



# Медицина в Кузбассе



Рецензируемый научно-практический журнал  
Основан в 2002 году

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**  
А.Я. ЕВТУШЕНКО

**Издатель:**

НП «Издательский Дом  
Медицина и Просвещение»

**Адрес:**

г. Кемерово, 650056,  
ул. Ворошилова, 21  
Тел./факс: 73-52-43

**Шеф-редактор:**

А.А. Коваленко

**Научный редактор:**

Н.С. Черных

**Макетирование:**

И.А. Коваленко

А.А. Черных

**Директор:**

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в  
Сибирском окружном межрегиональ-  
ном территориальном управлении  
Министерства РФ по делам печати,  
телерадиовещания и средств массо-  
вых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации  
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

**Отпечатано:**

ООО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,  
ул. Сарыгина, 29

**Тираж:** 500 экз.

Розничная цена договорная

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С.

- зам. главного редактора, Луцик А.А. - зам. главного редак-  
тора, Михайлуц А.П., Разумов А.С. - ответственный секре-  
тарь, Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горбатовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово) Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк).

Спецвыпуск № 1 - 2005



**Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 1-2005: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА КЕМЕРОВО.** Тезисы докладов Третьей городской научно-практической конференции врачей (13-14 апреля 2005 г.). — Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2005. — 242 с.

*Спецвыпуск содержит материалы научно-практической конференции по актуальным вопросам современной медицины и организации здравоохранения в лечебно-профилактических учреждениях города Кемерово.*

**Редакционная коллегия:**

Шпилянский Э.М., Краснова С.В., Бабарыкина С.В., Михайлуц А.П., Головатова Л.В.,  
Титаренко Л.М., Постникова Н.В., Квасова О.В., Куракина Е.И., Сушкевич Т.В.,  
Фролов Е.Б., Строкольская Т.А., Голубева И.М., Кокорина Н.П., Макаров С.А.,  
Черных М.В., Бутина Л.Л., Айзенштадт С.Я., Рудаев В.И., Дубенский Ю.Ф.,  
Елисеев А.В., Демидова Т.В., Поликутина А.Т., Бакулин В.С.,  
Горланова Л.Л., Багрова Л.О.



---

РАЗДЕЛ I.  
ОРГАНИЗАЦИЯ, УПРАВЛЕНИЕ,  
ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЭКОНОМИКА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



## ИТОГИ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА

Прошедший год для здравоохранения г. Кемерово был успешным. Удалось сохранить доступность бесплатной медицинской помощи населению, добиться положительной динамики по ряду основных показателей состояния здоровья населения, значительно укрепить материально-техническую базу лечебно-профилактических учреждений города, продолжить развитие современных медицинских информационных технологий, усилить социальную поддержку молодых специалистов (в виде единовременных денежных пособий), начать широкомасштабную работу по компьютеризации ЛПУ, продолжить развитие стационарозамещающих технологий.

По итогам 2004 года, как и в предыдущем году, г. Кемерово на первом месте среди городов и районов Кемеровской области по модели конечных результатов (МКР – 0,81).

Сеть лечебно-профилактических учреждений города в течение 2004 г. практически не изменилась. В системе здравоохранения функционируют 31 самостоятельное медицинское учреждение, в том числе: 15 стационаров на 3363 койки, из них 3 специализированных диспансера (ККД, ГКВД, ГКНД) на 341 койку, 20 поликлиник для взрослых на 7134 посещения в смену, в т.ч. 6 стоматологических поликлиник на 1965 посещений в смену, 9 поликлиник для детей на 1674 посещений в смену, 7 женских консультаций на 738 посеще-

сти – 90,8 на 10 тыс. населения, в Российской Федерации – 105,8 на 10 тыс. населения).

В муниципальном здравоохранении работают 10769 чел. (2003 г. – 10808 чел., 2002 г. – 10782 чел.), из них врачей – 2456 чел. (2003 г. – 2488 чел., 2002 г. – 2499 чел.), средних медицинских работников – 3783 чел. (2003 г. – 3768 чел., 2002 г. – 3756 чел.), провизоров и фармацевтов – 46 чел., прочих работников – 4484 чел. (2003 г. – 4435 чел., 2002 г. – 4401 чел.).

Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составляет 46,7 (2003 г. – 47,6, 2002 г. – 47,4). Укомплектованность врачами составляет 72 % (2003 г. – 71 %), средним медицинским персоналом – 64,7 % (2003 г. – 64,9 %). Увеличилось число врачей, имеющих сертификат специалиста, на 102 чел. (2003 г. – 2354 чел., 2002 г. – 2248 чел.).

В 2004 году администрацией города установлены ежемесячные доплаты и подъемные при устройстве на работу молодым врачам участковой службы (10 тыс. руб.) и медицинским сестрам (5 тыс. руб.).

На начало 2004 г. численность населения составила 525,6 тыс. чел., а на начало 2005 г. – 522,2 тыс. чел. В городе, за счет превышения числа умерших над числом рождений, продолжает сохраняться отрицательный естественный прирост, но величина его в последние годы снижается (табл. 1).

Таблица 1  
Демографические показатели (на 1000 населения)

Наименование показателя	г. Кемерово			Кемеровская область
	2002	2003	2004	2004
Число родившихся	5217	5480	5581	-
Коэффициент рождаемости	9,9	10,4	10,6	10,7
Число умерших	8339	8211	7803	-
Коэффициент смертности	15,8	15,6	14,9	17,9
Естественный прирост	-5,9	-5,2	-4,3	-7,2

ний в смену, 3 санатория для детей на 645 коек, дом ребенка на 100 коек, Клиническая станция скорой медицинской помощи, Клинический медицинский диагностический центр.

По сравнению с прошлым годом, количество юридических лиц уменьшилось на одно, в связи с реструктуризацией Городского детского ортопедического санатория и переводом его в структурное подразделение МУЗ Психоневрологический санаторий «Искорка».

Обеспеченность муниципальными койками – 64,0 на 10 тыс. населения (в Кемеровской обла-

Несмотря на некоторое увеличение новорожденных и снижение количества умерших, сложившиеся коэффициенты рождаемости (10,6) и смертности (14,9) по критериям оценки демографических показателей, относятся, соответственно, к низкому и высокому уровням.

Низкий уровень рождаемости приводит к сокращению в структуре общей численности населения доли детского населения и увеличению лиц старше трудоспособного возраста. Растущее число пожилых людей негативно влияет на показатели здоровья и смертности.

Общий коэффициент смертности в 2002-2004 гг. остался на прежнем уровне. Подавляющее большинство смертей обусловлено заболеваниями системы кровообращения (52 %), несчастными случаями и отравлениями (15,9 %), злокачественными новообразованиями (14,3 %).

У лиц трудоспособного возраста структура смертельных исходов иная: первое место (33,5 %) занимают травмы и отравления, второе (29,2 %) — болезни системы кровообращения и третья (10,6 %) — злокачественные новообразования.

По результатам анализа состояния здоровья населения г. Кемерово, в 2004 году отмечается тенденция к снижению уровня общей заболеваемости населения, в сравнении с 2003 г. Показатель общей заболеваемости в 2004 году составил 1503,0 на 1000 населения (2003 г. — 1512,6). В 2004 г. ранговые значения классов ведущих причин заболеваемости населения не изменились. В структуре общей заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания — 341,4 на 1000 населения (2003 г. — 361,5), второе — болезни системы кровообращения — 203,9 на 1000 населения (2003 г. — 199,8), третье место — травмы и отравления — 148,6 на 1000 населения (2003 г. — 148).

Общая заболеваемость в городе у взрослых выше (2004 г. — 1320,9 на 1000 населения, в 2003 г. — 1368,7), чем в Российской Федерации (РФ — 1227,1), но ниже, чем в г. Томске — 1501,5 и в г. Новосибирске — 1435,4. Отмечается повышение уровня заболеваемости у взрослого населения болезнью костно-мышечной системы (+4,8 %), системы кровообращения (+4,1 %) и болезнью эндокринной системы (+5,3 %).

Отмечается рост общей заболеваемости у детей на 5,6 % (2004 г. — 2288,8 на 1000 населения). Основными причинами первичной заболеваемости у детей являются болезни органов дыхания 54,7 % (1045,2 на 1000 населения), травмы и отравления 8,5 % (162,0 на 1000 населения), инфекционные и паразитарные заболевания 6,2 % (117,9 на 1000 населения).

В городе снизилась заболеваемость туберкулезом — 117,4 на 100 тыс. населения (2003 г. — 140,5), сифилисом — 94,3 на 100 тыс. населения (2003 г. — 151,0). Отмечается увеличение заболеваемости злокачественными новообразованиями — 289,9 на 100 тыс. населения (2003 г. — 272,4) и ВИЧ-инфекцией — 5,1 на 100 тыс. населения (2003 г. — 3,5), что значительно ниже показателей в г. Новокузнецке и г. Томске.

На здравоохранение города из всех источников финансирования поступило 1415,6 млн. руб. (2003 г. — 1053,7 млн. руб.; 2002 г. — 954,2 млн. руб.), доля поступлений по ОМС составляет — 736,8 млн. руб. или 52 % (2003 год — 548,7 млн. руб. или 52 %; 2002 год — 521,6 млн. руб. или

54,7 %) от всех поступлений, доля бюджета составляет 385,4 млн. руб. или 27,2 % (2003 год — 280,6 млн. руб. или 26,6 %; 2002 год — 270,9 млн. руб. или 28,4 %). За счет оказания медицинской помощи на платной основе сверх Территориальной программы государственных гарантий (платные услуги, добровольное медицинское страхование) было привлечено 246,9 млн. руб. или 17,5 % (2003 год — 174,3 млн. руб. или 16,5 %, 2002 год — 138,5 млн. руб. или 14,5 %). Кроме того, городскими лечебно-профилактическими учреждениями в 2004 году дополнительно привлечено в здравоохранение города 30,0 млн. руб. (40,9 млн. руб. в 2003 г., 14,3 млн. руб. в 2002 г.) финансовых средств из других источников.

В структуре финансирования значительных изменений не произошло: в целом поступления из бюджета и ОМС в 2004 году составляли 79,3 % от всех доходов (в 2003 г. — 78,7 %; в 2002 году — 83 %).

Финансирование Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи составило в 2004 году 1122,2 млн. руб. (бюджет, ОМС) или 79,3 % от утвержденной стоимости. При реализации программы, на 1-го жителя израсходовано 2145 руб. в год (2003 г. — 1573 руб.), что выше расходов на жителя по г. Томску (1548 руб.), но ниже расходов по г. Новокузнецку (3047 руб.).

Доля внебюджетных поступлений в общем доходе составила 17,4 %, по сравнению с 2003 годом повысилась на 0,9 %.

Кассовые расходы за 2004 г. в целом повысились на 37 %, в сравнении с 2003 г. Рост расходов объясняется повышением заработной платы в 1,33 раза, увеличением тарифов на коммунальные услуги, ростом цен на медикаменты и продукты питания, стирку белья. Стоимость одного пролеченного больного в стационаре и посещение в поликлинике возросли, в среднем, в 1,1 раза.

