. мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней КГМУ.

11. **Тяжелая бронхиальная астма: от диагностики фенотипа к достижению контроля.**

Р.С. Фассахов, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой аллергологии и иммунологии КГМА.

12. **Возможные пути повышения эффективности эрадикационной терапии.**

С.Р. Абдулхаков, канд. мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики КГМУ.

25 ОКТЯБРЯ 2014 ГОДА

КУЛЬТУРНЫЙ ЦЕНТР МВД ПО РТ (большой зал)

Председатели: проф. О.Н. Сигитова, проф. А.З. Шарафеев

- 9.00—9.20. **Аллергозы.**
Камашева Гульнара Рашидовна, канд. мед. наук, доцент кафедры общеврачебной практики КГМУ (Казань).
- 9.20—9.40. **Новые подходы к антигипертензивной терапии у пациентов с ассоциированными заболеваниями почек и сердечно-сосудистой системы (ЕОАГ и ЕОК, 2013).**
Сигитова Ольга Николаевна, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общеврачебной практики КГМУ, главный нефролог МЗ РТ (Казань).
- 9.40—10.00. **Лечение ОИМ в Республике Татарстан.**
Галявич Альберт Сарварович, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской терапии КГМУ, главный внештатный кардиолог МЗ РТ (Казань).
- 10.00—10.20. **Щитовидная железа и репродуктивная функция женщины.**
Надеева Розалия Акимовна, канд. мед. наук, ассистент кафедры общеврачебной практики КГМУ (Казань).
- 10.20—10.40. **Кандидоз пищевода. Вопросы и ответы.**
Сайфутдинов Рафик Галимзянович, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапии КГМА (Казань).
- 10.40—11.00. **Нарушения пищевого поведения: взгляд невролога и психиатра.**
Дашкина Лилия Рашидовна, аспирант кафедры неврологии и реабилитации КГМУ (Казань);
Хузина Гульнара Рашидовна, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии и реабилитации КГМУ (Казань).
- 11.00—11.20. **Профилактика и лечение инфекций мочевых путей у беременных.**
Архипов Е.В., канд. мед. наук, ассистент кафедры общеврачебной практики КГМУ (Казань).
- 11.20—11.40. **Современные рекомендации по лечению резистентного остеоартроза.**
Габитов Салават Зарифович, канд. мед. наук, доцент кафедры терапии КГМА (Казань).
- 11.40—12.00. **Депрессивные расстройства в общеврачебной практике: принципы диагностики и ведения больных.**
Хузина Гульнара Рашидовна, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии и реабилитации КГМУ (Казань);
Богданов Энвер Ибрагимович, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии и реабилитации КГМУ (Казань).
- 12.00. ДИСКУССИЯ. ЗАКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ.

25 ОКТЯБРЯ 2014 ГОДА

«КРУГЛЫЙ СТОЛ» ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ЧАСТЕЙ МВД РОССИИ В КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ МСЧ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН (Оренбургский тракт, 132)

Председатели: Р.Ш. Хисамиев, К.М. Хайруллин, Л.Ф. Сабиров

- 9.00—12.00. «КРУГЛЫЙ СТОЛ» НА ТЕМУ «НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВЕДОМСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
1. **Современные подходы к организации стационарной помощи в Клиническом госпитале МСЧ МВД России по РТ.**
Сабиров Ленар Фарухутдинович, канд. мед. наук, начальник Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, капитан внутренней службы (Казань, 10 мин).
 2. **Хирургия одного дня.**
«ИнтерМедсервис» (20 мин).
 3. **Виртуальные и симуляционные технологии в медицинском образовании и Клинической практике.**
«ИнтерМедсервис» (20 мин).

ИНФОРМАЦИЯ О VIII 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», ПОСВЯЩЕННОЙ 85-ЛЕТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Конференция состоится **4—5 декабря 2015 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 внутренних дел Российской Федерации по Республике Татарстан; Министерство здравоохранения Республики Татарстан; ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан»; ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» (КГМУ); кафедра общей врачебной практики КГМУ; ООО ММЦ «Современная клиническая медицина».