Сравнительная таблица по средней стоимости в 2002-2004 гг. представлена в таблице 2.

При сравнении показателей средней стоимости с другими городами отмечается, что стоимость 1 койко-дня на лечение в стационаре по г. Кемерово составляет 505,1 руб., что выше расходов других городов (в г. Томске — 411,7 руб., в г. Новокузнецке — 369,9 руб.).

Среднемесячная заработная плата в здравоохранении города, в расчете на одну должность, составила 2908,8 руб. (2003 год — 2325,0 руб.), на физическое лицо — 4647,3 руб. (2003 год — 3700,0 руб.). Средняя заработная плата на физическое лицо в г. Томске — 4793 руб., в г. Новокузнецке — 4667 руб. По ЛПУ, финансируемых как из бюджета, так и по ОМС, заработная плата выплачивалась своевременно и регулярно. В сравниваемых городах задержек по выплате заработной платы также не было.



**Таблица 2**  
**Средняя стоимость медицинских услуг в 2002-2004 гг. (в рублях)**

Показатели	2002 год	2003 год	2004 год
Стоимость 1-го пролеченного больного в стационаре	5186,7	5886,4	6619,6
Стоимость 1 койко-дня, в том числе:	371,5	432,8	505,1
- по питанию	17,5	21,3	23,2
- по медикаментам	51,1	69,3	83,5
Стоимость 1-го посещения поликлиники	61,0	64,2	80,0
Стоимость 1 вызова станции скорой помощи	339,6	382,2	469,4

Объемы бесплатной медицинской помощи обеспечиваются в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий муниципальными медицинскими учреждениями. Сеть ЛПУ и кадровый потенциал в течение последних 5 лет остается стабильным. Обеспеченность муниципальными койками (64,0 на 10 тыс. населения) остается низкой, в сравнении с городами Сибири, за счет того, что большой объем медицинской помощи жители города получают в ЛПУ, имеющих статус областных и ведомственных: г. Новосибирск – 91,7, г. Новокузнецк – 117,7. В 2004 г. коечный фонд в стационарах круглосуточного пребывания составляет 3363 койки.

Увеличение средней занятости койки с 310 в 1999 г. до 335 в 2004 году и сокращение сроков пребывания с 13,1 до 11,5 дней позволили, при сокращении коечного фонда с 1999 г. по 2004 г. на 165 коек, увеличить число пролеченных больных на 13882 человек. В 2004 г. численность пролеченных больных в стационарах города составила 96281 человек.

Число посещений врачей поликлиник жителями города в последние годы имеет тенденцию к снижению (1999 г. – 10,5 на одного жителя, 2004 г. – 10,1), в то же время, продолжают развиваться стационарозамещающие технологии и увеличиваться число больных, пролеченных на койках дневного стационара и стационара на дому. В течение 5 лет коечная сеть дневных стационаров увеличилась на 163 койки и общее число их составило 488 (2004 г. – 460, 1999 г. – 325). В дневных стационарах пролечено в 2004 году 2978 чел. (2003 год – 26718 чел., 1999 год – 17754 чел.). В стационарах на дому пролечено 7094 пациентов (2003 г. – 7115 чел., 1999 г. – 3995 чел.).

В течение 2004 г. продолжали развиваться межотраслевые формы работы по обслуживанию населения (контингенты особого внимания) в тесном сотрудничестве со специалистами системы социальной защиты, образования, физкультуры и спорта.

Начато внедрение новой модели оказания медицинской помощи пациентам с термотравмой. Объединение усилий специалистов разного профиля для лечения нескольких видов патологии на

одной и той же больничной койке позволит более рационально использовать ограниченные ресурсы здравоохранения.

Продолжена лечебно-оздоровительная работа с детьми по плану, разработанному на основе данных диспансеризации детей 2003 г.

Совершенствовалась работа по медико-социальной помощи лицам старшего поколения. На базе поликлиник продолжили работу 7 геронтологических кабинетов, прием геронтолога-гинеколога. Реализовывались мероприятия по программе «Золотая осень», функционировали климакс-центры в МУЗ «ГКБ № 1» и МУЗ «МКДЦ».

Люди пожилого возраста оздоравливались на стационарных базах лечебно-профилактических учреждений: в областном госпитале ветеранов войн получили лечение 1181 чел., в лечебно-оздоровительном центре «Милосердие» 886 чел., в отделении ветеранов войн МУЗ «ГКБ № 3» 1171 чел.

Профилактическая работа проводилась на современном информационном уровне: выпускаются современные периодические сборники совместно с управлением социальной защиты, работает WEB-сайт в Интернете, виртуальный госпиталь совместно с ГТС, электронное отслеживание и передача информации по движению потоков пациентов на этапах скорая помощь – поликлиника – стационар – страховая медицинская организация.

Профилактические осмотры декретированных контингентов населения проведены на 98 % в 2004 г, что позволило снизить количество запущенных случаев заболеваний, профзаболеваний.

Медицинская помощь сверх программы государственных гарантий осуществлялась по платным услугам и программам ДМС. Доходы по платным услугам в 2004 году выросли в 1,32 раза, по сравнению с 2003 годом, и составили 114,9 млн. руб. Доходы по программам ДМС выросли в 1,42 раза, и составили в 2004 году 102,0 млн. руб.

Реализация в 2004 году целевых программ из средств местного бюджета на сумму 76,9 млн. руб. (в том числе 43,2 млн. руб. на развитие и укрепление материально-технической базы ЛПУ) позволила улучшить доступность медицинской помощи незащищенным слоям населения

(в 2003 году – 42,1 млн. руб.). Коэффициент роста – 1,83.

#### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ

- *Донорство.* За 2004 год профинансировано содержание станций переливания крови и оплата донорам ежемесячно, в среднем, 94 чел. на сумму 2912,9 тыс. руб. (за 2003 год ежемесячно, в среднем, 99 чел. на сумму 3085,1 тыс. руб.). Коэффициент снижения – 0,94.

- *Бесплатное зубопротезирование.* За 2004 г. проведено зубопротезирование 1639 чел. на сумму 3562,3 тыс. руб., в том числе по Закону РФ «О Ветеранах» ветеранов ВОВ – 322 чел., тружеников тыла – 187 чел., по закону РФ «О социальной защите инвалидов» – 508 чел. (за 2003 год проведено зубопротезирование 2316 чел. на сумму 3857,3 тыс. руб., в том числе по Закону РФ «О Ветеранах» ветеранов ВОВ – 292 чел., тружеников тыла – 551 чел., по закону РФ «О социальной защите инвалидов» – 764 чел.). Коэффициент снижения – 0,92.

- *Льготное лекарственное обеспечение.* За 2004 год на выдачу льготных медикаментов профинансировано из средств городского бюджета – 7520,0 тыс. руб. и обеспечено 57483 рецепта (за 2003 год – на сумму 5386,6 тыс. руб. обеспечено 41948 рецептов). Коэффициент роста – 1,4.

- *Детское питание.* За 2004 год обеспечивались, в среднем, ежемесячно 1116 детей продукцией цеха детского питания КМК и сухими адаптированными молочными смесями на сумму 2335,9 тыс. руб. (за 2003 год были обеспечены продукцией КМК и сухими адаптированными молочными смесями 1145 детей на сумму 1892,9 тыс. руб.). Коэффициент роста – 1,23.

- *Адресная материальная помощь.* За 2004 год адресную материальную помощь по дорогостоящим видам лечения получили 282 чел., на сумму 5875,2 тыс. руб. (за 2003 год – 229 чел., на сумму 4166,0 тыс. руб.). Коэффициент роста – 1,41.

- *Жизненно-важные препараты.* За 2004 год на приобретение жизненно-важных препаратов выделено 8287,3 тыс. руб., из них на выдачу инсулиновых препаратов – 5707,7 тыс. руб., (за 2003 год на приобретение жизненно-важных препаратов выделено 6568,7 тыс. руб., из них на инсулиновые препараты – 4164,9 тыс. руб.). Коэффициент роста – 1,26.

- *Школьные стоматологические кабинеты.* За 2004 год в 30 школьных стоматологических кабинетах санировано 16056 чел. на сумму 1278,0 тыс. руб. (за 2003 год в 34 школьных стоматол. кабинетах санировано 17883 чел. на сумму 910,4 тыс. руб.). Коэффициент роста – 1,4.

Дополнительно в 18 стоматологических кабинетах в летнее время санировано 1734 ребенка, за счет привлеченных средств ГБК «Кемерово» (97,2 тыс. руб.).

- *Летний оздоровительный отдых.* В 2004 году в ЛПУ города оздоровлено 3539 детей (2003 год – 2744 чел.). Дополнительно привлечены средства ГБК «Кемерово» в размере 498,5 тыс. руб.

- *Адресная помощь на дорогостоящие виды медицинских услуг.* За 2004 г. получили адресную материальную помощь по дорогостоящим видам медицинской помощи 282 человека (229 чел. в 2003 г.) на сумму 5875,2 тыс. рублей (4166,0 тыс. руб. в 2003 г.). Коэффициент роста – 1,41.

Адресная помощь оказана 11 инвалидам и участникам ВОВ на сумму 446,2 тыс. руб., ветеранам труда 32 чел. на сумму 483,8 тыс. руб., работникам бюджетной сферы 40 чел. на сумму 112,9 тыс. руб., инвалидам 1-3 группы 106 чел. на сумму 219,0 тыс. руб. и т.д.

Финансирование осуществлялось адресно для конкретных пациентов в муниципальных ЛПУ по профилям: травматология – 80 чел. на сумму 212,9 тыс. руб., хирургия – 29 чел. на сумму 130,7 тыс. руб., кардиология – 21 чел. на сумму 841,7 тыс. руб. Проведено 15 операций эндопротезирования тазобедренного сустава на сумму 852,0 тыс. руб.

Выполнение строительно-монтажных работ за 12 месяцев 2004 года составило 139,1 млн. руб. (средства УГР – 42,4 млн. руб., МУ «УЗ» – 3,0 млн. руб., областной бюджет – 59,9 млн. руб., средства ЛПУ – 33,8 млн. руб.), в том числе: капитальное строительство – 19,9 млн. руб.; капитальный ремонт – 86,3 млн. руб.; текущий ремонт – 27,3 млн. руб.; подготовка к зиме – 5,6 млн. руб. В г. Новосибирске выполнение строительно-монтажных работ за 12 месяцев 2004 года составило 107,6 млн. руб.

В эксплуатацию введено 13 объектов:

1. Отделение реанимации хирургического корпуса МУЗ «ГКБ № 2».
2. Общая врачебная практика МУЗ «Поликлиника № 20» на 30 посещений в смену в пос. Предзаводском.
3. Отделение для долечивания больных с нарушением кровообращения на 30 коек в центре санаторно-восстановительного лечения «Меркурий» МУЗ «ККД».
4. Кафедра детской стоматологии Кемеровской государственной медицинской академии на базе МУЗ «ГСП № 19».
5. Отделение детских кишечных инфекций для детей старше 1 года на 40 коек МУЗ «ГИКБ № 8».
6. Муниципальное предприятие «Аптека № 81» в составе МУЗ «Поликлиника № 20».
7. Приемное отделение хирургического корпуса МУЗ «ГБ № 11».
8. Прачечная МУЗ «ГБ № 11».
9. Отоларингологическое отделение на 30 коек МУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского».
10. Поликлиника № 2 МУЗ «ДКБ № 1».



11. Отделение № 1 МУЗ «МСЧ № 17».

12. Центр амбулаторной хирургии и клинко-диагностическая лаборатория МУЗ «ГКБ № 1 им. М.Н. Горбуновой».

13. Клинико-диагностическая лаборатория МУЗ «ГКВД».

В 2004 году МУ «Управление здравоохранения» и лечебно-профилактическими учреждениями города, в рамках подготовки объектов здравоохранения к зимнему периоду сезона 2004-2005 г., было освоено 5,6 млн. руб. (в 2003 г. – 3,7 млн. руб.).

За счет средств текущего финансирования МУ «УЗА» выполнено работ на сумму 3,1 млн. руб. при первоначальном плане 2,6 млн. руб. Проведены ремонты 4-х кровель, 3-х систем отопления, 3-х систем водоснабжения и канализации (в т.ч., наружный водопровод). За счет собственных и привлеченных средств учреждений отремонтировано 6 кровель, 6 систем отопления, 2 системы водоснабжения.

На приобретение современного дорогостоящего оборудования в 2004 году израсходовано 86,0 млн. руб., в том числе из средств местного бюджета – 43,2 млн. руб., от предпринимательской деятельности – 19,2 млн. руб., прочие – 23,6 млн. руб.

В течение 2004 года Управлением здравоохранения, совместно с лечебно-профилактическими учреждениями, за счет бюджетных и внебюджетных средств закуплено на конкурсной основе продукции на сумму 135,4 млн. руб. Экономический эффект составил 7 млн. руб. Всего проведено 1048 закупок на конкурсной основе, в том числе 3 предварительных квалификационных отбора и 8 открытых конкурсов. В 2004 г. объем закупок за счет средств бюджета и внебюд-

жетных фондов на конкурсной основе составил 33,3 % от общего объема финансирования (в течение 2003 г. – 7,6 % от общего объема финансирования).

Основными тенденциями развития здравоохранения города в 2005 году являются:

1. Совершенствование организации медицинской помощи: развитие и совершенствование первичной медико-санитарной помощи, развитие стационарозамещающих технологий и новых форм работы; развитие службы охраны материнства и детства с совершенствованием медицинской и профилактической помощи подросткам; совершенствование форм и методов работы здравоохранения по обеспечению медицинской помощи населению старшего поколения.

2. Стабилизация уровня социально-значимых заболеваний.

3. Реализация на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений города федеральной программы «Льгота-2005» для граждан, имеющих право на получение социальных услуг.

4. Развитие и укрепление материально-технической базы ЛПУ: развитие современных медицинских технологий, приобретение медицинского оборудования, строительство, реконструкция, капитальный ремонт объектов здравоохранения.

5. Реализация программ и проектов: «Обеспечение населения первичной медико-санитарной помощью», «Обеспечение здоровья матери и ребенка», «Предупреждение распространения заболеваний социального характера», «Повышение качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения».

На реализацию целевых программ в городском бюджете запланированы финансовые средства в сумме 38,0 млн. руб.



ТИТАРЕНКО Л.М., СОПОТОВА Т.А.

МУ Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПОДРОСТКАМ «ГРУППЫ РИСКА»

Лечебно-профилактическую помощь подросткам города оказывают 9 детских амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых организованы подростковые кабинеты, где по территориальному принципу обслуживаются участковыми педиатрами подростки-школьники, работающие и неорганизованные подростки (согласно приказу Минздрава РФ от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»). В детских поликлиниках отработана система наблюдения за здоровьем детей до 18 лет, совершенствуется работа по лечебно-профилактической помощи подросткам, подготовка к военной службе.

Учащиеся подростки ПУ, ССУЗов, ВУЗов получают медицинскую помощь в студенческой поликлинике МУЗ «ГКБ № 1 им. М.Н. Горбуновой».

На 01.01.2005 г. под наблюдением участковой педиатрической службы состоят 836 подростков, оказавшихся в опасной жизненной ситуации, из них 31 неорганизован (на начало 2004 г. — 888 подростков, из них 130 — неорганизованные).

Основные направления в работе учреждений здравоохранения с подростками «группы риска»:

- выявление и мониторинг подростков «группы риска» и их семей;
- обмен информацией, взаимодействие со смежными службами и ведомствами;
- организация профилактической помощи, диспансеризация детей;
- оказание лечебно-диагностической помощи детям;
- санитарно-просветительная работа.

Для обеспечения четкости и стабильности в работе с данной категорией детей в 2004 году был разработан алгоритм действий участкового врача-педиатра при выявлении ребенка в опасной жизненной ситуации.

Всего в течение 2004 г. в детских поликлиниках города находились под наблюдением участковой службы 1352 подростка. Впервые взято на учет 542 подростка, выбыло — 594. Выполнено 1310 посещений с целью социально-бытового патронажа (охвачено более 95 % подростков, находящихся в опасной жизненной ситуации). Осмотрено педиатром 1383 подростка или 100 % (в 2003 г. — 1674 или 99,1 %), врачами-специалистами осмотрено 1033 подростка или 76 % (в 2003 г. — 1152 или 68 %), лабораторно обследовано 946 подростков или 70% (в 2003 г. — 1097 или 65 %). У подростков, находящихся в опасной жизненной ситуации, в 2 раза чаще встречаются отклонения в

физическом развитии. Болезни костно-мышечной системы и органов пищеварения регистрируются реже, чем у благополучных подростков, в то же время в 2,5 раза чаще отмечаются психические расстройства и болезни нервной системы.

Стационарная медицинская помощь подросткам осуществляется в больницах детской и взрослой сети. В детских больницах подлежат лечению дети до 18 лет по следующим профилям: ДГКБ № 5 — урологический и эндокринологический; ДКБ № 1 — пульмонологический; ДКБ № 2 — гастроэнтерологический. По другим профилям подростки получают стационарную помощь в учреждениях взрослой сети.

Для обеспечения своевременной плановой госпитализации подростков, проведения контроля качества оказания медицинской помощи на стационарном этапе в 2004 году из коечного фонда взрослой сети были выделены по каждому профилю койки для лечения подростков.

В течение года на плановое лечение госпитализированы 34 подростка (в 2003 г. — 37). Пролечено амбулаторно 588 чел. (в 2003 г. — 384), в дневных стационарах — 22 чел. (в 2003 г. — 17 чел.).

Активное участие в проведении очередной акции «Подросток» в 2004 г. приняли специалисты МУЗ «Наркологический клинический диспансер». На начало операции на учете состояло 2224 ребенка, употребивших наркотические средства, токсические вещества и алкогольные напитки. Дополнительно наркологом было обследовано 4408 человек и впервые выявлено 220 несовершеннолетних, из них 159 человек (72,3 % от впервые выявленных) направлены на лечение:

- 69 человек — амбулаторное лечение;
- 62 человека — стационарное лечение;
- 28 человек — дневной стационар.

С целью формирования установок на трезвый образ жизни, отказ от употребления наркотических веществ и алкоголя, формирования коммуникативных навыков, коррекции поведенческих девиаций проведены 182 рейда, 989 психологических обследований, 149 лекций и групповых бесед (охвачены 3436 детей), 1034 индивидуальных бесед. Были оформлены 4 стенгазеты на темы: «Город будущего», «Я и мой МИР», «Будущее без наркотиков», «Я выбираю жизнь». Организованы 17 тематических конкурсов рисунков, 17 просмотров тематических фильмов с обсуждением проблемы. Проведено 3 круглых стола, на которых с подростками обсуждались проблемы наркотической и алкогольной зависимости у несовер-



шеннолетних, 2 викторины на тему: «Наркотики и ВИЧ-инфекция». Проведено психокоррекционное лечение 886 детей и подростков. Совместно с Центром СПИД 14.05.2004 г. в ДК Кировского района организована и проведена акция «Наркотики и СПИД», в которой приняли участие около 150 человек.

Большая профилактическая работа по вопросам охраны репродуктивного здоровья осуществляется специалистами ЦОРЗ:

- прием и оказание специализированной лечебно-консультативной помощи непосредственно в ЦОРЗ;

- проведение занятий в образовательных учреждениях в соответствии с планом по разработанным программам;

- организация семинаров для медицинских, педагогических, социальных работников по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья.

В 2004 г. выделено 198 тысяч рублей для обеспечения несовершеннолетних контрацептивными средствами.

По итогам 2004 г. отмечается уменьшение количества прерываний беременности у подростков.

С каждым годом все большее количество образовательных учреждений охватывают специа-

	Аборты у несовершеннолетних	Роды у несовершеннолетних
2004 год	127	50
2003год	180	48
2002год	195	56

листы городского центра по борьбе со СПИДом и Управление здравоохранения, проводя профилактическую работу по повышению мотиваций для формирования безопасных поведенческих стереотипов у подрастающего поколения:

- в 50 школах проведено 201 мероприятие с участием 4073 человек;

- в 20 начальных и среднеспециальных учреждениях проведено 89 мероприятий с участием 2703 человек;

- в 2-х ВУЗах проведено 28 мероприятий с участием 2038 человек.

Специалистами Центра медицинской профилактики, Наркологического диспансера, ЦОРЗ, Центра СПИД, Кожвендиспансера подготовлены и опубликованы в средствах массовой информации тематические статьи по профилактике наркомании, алкоголизма, курения, по формированию аспектов здорового жизни, планирования семьи, профилактике инфекционных заболеваний и т.д. Часть актуальных материалов была размещена в «Виртуальном госпитале».

ТИТАРЕНКО Л.М., САЮТИНА В.Ф.  
МУ Управление здравоохранения администрации г. Кемерово

## О РЕАЛИЗАЦИИ ГОРОДСКОГО ПРОЕКТА «ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ» В 2004 Г.

**Н**а 01.01.2005 г. в лечебно-профилактических учреждениях города состоит на учете 1650 детей-инвалидов, из них с впервые установленной инвалидностью — 196.

Основные причины, обусловившие возникновение инвалидности у детей:

- болезни нервной системы — 440 чел. или 26,7 %;

- врожденные аномалии (пороки развития) — 414 детей или 25,1 %;

- психические расстройства — 191 чел. или 11,6 %;

- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — 156 чел. или 9,5 %;

- болезни уха — 107 чел. или 6,5 %.

Реабилитация детей-инвалидов ведется согласно индивидуальным программам реабилитации (ИПР). Охват детей-инвалидов ИПР за 2004 г. значительно увеличился. Совместно с социаль-

ными работниками был определен порядок последовательных действий по реализации ИПР. В 2004 г. пролечено и оздоровлено (таблица).

В детских лечебно-профилактических учреждениях ведется мониторинг по учету и анализу статистических данных о семьях с детьми-инвалидами.