Министр здравоохранения Республики Татарстан **Вафин Адель Юнусович**; ректор КГМУ, д.м.н., профессор, лауреат Государственной премии РТ, чл.-корр. АН РТ **Созинов Алексей Станиславович**; заместитель министра здравоохранения Республики Татарстан **Осипов Сергей Альбертович**; начальник ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ», капитан внутренней службы **Хисамиев Рустем Шагитович**.

Председатель конференции — д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики КГМУ, заслуженный деятель науки и образования, академик РАЕ, заслуженный врач РТ, лауреат Государственной премии по науке и технике РТ **Амиров Наиль Багауевич**.

Сопредседатель конференции — д.м.н., зав. кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ, профессор, академик АН РФ, заслуженный врач РТ, лауреат Государственной премии по науке и технике РТ **Визель Александр Андреевич**.

Секретарь конференции — заместитель начальника — врач ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан» майор внутренней службы **Гинятуллина Ляйсан Рафкатовна**.

ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

Зав.кафедрой общей врачебной практики КГМУ, профессор, заслуженный врач РТ и РФ **Сигитова Ольга Николаевна**; начальник Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан» капитан внутренней службы, к.м.н. **Сабиров Ленар Фаррахович**; начальник отделения экспертизы качества оказания медицинской помощи,

майор внутренней службы **Газимова Лилия Гусмановна**; зам.начальника ВВК ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан» капитан внутренней службы **Садыков Руслан Замирович**.

Информационное сопровождение конференции: журнал «Вестник современной клинической медицины». ISSN 2071-0240 (Print); ISSN 2079-553X (On line); <http://www.vskmjjournal.org>; e-mail: vskmjjournal@gmail.com

Заявки на участие в конференции, тезисы и статьи принимаются до **01.09.2015 г.** в приемной начальника ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан» по адресу г. Казань, ул. Лобачевского, 13, тел. +7 (843) 291-36-87 или в приемной начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан» по адресу г. Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, тел/факс +7 (843) 277-88-84.

Контактные телефоны: (843) 277-88-84, **291-26-76**, факс: 277-88-84, e-mail: namirov@mail.ru, 1610med@mail.ru, lordara@mail.ru, russtem@gmail.com, renata1980@mail.ru

Будет выпущен очередной номер рецензируемого научно-практического журнала «**Вестник современной клинической медицины**» и приложение к журналу «**Материалы конференции**» (см. правила оформления статей и кратких сообщений для авторов на сайтах www.vskmjjournal.org; www.kgmu.kcn.ru; www.elibrary.ru).

Программа конференции формируется и будет выслана дополнительно. Регламент для сообщений — 20 минут.

По всем вопросам согласования программы конференции обращаться к председателю конференции **Амирову Наилю Багауевичу**, 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 в рублях:

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, научный доклад;

50 000 — сателлитный симпозиум;

30 000 — предоставление времени для научного доклада на конференции по согласованной тематике из расчета 1500 за 1 минуту, но не более 20 минут.

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 и размещения рекламы в журнале «Вестник современной клинической медицины» представляет ООО «Многопрофильный медицинский центр «Современная клиническая медицина».

Контактное лицо — Рената Наилевна Амирова, контактный телефон: +7-905-313-01-11 (моб.).

Реквизиты:

Общество с ограниченной ответственностью «ММЦ «Современная клиническая медицина»

ОГРН 1131690016677:

ИНН/КПП 1655265546 / 165501001

Р/счет 40702810500000002685

в ОАО АИКБ «Татфондбанк», г. Казань

БИК 049205815

Кор/счет 30101810100000000815 в ГРКЦ НБ РТ

Адрес: 420043, г.Казань, ул. Вишневского, д.57-83; тел. (843) 291-26-76; факс (843) 277-88-84, e-mail: namirov@mail.ru

Отдел оформления договоров, рекламы, маркетинга и организации финансирования конференции — ООО «ММЦ «Современная клиническая медицина»: контактное лицо — руководитель Амирова Рената Наилевна.