На этапе амбулаторного наблюдения все дети ежегодно проходят диспансеризацию. Всех детей осматривают узкие специалисты (дети, которые ограничены в самостоятельных передвижениях, осматриваются специалистами на дому).

Развивается многоуровневая система оказания медицинской помощи детям-инвалидам. В 2004 г. открыты дневные стационары: офтальмологический и спелеокомплекс в ДКБ № 7, для детей с патологией опорно-двигательной системы в детской поликлинике МУЗ «ГКБ № 2».

На базах детских поликлиник продолжают активно работать школы «Бронхиальной астмы»,

**Таблица**  
**Оздоровление детей инвалидов в 2004 г.**

	ДКБ № 7	ДКБ № 1	ДКБ № 2	ГКБ № 2	Б-ца № 15	Б-ца № 13	ГБ № 1	ОВП пол. № 6	ОВП пол. № 5	Итого
Детей-инвалидов всего:	332	385	512	192	51	45	89	4	9	1619*
Пролечено, оздоровлено всего:	332	385	493	187	43	45	79	4	9	1577 97,5 %
амбулаторно, из них:	322	292	51	21	11	14	60	-	-	771
в стационаре на дому	16	4	30	7	-	-	9	-	-	66
в дневном стационаре	46	32	56	14	2	-	19	-	-	169
в спец. центрах («Фламинго» и др.)	138	42	66	25	7	4	1	1	2	286
- в стационарах	24	44	24	30	4	12	11	-	2	151
в санаториях, из них:	96	70	180	52	17	15	7	4	8	449
городских;	51	46	142	21	10	9	5	4	8	296
областных;	25	14	26	2	2	3	1	-	-	73
федеральных.	20	10	12	29	5	3	1	-	-	80

*Примечание:* \* 31 ребенок-инвалид находятся в специализированном доме ребенка № 1 (реабилитацию и лечение дети получают на базе дома ребенка)

«Гастро-школы», организованы «Школа большого сахарным диабетом», «Нефро-школа».

Дети-инвалиды, нуждающиеся в лечебном питании, обеспечиваются им. Дети, больные фенилкетонурией (12 человек), получают дорогостоящие лечебные смеси, 82 ребенка получают продукцию цеха детского питания (кефир, творожок). Льготное лекарственное обеспечение, в соответствии с перечнем жизненно важных лекарственных средств, получили 841 ребенок-инвалид, на сумму 712,5 тыс. руб. (на одного ребенка, в среднем, израсходовано 847,2 руб.).

В психоневрологическом санатории «Искорка» введены новые методики лечения детей с ограниченными возможностями: «ботокс – терапия» для больных с ДЦП, спастическими парезами, мышечной дистонией; применяются групповые занятия по коррекции поведения, разработаны

новые комплексы в лечении деформаций позвоночника, стоп.

Особое место в оздоровлении детей занимают новые внедренные технологии – арт-терапия, игро- и песочная терапия. В рацион питания введены микронутриенты (йодированная соль, С-витамины третьего блюда, витаминные напитки «Золотой шар», поливитаминные комплексы с микроэлементами). Продолжается работа по созданию городского центра восстановительного лечения для детей с нарушениями речи на базе МУЗ «ПНС «Искорка».

В поликлиниках оформлена наглядная информация для родителей, с указанием адресов и телефонов учреждений, оказывающих медико-социальную помощь инвалидам и их семьям, порядок направления ребенка-инвалида на МСЭ, на санаторно-курортное обслуживание и др.

ТРАУТЕР А.И., БАБАРЫКИНА С.В., ЛЕОНТЬЕВА В.Г.  
СМО Городская больничная касса «Кемерово»

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНЫ – НОВОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

**З**доровье для каждого из нас – неопределимое богатство человека, это условие счастья и, как писал Ф.Ф. Эрисман, «составляет одно из главных условий счастливого бытия, как для каждого отдельного человека в отдельности, так и для целого народа». Современный этап преобразований в обществе вынуждает по новому оценить проводимые мероприятия по проведению профилактических мероприятий и диспансеризации населения, так как именно профилактическая

работа по раннему выявлению и лечению больных на ранней стадии заболевания дают наибольший эффект пациенту, повышая его качество жизни, позволяют более экономично и рационально использовать не слишком большие финансовые ресурсы здравоохранения.

Учитывая выше изложенное, Страховая медицинская организация ГБК «Кемерово» в своей повседневной работе уделяет большое внимание данному вопросу. Совместно с Управлением



здравоохранения города, ежегодно принимает целевые программы, направленные на улучшение состояния здоровья различных категорий населения: КОВ, социально незащищенных категорий и детства. Проводится вакцинация групп риска: медицинские работники, рабочие промышленных предприятий, работающие в эндемических зонах, дети, проживающие в детских домах-интернатах.

Учитывая высокий уровень заболеваемости и смертности от патологии сердечно-сосудистой системы, на проведение мероприятий по ее ранней диагностике, в т.ч. на выявление ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, выделено 1992,5 тыс. руб. Это позволило провести дополнительное обследование 9240 человек, работающих во вредных условиях труда, участников боевых действий на территориях других государств и в Чеченской республике, лиц, подвергшихся радиационному воздействию. На сумму 200,0 тыс. руб. приобретены кардиостимуляторы. После нескольких лет роста заболеваемости по этим болезням, в 2004 г. отмечена стабилизация показателей. За 2004 год общая смертность взрослого населения снизилась с 19,0 (2003 г.) до 17,7 на 1000 населения.

Для ограниченного (по медико-социальным показаниям) контингента застрахованных разработан ряд дополнительных профилактических и оздоровительных услуг: пользование плавательным бассейном, приобретение медикаментов при стационарном лечении, профилактика клещевого энцефалита, прокат предметов ухода за больными, оказание дополнительных услуг при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, проведение посттравматической терапии антиретровирусными препаратами.

Учитывая высокий уровень травматизма (145,5 в 2003 г. и 143,4 в 2004 г.) и смертности от него (2,9 и 2,3, соответственно), были приобретены медикаменты для оказания первой медицинской помощи, что позволило снизить количество гнойных осложнений и развитие тяжелой патологии. Сумма затрат ГБК «Кемерово» составила 232,0 тыс. руб., оказана помощь 8856 застрахованным, 130 из которых – инвалиды ВОВ. Кроме этого, для травматологических отделений ГБ №№ 2, 3, 11 приобретены металлоконструкции на сумму 90,0 тыс. руб.

Снижение заболеваемости привело и к снижению смертности, увеличению продолжительности жизни, что не может не радовать. Общая смертность на 1000 населения с 15,6 в 2003 году снизилась до 14,9 в 2004 г.

Для проведения различных лечебно-диагностических мероприятий проводилось дополнительное финансирование лечебных учреждений города. Результаты проведенной работы наглядны.

Например, в ГБ № 1 проведена диспансеризация 99 % лиц контингента особого внимания.

По сравнению с 2003 годом в 5 раз увеличено количество пролеченных в дневном стационаре, стационаре на дому; почти 60 % из контингента особого внимания оздоровлены. Показатели первичного выхода на инвалидность стабильны. Обращаемость на «скорую помощь» составила 163,7 при городском нормативе 318,0.

По поликлинике № 6 из РФПМ ГБК «Кемерово» проведено дополнительное финансирование на сумму более 57,5 тыс. руб., в т.ч. и на дополнительное лекарственное обеспечение в дневном стационаре лиц старшего поколения. В результате, 25 % от пролеченных в дневном стационаре и 95 % от пролеченных в стационаре на дому – люди старшего поколения; 35 человек пролечено в ЛОЦ «Милосердие». В итоге, значительно снизилась обращаемость на ССМНП, первичный выход на инвалидность. Сроки лечения в дневном стационаре уменьшились с 9,6 до 8,9 в 2004 году.

Благодаря дополнительному финансированию на 100,0 тыс. руб., приобретены медикаменты для токсикологического центра и отделения гемодиализа ГКБ № 3.

Огромное значение ГБК «Кемерово» уделяет оздоровлению детей и подростков, в том числе из неполных и многодетных нуждающихся семей, как в период летних каникул, так и в течение учебного года. На эту программу из РФПМ ГБК «Кемерово» выделено более 595,7 тыс. руб. В центрах дневного пребывания школ оздоровлены одаренные дети и дети из неблагополучных семей. 1387 детям проведена общеукрепляющая терапия (витаминизация, фитотерапия) для повышения иммунитета, на что направлено около 75,2 тыс. руб.

На базе дневных стационаров, санатория «Журавлик» оздоровлено 832 ребенка с различными хроническими заболеваниями, за что ГБК «Кемерово» заплатила 423,4 тыс. руб.

Финансирование оздоровительных мероприятий позволило снизить заболеваемость детского населения (на 1000 детей) ангинами, тонзиллитами, фарингитами с 29,5 в 2003 г. до 24,5 в 2004 г.; заболеваниями центральной нервной системы – с 254,7 до 235,5; нет роста по заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

Остается высокой стоматологическая заболеваемость, поэтому ГБК «Кемерово» на работу стоматологических школьных кабинетов выделила 97,2 тыс. руб., что позволило оздоровить полость рта, привить гигиенические навыки 1377 детям. Кроме этого, в течение ряда лет нами финансируется оказание стоматологической помощи в выходные, выходные дни и ночью пенсионерам, инвалидам, детям. Это позволяет профилактировать развитие осложнений (периостита, остеомиелита, флегмон и т.д.), лечение которых требует дополнительных финансовых затрат.

Дети — наше будущее, поэтому программа «Охрана материнства и детства» всегда в поле внимания ГБК «Кемерово».

Учитывая высокий уровень заболеваемости и смертности детей от онкогематологических заболеваний, дополнительное лекарственное обеспечение этой категории детей — одна из наших приоритетных программ; на это израсходовано 330,0 тыс. руб.

Очень высок уровень перинатальной заболеваемости: 1751,9 на 1000 новорожденных. С целью снижения младенческой и перинатальной смертности, заболеваемости и инвалидизации новорожденных, 600 тыс. руб. было направлено на приобретение лекарственных препаратов сурфактантного действия (курсорф). Лечение искусственными сурфактантами позволило снизить заболеваемость новорожденных респираторными расстройствами, в т.ч. дистресс-синдромом, на треть: со 157,9 до 107,9. В целом, перинатальная заболеваемость снизилась до 1614,6, а младенческая смертность снизилась с 11,1 до 8,3 в 2004 г.

Здоровье малыша и здоровье мамы неразрывно связаны. Поэтому одним из главных направлений расходования РФПМ является дополнительное лекарственное обеспечение медицинской помощи беременным женщинам, программы «Безопасное материнство». На эти цели в лечебные учреждения города направлены значительные суммы. Например, ГБ № 1 и поликлиника № 5 получили по 60 тыс. руб., ГБ № 2 — 50 тыс. Это явилось одним из факторов того, что осложнения беременности в 2004 году снизились до 63,1 % по сравнению с 2003 г., когда они составляли 68,1 % от общего количества родов.