г. Казань, ул. Оренбургский тракт, 132,
моб.тел. +7-903-307-99-47;
e-mail: renata1980@mail.ru

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 должна быть набрана в текстовом редакторе Word 2003, шрифт Times New Roman, 12, межстрочный интервал 1,5, форматирование по ширине, без переносов, должна быть напечатана на одной стороне листа форматом 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, Е.В. Хазова, 2014);

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 и/или e-mail на русском языке и их перевод на английский язык;

5) реферат, структурированный и отражающий основное содержание статьи, на русском языке (от 100 до 250 слов) и перевод структурированного реферата на английский язык;

6) ключевые слова, отражающие смысловую часть статьи (не более 6), на русском языке и их перевод на английский язык.

3. Принимаются к опубликованию статьи на английском языке, при этом должны быть выполнены все требования как для русскоязычных статей, но с обратным переводом соответственно.

4. 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.

5. Все статьи направляются на рецензирование.

6. 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.

7. Высылать статью в печатном и электронном виде на магнитном носителе (CD-R, CD-RW, флеш) одновременно с квитанцией об оплате. **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.

8. Рубрикация журнала: Передовая статья. Оригинальные исследования (клинико-теоретические публикации). Обзоры. Клинические лекции. Краткие

сообщения. Организация здравоохранения. Дискуссии. Съезды, конференции, симпозиумы. Из практического опыта. История медицины (юбилейные и исторические даты). Экспериментальные исследования — клинической медицине. Клинический случай и др.

9. 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); **таблицы** не должны представлять собой скан; **рисунки** должны иметь номер и название под рисунком. Отсканированные фотографии должны иметь разрешение не ниже 300 dpi. **Текст:** все части статьи (текст, 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 страниц могут быть размещены в рубрике «Короткие сообщения».

Рисунки, таблицы, реферат и список литературы входят в общий объем статьи.

Содержание статьи:

введение, обосновывающее постановку задач исследования;

материал и методы исследования;

результаты и их обсуждение;

заключение (выводы);

перечень цитируемой литературы.

10. **Название** статьи должно отражать основное содержание работы и **обязательно** должно быть представлено на **русском и английском языках.** **Реферат** (должен содержать **от 100 до 250 слов**) и **ключевые слова** (не более 6 слов) **должны быть** представлены на **русском и английском языках** (ключевые слова должны стоять после реферата).

Редакция оставляет за собой право исправлять присланные авторами на английском языке без согласования с авторами **название статьи, реферат и ключевые слова** при противоречии их правилам английского языка или неправильного употребления терминологии. *Например:* внебольничная пневмония. Неправильный перевод: out-of hospital pneumonia. Правильный перевод: community acquired pneumonia.

11. В рубрику «Из практического опыта» принимаются статьи, освещающие оригинальный опыт авторов в медицинской практике. Объем статьи — не более 10 страниц машинописного текста.

12. Объем **обзорно-теоретических статей** и статей в рубрику «**Клинические лекции**» заранее согласовываются с редакцией журнала.

13. Библиографические ссылки в тексте статьи надо давать в квадратных скобках с указанием номера согласно списку литературы: *Например:* ...согласно данным [11]...

В конце статьи приводится список литературы в соответствии с ГОСТ 7.1—2003 «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 выпуска, страницы (от — до) и ГОСТ Р7.0.5-2008 «Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления».

Для вхождения в базу данных Scopus **необходимо подавать список цитируемой русскоязычной литературы в романской транскрипции**. Для этого можно воспользоваться сайтом: <http://translit.ru>. Во избежание ошибок, а также для облегчения работы не стоит делать транслитерацию вручную. Представление в References только транслитерированного (без перевода) описания недопустимо, так как делает такое описание совершенно не читаемым (поэтому, после транслитерированного названия необходимо поместить перевод названия статьи на английский язык). N.B.! Если в списке есть иностранные публикации то они полностью повторяются в русскоязычном списке литературы. Зарубежные базы данных огромное внимание уделяют правильной индексации ссылок.