Очень высоким остается уровень осложнений беременности, родов и послеродового периода. Одна из причин этого — высокий уровень аборт

у девочек-подростков, ведущий в дальнейшем к бесплодию или осложненному течению беременности. Поэтому несколько лет из средств РФПМ приобретаются контрацептивы для таких девочек, особенно из асоциальных семей, как гормональные, так и внутриматочные. Возможно, благодаря этому стабилизировалось число прерываний беременности у подростков (в 2003 г. — 1022, в 2004 г. — 1018). У девочек-подростков до 14 лет прервано 10 беременностей, как и в прошлом году (одна — в позднем сроке). Однако в целом количество прерываний беременности у подростков в позднем сроке по медико-социальным показаниям снизилось почти на треть: с 48 до 35. Уменьшилось и количество девочек, прервавших повторную беременность, с 43,6 % до 39,4 %. Патология беременности снизилась с 68 % до 63,2 %, однако добиться снижения осложнений родов и послеродового периода пока не удалось, отмечен рост с 82,1 % до 91,7 % (по отношению к общему количеству родов).

За 2004 год на профилактические цели из РФПМ израсходовано почти 8481,4 тыс. руб. Благодаря проведенной работе, общая заболеваемость снизилась с 567,2 до 530,2 на 1000 населения, первичная заболеваемость не имеет динамики роста.

Таким образом, ГБК «Кемерово» учитывает все аспекты здоровья населения, от новорожденных до заслуженных ветеранов, и в дальнейшем планирует продолжать профилактическую направленность своей работы.

Из приведенных данных видно, что планомерная работа по профилактике, диспансеризации некоторых заболеваний, укреплению здоровья подрастающего поколения ведет к снижению заболеваемости, уменьшению числа обращений в лечебно-профилактические учреждения города.

БАБАРЫКИНА С.В.

*МУ Управление здравоохранения администрации г. Кемерово*

## ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.КЕМЕРОВО

Ограниченность финансовых ресурсов, поступающих в здравоохранение из бюджета и обязательного медицинского страхования, а также наличие в ЛПУ высокотехнологического оборудования, производимые на которых услуги не входят в территориальную программу государственных гарантий, ускорили развитие платной деятельности в медицинских учреждениях.

Организация платной деятельности требует от специалистов медицинского учреждения решения множества возникающих проблем, связанных с учетом оказываемых услуг и налогообложением доходов.

В 2004 году специалистами управления здравоохранения, с активным участием заместителей главных врачей по экономическим вопросам ведущих ЛПУ города, были разработаны орга-

низационные документы, способствующие упорядочению практики оказания платных услуг в муниципальных медицинских учреждениях:

- «Правила предоставления платных услуг муниципальными учреждениями здравоохранения г. Кемерово»;

- «Порядок утверждения смет доходов и расходов по средствам, полученным от предпринимательской и иной, приносящей доход, деятельности».

Основным документом, определяющим порядок использования средств в медицинском учреждении, полученных в результате осуществления платной деятельности, является смета доходов и расходов. Серьезные проблемы связаны с планированием доходной части сметы. Показатели рассчитываются в основном в соответствии с достигнутыми в прошлом году финансовыми объемами оказанных платных услуг. Но в стационарах не выделен коечный фонд для оказания платных услуг, в амбулаторно-поликлиническом звене не определены объемные показатели с детализацией по номенклатуре.

Функционирующие в стационарах койки предназначены только для выполнения муниципального задания по оказанию бесплатной медицинской помощи населению. Поэтому необходимо развернуть дополнительный коечный фонд для оказания платных услуг и работы по добровольному медицинскому страхованию.

Соответственно, выделение коечного фонда в стационаре, планирование объемных показателей в поликлинике для оказания платной деятельности, влечет за собой формирование под данные объемы штатного расписания и фонда оплаты труда. Отраженные в смете доходы и расходы должны быть сбалансированы. Не допускается превышение расходов над доходами, а в случае не полного исполнения сметы, оставшиеся средства облагаются налогом на прибыль и не подлежат изъятию из учреждения (ст. 16 БК РФ). В дальнейшем они используются на развитие материально-технической базы.

При организации платных услуг особое внимание необходимо уделить проблеме разделения пациентов, которым оказывается помощь за счет бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования, от «платных» пациентов.

Наиболее четкие разграничения установлены постановлением администрации Кемеровской области № 85 от 27.10.2000, которое утвердило «Положение о порядке оказания медицинских услуг на платной основе сверх территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью».

Данное положение определяет такое понятие, как предоставление медицинских услуг сверх объемов и условий, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий.

Медицинской услугой сверх объемов и условий, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий является услуга:

- не входящая в территориальную программу государственных гарантий;

- оказанная в условиях, не предусмотренных территориальной программой государственных гарантий (вне очереди, установленной в лечебном учреждении согласно установленному объему государственного и муниципального задания; без направления лечащего врача; по желанию пациента при отсутствии абсолютных медицинских показаний);

- предоставляемая пациентам, не имеющим полиса обязательного медицинского страхования.

Задача медицинского учреждения не только четко разграничить потоки, но и документально подтвердить право оказывать платную помощь каждому конкретному пациенту.

Правильная организация платных медицинских услуг в медицинских учреждениях позволит не только привлечь значительные внебюджетные финансовые ресурсы, но и повысить доступность и удовлетворенность высококачественной медицинской помощью.

БАКАНОВА Т.А., АЛЕВОХИНА И.В.  
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,  
г. Кемерово

## ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ МАТЕРЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Детская городская клиническая больница № 5 г. Кемерово является крупным детским стационаром на 346 коек, из которых 114 коек предназначены для оказания медицин-

ской помощи детям первого года жизни. С 1986 года в больнице функционирует отделение для матерей, находящихся в стационаре по уходу за больными детьми. Первоначально оно было от-

крыто на 20 коек, однако высокая потребность в получении медицинской помощи этой категории населения города и области продиктовала необходимость увеличения материнских коек до 30.

Больница оснащена современным диагностическим и лечебным оборудованием, располагает высококвалифицированными кадрами. В работе терапевтического отделения используются мощности клинической, биохимической, иммунологической лабораторий, отделений лучевой и функциональной диагностики. Материнские койки расположены непосредственно в отделениях детского стационара по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Осмотр женщин, выдача лекарств, отпуск лечебно-диагностических процедур проводятся в терапевтическом блоке, состоящем из трех кабинетов (терапевтический, стоматологический, процедурный).

Кадровый состав отделения представлен врачом-терапевтом, который одновременно является заведующим отделением, врачом-стоматологом, медицинской сестрой, младшим медицинским персоналом.

Гинекологическая помощь оказывается, при необходимости, в консультативной поликлинике перинатального центра, который функционирует в рамках детской городской клинической больницы № 5 г. Кемерово. По показаниям, имеется возможность проведения консультаций врачами — кардиологом, эндокринологом, невропатологом, окулистом, психотерапевтом, получения лечебных процедур в физиотерапевтическом отделении. Особое внимание уделяется сохранению и поддержанию грудного вскармлива-

ния детей первого года жизни. В связи с этим, с госпитализированными женщинами работает врач-консультант по грудному вскармливанию, что позволяет сохранить естественное вскармливание у 58 % госпитализированных детей, имеющих тяжелую перинатальную или хирургическую патологию.

В целях совершенствования медицинской помощи, обеспечения ее качества, разработаны клинико-статистические стандарты обследования и лечения женщин терапевтического профиля. Лечение матерей в терапевтическом отделении детской городской клинической больницы № 5 осуществляется по ОМС, бесплатно для пациенток.

За период с 1986 по 2004 годы в отделении получили лечение 10380 больных терапевтического профиля (патология сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, кроветворения). 80 % наблюдавшихся женщин имели железодефицитную анемию различной степени тяжести. Особое внимание уделяется послеродовой реабилитации женщин, имевших во время беременности гестозы, пиелонефриты. При необходимости, проводится психотерапевтическое лечение. Около 60 % женщин проживают в сельской местности, где ограничена возможность получения своевременной, квалифицированной медицинской помощи.

Таким образом, наличие отделения для матерей в детской больнице способствует решению задач по защите, сохранению и укреплению здоровья женщин и детей, охране репродуктивного здоровья, социальной поддержке материнства и детства.

БАРБАРАШ Л.С., АРТАМОНОВА Г.В., МАКАРОВ С.А.  
*Кемеровский кардиологический диспансер,  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово*

## ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Д**ля создания качественной медицинской услуги необходимо выявить потребности в них. Требования, которые предъявляют пациенты, лечащие врачи, менеджеры здравоохранения, отличаются. Так, для пациента приоритетными характеристиками качества являются соответствие ожидаемым потребностям, заинтересованность и вежливость персонала, облегчение симптомов заболевания. Для лечащих врачей, прежде всего, — соответствие оказываемой помощи современному техническому оснащению. Для менеджеров здравоохранения требования состоят в максимальном сокращении нетрудоспособности

населения и эффективном использовании медицинских ресурсов. Как увязать эти потребности, на первый взгляд не связанные между собой? Что необходимо сделать, чтобы удовлетворить эти потребности или, другими словами, повысить качество?

Прогресс в обеспечении качества медицинской помощи зависит от системного мышления людей, участвующих в организации медицинской помощи. Естественным развитием системного подхода в управлении является ситуационный анализ, который более точно определяет внутренние и внешние факторы и оценивает их влияние на организа-

цию. В течение последних лет состояние здоровья населения характеризуется высоким уровнем заболеваемости системы кровообращения, что выступает ведущей причиной ограничения трудоспособности населения и смертности, следовательно, сопровождается экономическими потерями, как со стороны общества, так и пациента.

Создание в крупном промышленном городе Кемерово непрерывного цикла организации кардиологической помощи в рамках одного юридического лица реально обеспечивает преемственность амбулаторного, стационарного и санаторно-реабилитационного этапов. Единая структура — кардиологический центр — уникальна для России. Опыт показал, что доступность кардиологической помощи населению увеличилась, это консолидирует консервативные и хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний, что позволяет проводить качественный отбор пациентов для кардиохирургического лечения, а также стимулирует развитие медицинских технологий, повышает профессионализм медицинского персонала.

Своевременность диагностики, лечения повышают клиническую и экономическую эффективность всей кардиологической помощи. Так, за 10 лет развития кардиологического центра в г. Кемерово средняя длительность лечения острого инфаркта миокарда сократилась на 11,3 дней, в целом по профилю — на 3,8 дня. Уровень кардиохирургической активности вырос в 2 раза, при таком же снижении послеоперационной летальности. Пребывание пациента в больнице до операции уменьшилось на 3 дня, после операции — на 2,6. Темп прироста смертности населения Кемеровской области от болезней сердечно-сосудистой системы уменьшился с 30 % до 15 %.

Качество оказания кардиологической помощи во многом определяется эффективностью интеграции кардиологов, неврологов и сердечно-сосудистых хирургов на основе единых организационных, методологических подходов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также улучшением качества жизни пациента со стороны общества.

БУЛАХОВА С.А., БЕЛИКОВА Д.В.  
МУЗ Детская клиническая больница № 2,  
г. Кемерово

## ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Муниципальная детская поликлиника № 16 расположена в Ленинском районе г. Кемерово. В 2001-2004 годы к поликлинике прикреплено 24071-23072 детей. В возрастной структуре преобладают дети в возрасте 7-14 лет, с 2001 по 2004 годы на их долю приходится 50,6 %, 48,6 %, 46,1 %, соответственно. Подростки занимают в структуре второе место (21,5-22,7 %), на третьем месте — дети 3-7 лет, их доля — от 15,2 % до 17 %. Доля детей в возрасте до года 4,5-4,9 %, в этих же значениях и дети 1-2 лет и 2-3 лет.

На диспансерном учете у невролога состоят 4175 детей с заболеваниями нервной системы. Ежегодно из родильных домов под наблюдение поступают, в среднем, 1200 новорожденных, у которых диагноз «Перинатальное поражение нервной системы» констатируется с частотой 980 на 1000 детей этого возраста.

При осмотре в возрасте 1 месяц этот диагноз не подтверждается у 25 % детей, у 12,3 % грудничков наблюдается легкая форма перинатальной энцефалопатии, 56,8 % детей имели среднюю степень, у 5,9 % отмечалась тяжелая степень по-

ражения центральной нервной системы. Таким образом, 62,7 % детей в возрасте до года нуждаются в восстановительном лечении в стационарных условиях, из них необходимость в круглосуточном наблюдении медицинским персоналом во время лечения существует только у 3,2 % детей.

Цель создания дневного стационара (ДС) неврологического профиля в условиях муниципальной детской поликлиники — расширение доступности, совершенствование организации и улучшение качества оказания медицинской помощи детям, повышение эффективности использования ресурсов, обеспечение преемственности в работе невролога поликлиники, круглосуточного стационара, ДС поликлиники. В 1994 г., по решению Управления здравоохранением г. Кемерово, в детской поликлинике (ДП) № 16 открыт дневной стационар (ДС) неврологического профиля на 40 коек (в т.ч., для детей до 1 года — 20 коек). Организация ДС проходила в соответствии с приказом МЗ СССР «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому» (№ 1278 от 16.12.1987).

На первом этапе разработано Положение о дневном стационаре, определены его цели и функции, структура, материально-техническое оснащение, штатные нормативы, источники финансирования. На втором этапе организации ДС согласован режим работы, определены показания и противопоказания пребывания больных в ДС, их учета, функциональные обязанности медицинского персонала, перечень лечебно-диагностических процедур, порядок оценки качества медицинской помощи и экономической деятельности.

За 1996-2004 годы комплексное лечение в дневном стационаре при детской поликлинике получили 10250 детей, из них дети в возрасте до 1 года – 46,3 %.

Курс лечения в условиях дневного стационара включал медикаментозную терапию, электрофорез сосудистых средств по методике Ю. Ратнера, амплипульс по расслабляющей или тонизирующей методикам, парафино-озокеритовые аппликации, массаж классический или точечный, лечебную физкультуру, иглорефлексотерапию. Длительность восстановительной терапии составила, в среднем, 16,4 койко-дней.

Ранняя реабилитация влияет на исходы лечения: 65,5 % детей к году были здоровы; у 9,6 %

детей отмечалось нормальное моторное развитие, стойкая ремиссия гипертензионно-гидроцефального, судорожного синдромов; у 24,3 % – минимальная мозговая дисфункция и только у 0,5 % пациентов установлен диагноз детского церебрального паралича.

До открытия дневного стационара (ДС) при детской поликлинике № 16, в течение 1995 года, оформлена первичная инвалидность у 12 детей в возрасте 1 года с диагнозом детский церебральный паралич (ДЦП). При лечении перинатальной энцефалопатии в дневном стационаре число детей-инвалидов составило по годам: в 1996 – 5, в 1997 – 7, в 1998 – 4, в 1999 – 4, в 2000 – 2. В 2001-2002 гг. диагноз ДЦП не установлен ни одному ребенку. В 2003 году инвалидность по ДЦП определена одному ребенку, так как реабилитационные мероприятия были осложнены отягощенным анамнезом (родился при сроке 32 недели с массой 940 г). В 2004 году детский церебральный паралич установлен у 2 детей.

Лечение детей с перинатальной энцефалопатией в условиях дневного стационара существенно уменьшило число детей, которым в год установлен диагноз ДЦП, определяющий инвалидизацию.

ДАШКИНА Н.П., ШПИЛЯНСКИЙ Э.М.  
Управление здравоохранения администрации,  
Кемеровская городская клиническая станция скорой медицинской помощи,  
Кемеровский городской отдел медицины катастроф,  
г. Кемерово

## УПРАВЛЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И КООРДИНАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ГОРОДА КЕМЕРОВО ПРИ «ЧС»

**П**рактика ликвидации медико-санитарных последствий ЧС показывает, что в основном они носят локальный и местный характер. Поэтому важное место при проведении лечебно-профилактических мероприятий в чрезвычайных ситуациях отводится службе медицины катастроф городского уровня, силы и средства которых первыми начинают ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС.

Служба медицины катастроф (далее СМК) г. Кемерово включает: управление здравоохранения, станцию скорой медицинской помощи с дежурными БСМП и ЛПУ, с созданными на их базе формированиями СМК.

Обеспечение готовности формирований для работы в чрезвычайных ситуациях возложено на руководителей ЛПУ-формирователей. Скорая медицинская помощь является основой СМК на

местном уровне, т.к. бригады СМП более чем в 99,9 % случаев первыми прибывают на место катастрофы и проводят лечебно-эвакуационные мероприятия при ликвидации ЧС.

В целях совершенствования системы службы медицины катастроф г. Кемерово, на базе ГК ССМП создан городской отдел медицины катастроф (далее ГОМК). Он является оперативным штабом службы и предназначен для поддержания в постоянной готовности сил и средств СМК города, организации ликвидации медико-санитарных последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий, массовых отравлений и других видов ЧС, а так же для выполнения текущих задач по организации оказания экстренной медицинской помощи населению города.

Для успешной реализации задач, стоящих перед СМК города, помимо дежурных бригад

СМП, используются дополнительно созданные на базе ЛПУ силы службы экстренной медицинской помощи (далее ЭМП): 9 врачебно-сестринских бригад, предназначенных для усиления при необходимости возможностей службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, и 10 специализированных бригад, обеспечивающих оказание квалифицированной и специализированной экстренной медицинской помощи пяти профилей: травматологического, хирургического, токсико-терапевтического, ожогового и инфекционного.

Городская клиническая станция скорой медицинской помощи в повседневном дежурном режиме работы одновременно может выделить необходимое количество дежурных БСМП (без ущерба для населения города) для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, как служба экстренного реагирования. В район бедствия может быть отправлено сразу 40 БСМП (из них, общего профиля – 22, специализированных – 13, педиатрических – 5), через 1,5 часа еще три БЭМП ПГ.

Для оказания ЭМП пострадавшим в ЧС в ЛПУ созданы запасы «НЗ» имущества. В связи с недостаточным финансированием ЛПУ, наличие и размер запаса «НЗ» имущества в ЛПУ составляет от 50 % до 100 %.

Планом-заданием «УЗ» для ЛПУ определено, при возникновении ЧС, экстренное развертывание приемно-сортировочных отделений и коек

для массового приема пострадавших в ЧС пяти профилей: токсико-терапевтических, травматологических, хирургических, ожоговых, инфекционных – всего 2170 коек.

Профессиональная подготовка кадров СМК осуществляется в центрах последипломной подготовки специалистов на базе ВЦМК «Защита» МЗ РФ.

На местной базе (в ЛПУ) теоретическая подготовка персонала бригад ЭМП ведется по специальной 24-х часовой учебной программе, разработанной организационно-методическим отделом ОЦМК. Практические навыки работы в условиях ЧС отрабатываются персоналом БЭМП на тактико-специальных учениях (ТСУ) и тренировках ежедневно.

Для оперативного оповещения руководящего состава СМК задействуется схема оповещения. В нерабочее время оповещение и сбор руководящего СМК города организуется старшим дежурным врачом ГК ССМП.

Таким образом, служба медицины катастроф г. Кемерово – это централизованная служба, функционально объединяющая медицинские формирования и лечебно-профилактические учреждения города, взаимодействующая с медицинской службой других министерств и ведомств с целью организации медико-санитарного обеспечения пострадавшего в чрезвычайных ситуациях населения города.

ДУБЕНСКИЙ Ю.Ф., КАЗАКОВА-КАЗАКОВСКАЯ Г.П., ТЕ И.А., ТЕ Е.А.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1,  
г. Кемерово*

## ВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО

Экспертиза качества стоматологической помощи в муниципальных учреждениях системы здравоохранения г. Кемерово предполагает:

- изучение удовлетворенности пациентов качеством оказанных стоматологических услуг методом социологического опроса;
- оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения;
- анализ технологии и адекватности оказания стоматологической помощи конкретным пациентам;
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность стоматологической помощи;

- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности стоматологической помощи;

- подготовку рекомендаций для руководителей лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности стоматологической помощи;

- выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение корректирующих мероприятий;

- контроль за реализацией управленческих решений.

Исходя из этого, ведомственная экспертиза качества стоматологической помощи — это деятельность по экспертизе качества оказания стоматологической помощи, осуществляемая по распоряжению должностных лиц органов управления здравоохранением.

Ведомственный контроль качества стоматологической помощи осуществляется экспертным путем должностными лицами лечебно-профилактических учреждений стоматологической службы и органов управления здравоохранением, клинико-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения. Экспертиза качества оказания стоматологической помощи проводится, как правило, с очным освидетельствованием пациента и использованием стоматологической документации (карта амбулаторного стоматологического больного и др.). При использовании случайной выборки в установленном интервале оценок уровня качества от 0,1 до 1,0 с вероятностью ошибки до 5 % следует считать достаточным 10 экспертиз, проведенных на основании законченных случаев лечения больных определенного профиля и специализированного вида. Экспертиза технологии лечебно-диагностической помощи проводится с учетом этапов ее оказания по отдельным законченным в данном подразделении случаям.

Плановая экспертиза качества оказания лечебно-диагностической помощи в отделениях стоматологических лечебно-профилактических учреждений проводится заведующим ежемесячно. Заместители руководителя учреждения по

лечебной работе осуществляют аналогичную экспертизу качества стоматологических услуг с ежеквартальной периодичностью.

Экспертиза качества лечебно-диагностической стоматологической помощи, оказанной пациенту, предусматривает определение соответствия профилактических мероприятий, диагностики и лечения заболеваний, оздоровления и реабилитации ожидаемым результатам и проводится с использованием соответствующих стандартов. Стандарты содержат показания для пребывания пациента на том или ином этапе оказания стоматологической помощи, унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, рекомендуемые сроки и критерии завершения предоставления стоматологической помощи с учетом нозологической формы заболевания и состояния здоровья пациента.