Таким образом, после списка литературы на русском, необходимо поместить References по указанному примеру:

Author A.A., Author B.B., Author C.C. Title of article (translit) [Title of article — translation] *Title of Journal* — [Title of journal — translation], 2005, vol. 10, no. 2, pp. 49-53.

Примечание. Допускается порядок списка литературы по мере цитирования.

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ И СПИСКА ЛИТЕРАТУРЫ

© Н.Н. Кривкина, Э.Н. Ахмадеева, А.Я. Валиуллина, 2013

Пробел

УДК 616-053.3:616.329-089

Пробел

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Пробел

Наталья Николаевна Кривкина, аспирант кафедры госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия, тел. 8-917-34-555-28, e-mail: sunnatali@msn.com

Эльза Набиахметовна Ахмадеева, докт. мед. наук, зав. кафедрой госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия, тел. 8-903-312-37-57, e-mail: pediatr@ufanet.ru

Альфия Ягфаровна Валиуллина, канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия, тел. 8-937-322-60-78, e-mail: doctoralfiya@gmail.com

Пробел

Реферат. Цель исследования — охарактеризовать здоровье детей младенческого возраста, родившихся недоношенными. Материал и методы. Под наблюдением находилось 519 недоношенных детей,

которых разделили на 3 группы: 1-я группа — дети с экстремально низкой массой тела при рождении (44 ребенка), 2-я группа — дети с очень низкой массой тела при рождении (142 младенца) и 3-я группа — дети с низкой массой тела при рождении (333 младенца). *Результаты и их обсуждение.* Выявлено, что исходы перенесенных заболеваний у недоношенных детей исследуемых групп к концу первого года жизни были разнообразны — от практически здоровых до детей с ограниченными возможностями. *Заключение.* Факторами риска, влияющими на тяжесть исходов, являются отягощенный акушерско-гинекологический анамнез матери в 100% случаев, сам факт недоношенности и весовая категория преждевременно родившихся младенцев.

Пробел

Ключевые слова: новорожденные, дети с низкой и экстремально низкой массой тела, раннее развитие недоношенных.

Пробел

THE COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF HEALTH PREMATURE INFANTS DEPENDING ON THEIRS BIRTH WEIGHT

Пробел

Natalia N. Kryvkina, graduate student of hospital pediatrics of SBEI HPE «Bashkir State Medical University» Russian Ministry of Health, Ufa, Russia, tel. 8-917-345-55-28, sunnatali@msn.com

Elsa N. Akhmadeeva, MD, Head of the Department of Hospital Pediatrics of SBEI HPE «Bashkir State Medical University» Russian Ministry of Health, Ufa, Russia, tel. 8-903-312-37-57, pediatr@ufanet.ru

Alfia Ya. Valiulina, PhD, Assistant Professor Department of Hospital Pediatrics of SBEI HPE «Bashkir State Medical University» Russian Ministry of Health, Ufa, Russia, tel.8-937-322-60-78, doctoralfiya@gmail.com

Пробел

Abstract. *Aim.* The purpose of our study was to characterize health of premature infants. *Material and method.* Under our observation were 519 children. We are divided them into 3 groups. In the first group were 44 preterm birth with extremely low birth weight. In the second — 142 premature with very low birth weight. And in the last one — 333 children with low birth weight. *Results.* It was revealed that outcomes of perinatal pathologies during first year of life were variables. It occur such healthy children as invalid infants. *Conclusion.* Factors, which may cause severe pathology, were not only the fact of preterm born, but also the compromised obstetric-gynecologic history of mothers in 100% of cases.

Пробел

Key words: premature infants, extremely low birth weight, obstetric-gynecologic history.