Ведущая роль при экспертизе качества лечебно-диагностической стоматологической помощи принадлежит заключению эксперта, который учитывает не только выполнение алгоритма, но и все особенности данного конкретного случая: адекватность, полноту и своевременность диагностических мероприятий, правильность и точность постановки диагноза, выполнение технологии лечения и реабилитации; дефекты оказания стоматологической помощи и их причины.

Ведомственный контроль качества и эффективности лечебно-диагностической стоматологической помощи является основным видом контроля, наиболее приближенным к исполнителям стоматологических услуг. Однако его результаты должны использоваться и сопоставляться с данными вневедомственной экспертизы.

ЖАРКОВА О.В., МАГАРИЛЛ Ю.А., КУЗНЕЦОВА Т.А.  
УЗ Областной клинический онкологический диспансер,  
г. Кемерово

## СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Оптимизация системы лекарственного обеспечения в условиях постоянного дефицита бюджетных средств, на сегодняшний день, одна из основных проблем, которая остро стоит как перед отдельными лечебно-профилактическими учреждениями, так и перед органами управления здравоохранением и фармацевтической деятельностью всех уровней.

Внедрение в клиническую практику большого числа новых, весьма активных, противоопухолевых препаратов позволило значительно расширить показания к их использованию в онкологии.

В настоящее время химио-, гормоно- и иммунотерапия показана более чем 70 % больных со злокачественными новообразованиями, кроме того, в последние десятилетия внимание исследователей было направлено на поиск и создание препаратов для поддерживающей терапии.

Амбулаторное введение цитостатиков апробировано практически при всех локализациях злокачественных новообразований и число больных, которым проводится амбулаторная химиотерапия, увеличивается с каждым годом. Она позволяет пациентам продолжать привычный, достаточно



активный образ жизни, а в ряде случаев сохранять трудоспособность. Несомненны преимущества амбулаторной химиотерапии с точки зрения положительных психо-эмоциональных факторов. Влияние психологического состояния пациента на переносимость и результаты лечения весьма значительно. Лечение в амбулаторных условиях позволяет больному находиться в привычной домашней обстановке, в меньшей степени подвергаться отрицательному психологическому воздействию стационара, избегать ятрогенных влияний и внутрибольничных инфекций.

Следует отметить, что у амбулаторной химиотерапии есть несомненные экономические преимущества, позволяющие сократить затраты, в сравнении с лечением в стационаре, за счет исключения стоимости койко-дней и сохранения материальных средств. Расчет стоимости химиотерапии включает в себя детальный анализ всех прямых и косвенных затрат, показателей качества жизни больных, социальные выплаты. Поэтому расширение амбулаторного этапа химиотерапии – одна из основных тенденций в онкологии.

В Кемеровском областном клиническом онкологическом диспансере амбулаторная химиотерапия внедрена с 1980 года. В поликлиническом отделении функционирует кабинет на 24 посещения в смену, прием осуществляет врач-химиотерапевт, который самостоятельно определяет тактику лечения больных, а также выполняет рекомендации ЛКК.

Амбулаторная химиотерапия охватывает больных практически всех локализаций злокачественных новообразований: рак молочной и предстательной железы, легкого, желудка, толстого кишечника, лимфогранулематоз и неходжкинские лимфомы. Основная категория больных – пациенты, получающие неoadьювантную или адьювантную лекарственную терапию при раке молочной железы (150-170 больных в год).

Общая стоимость одного курса ПХТ в условиях стационара по программе FАC (включающей, в среднем, доксорубин 80 мг, циклофосфан 800-1000 мг, 5-фторурацил 800-1000 мг, антиэметический препарат эмесет 16 мг) составляет 4137 рублей (стоимость медикаментов, косвенные расходы, оплата труда, питание и т.д.). При амбулаторном лечении сумма косвенных расходов уменьшается в два раза, исключаются затраты на питание, износ мягкого инвентаря, снижаются коммунальные расходы. Стоимость лечения по той же схеме в амбулаторных условиях составляет 2399 рублей. Прямая экономия – 1738 рублей за 1 курс и, при проведении 6 курсов лечения, составляет 10428 рублей на одного больного.

Кроме экономического эффекта, проще решить задачи коррекции реабилитационных психологических механизмов у онкологических больных. Таким образом, более широко введение амбулаторной химиотерапии выгодно не только для бюджета лечебного учреждения, но и для больных, позволяя улучшить качество их жизни.

---

ЗАХАРОВА Е.М., МАКУЛЬКИНА М.В., ВОЕВОДИНА А.И.  
*МУЗ Специализированный дом ребенка № 1,  
г. Кемерово*

## СЕМЕЙНО-ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ ГРУППА, КАК НОВАЯ ФОРМА РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ СИРОТСТВА

**С**пециализированный дом ребенка № 1 для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики находится в Кировском районе г. Кемерово. Он рассчитан на сто воспитанников от рождения до четырех лет. За 2004 год поступило 127 детей, из них 93 – грудного возраста. На сегодняшний день живет 105 детей, среди которых 33 ребенка-инвалида.

Если раньше в дом ребенка поступали дети-сироты и дети-инвалиды, то сейчас – преимущественно социальные сироты. Это дети, рожденные, как правило, от одиноких мам, которые не желают и не могут дать своему малышу полноценного воспитания, а также ребяташки, родители которых лишены родительских прав. Кроме этого, увеличился процент поступления детей из

социально неблагополучных семей по причине отсутствия у родителей средств к существованию. Дети оформляются в дом ребенка временно, по ходатайству органов опеки. Но, к огромному сожалению, о своих детях некоторые родители, так сказать, забывают, и администрации дома ребенка приходится подавать иск в суд с просьбой о лишении родительских прав.

Основными задачами сотрудников специализированного дома ребенка являются охрана здоровья, воспитание, реабилитация, социальная адаптация и раннее определение судьбы детей.

В 2004 году в доме ребенка проведена реабилитация 227 детям. Такой показатель обусловлен высоким процентом ребяташек, выбывших в семью. Так, за прошедший год:

- усыновлено 59 детей;
- отдано под опеку 11 детей;
- взято родителями в биологическую семью 27 детей;
- в семейно-воспитательную группу 4 ребенка.

Семейно-воспитательная группа создана с целью реализации положения Конвенции ООН о правах ребенка: «Ребенку для полного и гармоничного развития необходимо расти в семейном окружении». Семейно-воспитательная группа является структурным подразделением дома ребенка и осуществляет свою деятельность на основании положения «О семейных воспитательных группах».

Особенностью помещения ребенка в семейно-воспитательную группу является отсутствие необходимости установления над ним опеки и оставляет его в статусе воспитанника дома ребенка. Воспитатель семейной воспитательной группы зачисляется в штат сотрудников МУЗ «Специализированного дома ребенка № 1» с оплатой труда в размере 1/3 ставки воспитателя по 14 разряду за каждого принятого в семью ребенка, независимо от стажа и опыта работы.

Дети при переходе на семейное воспитание выходят из стен дома ребенка и попадают в семьи, где рядом всегда находятся любящие, внимательные люди, заменяющие отца и мать. Дети имеют возможность получать любовь, сочувствие и заботу от близкого человека, который живет именно для них. Ребенок, эмоционально привязываясь к родителям, учится отвечать взаимностью. В то время как в доме ребенка внимание и ласку «мамы» необходимо дарить всем малышам.

Семейно-воспитательная группа действует с августа 2003 года, после принятия положения. В октябре 2003 года сотрудница дома ребенка взяла двух девочек на воспитание (одна из которых

была позже удочерена в другую семью). Положительный отклик о жизни детей в семейно-воспитательной группе позволил другой сотруднице принять решение. Благодаря чему два мальчика смогли встретить 2005 год в кругу новой семьи.

Развитию детей, находящихся в доме ребенка, всегда сопутствует задержка психо-речевого развития. Наблюдая за детьми, мы заметили, что в семье у них сразу же произошел большой скачок всех психических функций, а в поведенческом отношении дети раскрепостились, у них прошли такие симптомы, как тревожность и эмоциональная нестабильность, которые были вызваны психической перегрузкой. У детей появилась возможность иметь свой тихий уголок, где они могли находиться в одиночестве, рисовать и играть, не оглядываясь, что кто-то может помешать им.

Резко возросла познавательная активность и, как следствие, повысилось интеллектуальное развитие. Наши дети стали получать массу новой информации об окружающем мире, как в быту, так и на прогулках. Они посещают детский сад наравне со сверстниками, ходят в гости, общаются с друзьями.

Мы считаем, что все выше перечисленные процессы благотворно влияют на развитие и формирование индивидуального самосознания, а в будущем дети, благодаря семейно-воспитательной группе, станут зрелыми и полноценными личностями.

Семейно-воспитательная группа, обеспечивая индивидуальный подход, заботу, социальную адаптацию, дает ребенку то, что называется «нормальной жизнью», в то время как решение социальных и житейских проблем остается за государством.

Сегодня семейно-воспитательная группа — одна из равноправных форм решения проблемы детского сиротства.

ЗЕМЛЯНУХИН Э.П.

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,  
г. Кемерово*

## ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЕЕ РАБОТЫ

Скорая медицинская помощь была и остается одним из главных приоритетов всей системы здравоохранения. Для населения вызов «03» зачастую оказывается последней надеждой на жизнь и сохранение здоровья. По результатам работы СМП наши граждане и представители власти оценивают уровень и состояние здравоохранения в целом.

Ежегодно за медицинской помощью обращается каждый третий житель г. Кемерово. За последние десять лет число вызовов СМП увеличилось на 16 % (161 тыс. — в 1994 г., 191 тыс. — в 2004 г.), а число пациентов, нуждающихся в экстренной госпитализации, за этот же период возросло в 1,7 раза: в 2004 г. доставлено на госпитализацию БСМП 68 тыс. пациентов.

Очень высокой остается доля несвойственной для СМП нагрузки, связанной с оказанием помощи хроническим больным (46 %), что приводит к целому ряду отрицательных моментов: нецелесообразное расходование бюджетных средств (себестоимость одного вызова БСМП — 569 руб.); неэффективное использование потенциала врачебных и специализированных бригад на вызовах, где требуется пособие на уровне доврачебной помощи, что снижает интерес врачебного персонала к работе, вызывает профессиональную неудовлетворенность и порождает конфликты между пациентами, их окружением и медицинским персоналом.

Помимо указанных проблем, существует ряд других, таких, как противоречивая нормативно-правовая база, слабо отражающая современные организационные и технологические особенности оказания СМП на догоспитальном этапе, отсутствие регламентированных объемов и видов медицинской помощи с учетом условий ее оказания, что позволяет в конфликтных ситуациях экспертам оценивать действия работников СМП по академическим схемам диагностики и лечения патологического состояния.