Пробел

Текст структурированной статьи

Пробел

Литература

1. Аржанова, О.Н. Этиопатогенез невынашивания беременности / О.Н. Аржанова, Н.Г. Кошелева // Журнал акушерства и женских болезней. — 2004. — Т. LIII, № 1. — С. 37—41.

2. Виноградова, И.В. Катамнестическое наблюдение за детьми с экстремально низкой массой тела при рождении / И.В. Виноградова, М.В. Краснов, Л.Г. Ногтева // Практическая медицина. — 2008. — № 31. — С. 67—69.

3. Antenatal Corticosteroids Prior to 24 WEEKS «Gestation and Neonatal Outcome of Extremely Low

Birth Weight Infants» / S. Abbasi, C. Oxford, J. Gerdes [et al.] // Am. J. Perinatol. — 2009. — Vol. 32. — P.19—23.

4. Bronchopulmonary dysplasia and brain white matter damage in preterm infants: a complex relationship / L. Gagliardi, R. Bellu, R. Zanini [et al.] // *Pediatr Perinat Epidemiol.* — 2009. — Vol.23, № 6. — P.90—582.

Пробел

References

1. Arzhanova, O.N. Jetiopatogenez nevnashivaniya beremennosti [Etiopathogenesis of miscarriage] / O.N. Arzhanova // *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej* [Journal of Obstetrics and Women's diseases]. — 2004. — Vol. 53, № 2. — P. 37—41.

2. Vinogradova, I.V. Katamnesticкое nabljudenie za det'mi s jekstremal'no nizkoj massoj tela pri rozhdenii [Follow-up observation of children with extremely low birth weight] / I.V. Vinogradova // *Prakticheskaja medicina* [Practical Medicine]. — 2008. — Vol. 31. — P. 67—69.

3. Abbasi S., Oxford C., Gerdes J. [et al.] Antenatal Corticosteroids Prior to 24 WEEKS «Gestation and Neonatal Outcome of Extremely Low Birth Weight Infants» // *Am. J. Perinatol.* — 2009. — Vol. 32. — P.19—23.

4. Gagliardi L., Bellu R., Zanini R. [et al.] Bronchopulmonary dysplasia and brain white matter damage in preterm infants: a complex relationship // *Pediatr Perinat Epidemiol.* — 2009. — Vol. 23, № 6. — P.90—582.

14. **Краткие сообщения и тезисы** предоставляются объемом не более 1—4 страниц машинописного текста без иллюстраций, таблиц и списка литературы, структурированные как тезисы: **название — ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ**. С новой строки — **Ф.И.О. автора(ов) полностью**. С новой строки — **учреждение, город, страна**. С новой строки через интервал — **цель исследования, материал 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.

15. 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.

16. 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.

17. **При формировании материалов конференций и съездов в приложение к журналу принимаются тезисы**. Правила оформления тезисов такие же, как для коротких сообщений.

18. **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 Научной электронной библиотеки (**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 должны предоставлять на безвозмездной основе редакции журнала права на использование электронных версий статей, соблюдать международные правила построения публикаций и резюме к ним**. В структуру статей входят разделы: **Введение** (с указанием в конце целей исследования). **Материал и методы. Результаты и их обсуждение. Выводы**.

19. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются редколлегией и не возвращаются.

20. В связи с тем, что журнал издается на средства авторов и подписчиков, стоимость публикации одной страницы формата А4 составляет 600 (шестьсот) рублей. Квитанция об оплате присылается вместе со статьей.

21. **С аспирантов** (единственный автор) за публикацию рукописей **плата не взимается**.

22. **Правила** оформления статей могут совершенствоваться в соответствие с требованиями ВАК и Scopus. Следите за изменениями на сайтах, а также в последнем вышедшем номере журнала.

Статьи в печатном виде и на электронных носителях с квитанцией об оплате направлять по адресу: 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, КГМУ, в редколлегию журнала ВСКМ для Н.Б. Амирова и по e-mail: vskmjournal@gmail.com.

По возникающим вопросам обращаться в редколлегию журнала: Амиров Наиль Багаевич (главный редактор), **e-mail: namirov@mail.ru**; Визель Александр Андреевич (заместитель главного редактора), **e-mail: lordara@mail.ru**; Хазова Елена Владимировна (ученый секретарь редколлегии), **e-mail: hazova_elena@mail.ru**; Шаймуратов Рустем Ильдарович (компьютерное сопровождение журнала), **e-mail: rustem@gmail.com**.

Телефон редакции: +7 (843) 291-26-76, факс +7 (843) 277-88-84, www.vskmjournal.org

По вопросу размещения рекламы в журнале и оформлению договоров обращаться в Отдел договоров и рекламы ООО «ММЦ «Современная клиническая медицина». Контактное лицо директор Амирова Рената Наилевна, 420043, Казань, ул. Вишневского, 57-83, тел. 8-903-307-99-47; **e-mail: renata1980@mail.ru**

THE BULLETIN OF CONTEMPORARY CLINICAL MEDICINE ISSN 2071-0240 (Print), ISSN 2079-553X (On line) THE RULES FOR ARTICLES 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, E.V.Khazova, 2014);

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);

5) **abstracts** of the article in Russian (from 100 to 250 words) and English;

6) **key words** in Russian and English (not more than 6);

7) **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. Lections. 5. Brief information. 6. Reviews. 7. Discussions. 8. Conventions, symposiums, conferences, Meetings, Societies. 9. Jubilee dates, History of Medicine. 10. Clinical trials.

7. 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.

Pictures and tables are included in article volume.

8. **Article content:**

introduction with aim and tasks of the investigation;

material and methods;

results;

discussion;

conclusion (s);

refereeing literature.

9. **The title of the article** must reflect the content of the article and written in Russian and English. Abstract should not exceed 1/2 page (not more than 250 words) including Title and Key words, reflecting the main contents of investigation in Russian and English. Key words follows the Abstract.

10. In rubric «From practical experience» papers reflecting authors original experience in medical practice are accepted in volume of not more than 10 pages.

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.**

11. Volume of the articles of «**theoretical review**» and «**Clinical lections**» suppose to be discussed with Editorial Committee beforehand.

12. 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 pagers should be given. (following the ГОСТ 7.1—2003 «Bibliographic description of documents»).

Note: List of the literature according to citation could be allowed.

13. **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.

14. 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.

15. 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.

16. **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).

17. Articles made out of required rules wouldn't be considered and returned back to authors.

18. Publication for post-graduate students is free.

Articles in electronic carrier should be directed to the following address: 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: vskmjournal@gmail.com, namirov@mail.ru, lordara@mail.ru, hazova_elena@mail.ru, russtem@gmail.ru .

Phone +7 (843) 291 26 76; fax +7 (843) 277 88 84.

www.vskmjournal.org, www.kgmu.kcn.ru, www.es.rae.ru/vskm, https://twitter.com/vskmjournal

Department of advertising: «Modern Clinical Medicine», 57-83, Vishnevsky str., Kazan-city, Republic of Tatarstan, Russia, 420043.

Renata N. Amirova, tel. **+7-903-307-99-47**; e-mail: **renata1980@mail.ru**

ПОРЯДОК РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА ПУБЛИКАЦИЮ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

1. Принимаются только рецензии от доктора наук — специалиста той области науки, которой посвящена статья и не являющегося руководителем или консультантом диссертационного исследования автора статьи. Подпись доктора наук должна быть заверена гербовой печатью организации, в которой работает рецензент. К статье могут прилагаться рецензии нескольких докторов наук.

2. Все статьи оцениваются рецензентами по следующим параметрам:

- оригинальность статьи;
- значимость статьи;
- качество статьи;
- способ представления материала;
- адекватность цитируемых источников;
- степень соответствия рубрикам журнала.

ПРИМЕРНАЯ СТРУКТУРА РЕЦЕНЗИИ НА СТАТЬЮ

В редакцию журнала «Вестник современной клинической медицины»
«__» _____ 20__ г.

РЕЦЕНЗИЯ

на статью: <авторы, название>

Статья посвящена решению актуальной задачи <...>

В ней рассматривается <...>; предлагается <...>

По статье можно сделать следующие замечания <...>

Статья содержит новые результаты, представляет интерес для специалистов в области <...> и может быть рекомендована к публикации в научном журнале «Вестник современной клинической медицины».

В случае отрицательного мнения рецензента о возможности публикации необходимо обоснование или рекомендации по доработке рукописи.

Должность, ученая степень, ученое звание

Подпись

Расшифровка подписи

Дата

О себе (рецензент) сообщаю:

Фамилия _____

Имя, отчество _____

Организация _____

Ученая степень _____

Звание, должность _____

E-mail _____@_____

Служ. тел. (с кодом города) _____

Факс (с кодом города) _____ моб. тел. или дом. тел. _____

Почтовый адрес (с индексом) _____

Личная подпись рецензента: _____

Уважаемые коллеги!

Направляя рецензию на статью для научного журнала «Вестник современной клинической медицины», вы тем самым удостоверяете, что данная статья содержит новые интересные результаты и заслуживает публикации.

Редакция журнала благодарит вас за сотрудничество.

«ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» ПОДПИСКА НА 2015 ГОД

Вестник современной
клинической медицины

ООО «ММЦ «Современная клиническая медицина»
(наименование получателя платежа)

форма № ПД-4

1 6 5 5 2 6 5 5 4 6 (ИНН получателя платежа) 4 0 7 0 2 8 1 0 5 0 0 0 0 0 0 2 6 8 5 (номер счета получателя платежа)

в ОАО АКИБ «Татфондбанк» г. Казань (наименование банка получателя платежа) БИК: 049205815

3 0 1 0 1 8 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 8 1 5 (номер лицевого счета (код) плательщика)

Номер кор./сч. банка получателя платежа: _____ (номер лицевого счета (код) плательщика)
подписка на журнал «Вестник современной
клинической медицины» (2015 г.)

Ф.И.О. плательщика _____
Адрес плательщика _____
Сумма платежа: _____ руб. _____ коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____ коп.

Итого: _____ руб. _____ коп. " _____ " _____ 201 _____ г.
С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен. **Подпись плательщика** _____

Кассир

БЛАНК ЗАКАЗА

Я подписываюсь на 6 номеров журнала «Вестник современной клинической медицины», выходящие в 2015 г.

Сообщаю все необходимые сведения о себе для занесения в базу данных и доставки корреспонденции:

1. ФИО _____
2. Место работы, адрес, телефон _____
3. Должность _____
4. Специальность _____

Вестник современной
клинической медицины

ООО «ММЦ «Современная клиническая медицина»
(наименование получателя платежа)

1 6 5 5 2 6 5 5 4 6 (ИНН получателя платежа) 4 0 7 0 2 8 1 0 5 0 0 0 0 0 0 2 6 8 5 (номер счета получателя платежа)

в ОАО АКИБ «Татфондбанк» г. Казань (наименование банка получателя платежа) БИК: 049205815

3 0 1 0 1 8 1 0 1 0 0 0 0 0 0 0 8 1 5 (номер лицевого счета (код) плательщика)

Номер кор./сч. банка получателя платежа: _____ (номер лицевого счета (код) плательщика)
подписка на журнал «Вестник современной
клинической медицины» (2015 г.)

Ф.И.О. плательщика _____
Адрес плательщика _____
Сумма платежа: _____ руб. _____ коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____ коп.

Итого: _____ руб. _____ коп. " _____ " _____ 201 _____ г.
С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен. **Подпись плательщика** _____

**Квитанция
Кассир**

5. Дата рождения _____

Адрес доставки:

1. Индекс _____
2. Район, регион, область _____

3. Город _____

4. Улица _____

5. Дом _____ корпус _____
квартира/офис _____

6. Телефон _____