Но цель доклада — не перечисление проблем, которых достаточно и в других службах здравоохранения. Основная задача, стоящая перед управлением службой — оптимизация ее работы в реально существующих условиях. Если решение некоторых из выше названных проблем, таких, как создание и утверждение нормативно-правовой базы, стандартов оказания СМП, находится вне нашей компетенции, то проведение организационных мероприятий, способных положительно повлиять на работу службы, мы расцениваем как свои прямые функциональные обязанности. В связи с этим, в 2004 г. наши усилия были направлены на внедрение в практику работы выездных бригад новых технологий, которые не применялись ранее в условиях догоспитального этапа; на ресурсосберегающие технологии; на психологическое сопровождение и психогигиену выездного медицинского персонала и администрации станции; на дальнейшее развитие принципов преемственности между СМП и амбулаторно-поликлиническими учреждениями города.

1. Создана модель организации специализированной догоспитальной медицинской помощи кардиологическим больным артериальной гипертензией и инфарктом миокарда (ИМ) на основе внедрения информационных технологий и современных медицинских подходов к лечению. В условиях кардиологических бригад применение системного тромболитика стрептазой в дозе 750 тыс. ед. и внутривенное применение бета-блокатора обзидана в сочетании с инфузией нитроглицерина. Результаты свидетельствовали о достоверном сокращении времени до начала реперфузии миокарда (в среднем на 48,3 мин.). В группе с ТЛТ достоверно реже отмечали признаки сердечной недостаточности, рецидивов болевого синдрома, а использование бета-блокатора с нитроглицерином способствовало, кроме того, уменьшению числа аритмий, ограничению зоны ишемического повреждения миокарда.

2. Установка на 22 автомобилях СМП Главной подстанции системы радионавигации позволила в реальном времени на компьютере диспетчера отслеживать местонахождение бригады, что позволяет значительно сокращать пробег автомобиля, сокращая этим время ожидания бригады, а также экономить ГСМ и запчасти. За 8 месяцев 2004 года условная экономия внедрения данной технологии составила 3 млн. руб.

3. Реализуется психокоррекционная работа через индивидуальное и групповое консультирование, а также тренинговые и семинарские занятия, направленные на повышение психологической компетентности персонала, способности справляться с различными стрессорами и обучение навыкам эффективного межличностного взаимодействия, релаксации и аутотренинга.

4. Продолжается совместная работа по преемственности СМП и амбулаторных ЛПУ в оказании помощи больным с хронической патологией, что, вместе с круглосуточным консультативным телефоном, позволяет держать обращаемость на СМП в течение последних трех лет на уровне 330/тыс., при региональном показателе около 400/тыс. Это дает право считать условную экономию бюджетных средств в 2004 г. около 10 млн. руб.

ИЛЬИН О.М.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского*

## РОЛЬ БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКИ В СТРУКТУРЕ ЛПУ

**О**сновная задача больничной аптеки — это получение, изготовление, хранение и отпуск лекарственных средств в отделения больницы.

Аптека МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского состоит из двух отделов: рецептурно-производственного, где осуществляется производство экстенпоральной рецептуры, инфузионных рас-

творов, отпуск наркотических средств, и отдела запасов с функциями закупки, хранения и отпуска лекарственных средств. За смену в аптеке производится 1800 флаконов для инфузий, что свидетельствует о высокой производительности. Учитывая, что себестоимость стерильных флаконов ниже заводской на 40 %, экономия денежных средств ежемесячно составляет 300 тыс. рублей, при закупке аналогичной продукции заводского производства.

В феврале 2004 года в больнице был проведен ABC и VEN анализ, в результате установлено, что наиболее затратными при закупке лекарственных средств являются средства для наркоза и антибиотиков (группа А). Группу В (менее затратные) составляют анальгетики, сердечно-сосудистые, плазмозамещающие растворы, соответственно, группу С составляют гормональные, ноотропные и прочие препараты. Все это учитывается ежегодно при рассмотрении и утверждении формулярного списка лекарственных средств больницы.

Для рационального использования денежных средств в больнице с апреля 2004 года,

совместно с территориальным фондом ОМС и областным государственным предприятием (аптечный склад), введен способ централизованного закупа лекарственных средств и изделий медицинского назначения, что позволяет часто повторяющиеся лекарственные средства и дорогостоящие закупать для ЛПУ централизованно (группа А и В). В результате экономятся средства, так как цены при централизованном закупе значительно ниже на 15-20 %, а так же поставка осуществляется строго по графику, что рационально.

В свою очередь, аптека самостоятельно осуществляет закупки для нужд отделений больницы, используя способ «запроса котировочной цены»; составляется перечень требуемых медикаментов и рассылается всем поставщикам по факсу или электронному адресу. Ответ получаем в обратном порядке с последующей обработкой на ПК, а далее определяются наименьшие цены и производится заказ на поставку.

Данный способ «котировочной цены» позволяет экономить от 15 до 20 % денежных средств.

КАМОРИНА Т.А., ДАНИЛОВА О.С.  
МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## О ПОВЫШЕНИИ ДОСТУПНОСТИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МУЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 5 Г. КЕМЕРОВО

Офтальмологическое отделение МУЗ Клинической поликлиники № 5 г. Кемерово ведет первичный прием, который осуществляют 6 врачей-офтальмологов и 6 медицинских сестер. Офтальмологическое отделение обслуживает население района в количестве 91410 человек. За 2004 год поток обращений к окулисту составил 37163. Заболеваемость по первичной обращаемости составила в абсолютных цифрах 19438 или 210,65 на 1000 населения. Из них, с глаукомой обратилось 6529 человек.

На первом месте по структуре заболеваемости стоят рефракционные заболевания, на втором — заболевания сетчатки (посттравматические ретинопатии, диабетические ретинопатии, дистрофические заболевания сетчатки), третье место занимают заболевания хрусталика. С 7-го места на 5-е переместилась глаукома.

Многие из этих заболеваний требуют стационарного лечения. В 2004 году в КОКОБ было госпитализировано 313 человек. Из всех госпитализированных глаукома диагностирована у 91 пациента (71 — первичная и 18 — вторичная). Было

прооперировано 67 больных с первичной и 18 человек с вторичной глаукомой. С катарактой госпитализировано и прооперировано 189 человек, остальные 33 человека были госпитализированы по поводу травм, отслойки сетчатки, воспалительных заболеваний глаз и т.д.

Уровень госпитализации в поликлинике № 5 — 3,6 на 1000 населения, что в 2,2 раза ниже, чем в области (показатели госпитализации в городе 6,6 на 1000 населения; 8,0 — в области). Основная масса больных обследуется и получает лечение в поликлинических условиях. В последнее время увеличилась оперативная активность КОКОБ для сельского населения. Городские больные госпитализируются только по экстренным показаниям и на оперативное лечение.

Открытие коек дневного стационара могло бы улучшить качество консервативного лечения, сократить сроки долечивания после полостных хирургических операций, снизить уровень временной нетрудоспособности у работающего населения после перенесенных травм, отслоек сетчатки, больных с герпетическими заболеваниями глаз.



В дневном стационаре можно пролечить 40 больных, 300 койко-дней. Среднее пребывание 8 дней, кратность 1 человек в день 1 койка.

Особым звеном в оказании медицинской помощи населению является глаукомный кабинет. Глаукомный кабинет является важной составляющей в структуре глазного отделения поликлиники № 5. И, учитывая рост количества глаукомных больных во всем мире, может стать образцом для организации подобных кабинетов в других поликлиниках города. Оценка количественного состава больных глаукомного кабинета говорит о росте числа больных, поставленных на диспансерный учет. Количество больных на конец 2003 года составило 915 человек, на конец 2004 года — 1073. Последний показатель превышает предыдущий на 15,6 %. Отчасти это связано с появлением городского консультативного офтальмологического центра, а также с настроенностью врачей на столь серьезное заболевание, повышение их профессиональной грамотности. И ростом популярности офтальмологического отделения.

Как следствие, выявленных на 1000 населения в 2003 году больных с глаукомой — 14,3, в 2004 г. — 24,6.

Подобные положительные тенденции способствуют продлению трудоспособности пациентов с глаукомой, что связано с ранним ее выявлением (в первой стадии в 2003 году — 75 %, в 2004 г. —

85 %), и, как следствие, улучшению соответствующего уровня жизни.

При оценке заболеваемости определенную группу занимают пациенты, кому могла бы быть оказана амбулаторная хирургическая помощь. Это пациенты с доброкачественными новообразованиями век (в 2004 год обратилось 6 больных), ячменями (79 больных), вскрытие которых требуется у 1/3-1/5 части), халязионами (51 за 2004 год), птеригиумами (40), с сужениями слезных точек (382). За 2003 год подобных пациентов немногим меньше, и это дает возможность охватить данную группу, объединив их для оказания амбулаторной хирургической помощи на базе клинической поликлиники № 5. Этого можно достигнуть в несколько этапов.

Первое — это организация стационар заменяющих технологий — дневного стационара при поликлинике. Это позволит улучшить качество лечения и, возможно, уменьшить затратность обслуживания больных. Во вторых — структура обращений позволяет считать рациональным организацию центра амбулаторной хирургии для прикрепленного населения, а в дальнейшем, учитывая тот факт, что МУЗ клиническая поликлиника № 5 является единственной такой структурой в городе, поток обращений целесообразно будет организовать для всего населения города Кемерово.

---

## ШПИЛЯНСКИЙ Э.М., КАТРИЧ Н.В. КОНКУРСНЫЕ ЗАКУПКИ. ИТОГИ 2004 Г.

**И**деология организации закупок для государственных нужд на конкурсной основе была впервые сформулирована Указом президента РФ от 8.04.97 № 305 «О первоочередных мерах по предотвращению коррупции и сокращению бюджетных расходов при организации закупки продукции для государственных нужд». Указ требует, чтобы заказы на закупку продукции размещались на торгах (конкурсах) с целью эффективного расходования средств ФБ, бюджетов субъектов РФ, внебюджетных фондов, а также пресечения злоупотреблений при организации закупок. Указ утвердил Положение об организации закупок товаров (работ, услуг) и приравнял закупку продукции для муниципальных нужд в порядке, утвержденном для государственных нужд.

6 мая 1999 г. принят федеральный закон ФЗ № 97 «О конкурсах на размещение заказов по поставке товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных нужд». Кроме того, о конкурсных закупках имеется упоминание в

Гражданском кодексе (часть 1, гл. 28, стр. 447-449 — организация и порядок проведения торгов, часть 2, ст. 525-534 — основания, порядок, исполнение государственного контракта).

На основании государственных нормативных актов, приняты постановление Администрации КО от 09.10.01 № 105 «Об организации закупки продукции для областных государственных нужд КО» и постановление Администрации г. Кемерово от 15.02.02 № 18 «Об организации закупки и поставки продукции для муниципальных нужд за счет бюджетных и внебюджетных фондов».

Организацию работы по закупке и поставке продукции осуществляют муниципальные заказчики. Муниципальными заказчиками являются структурные подразделения Администрации г. Кемерово, которые формируют объемы муниципальных нужд в пределах планируемого объема финансирования. С целью укрупнения объема закупаемой продукции заказчик может включать потребности муниципальных предприятий (учреждений) по их заявкам. Закупка про-

дукции, не вошедшей в заявки заказчика, осуществляется муниципальными предприятиями самостоятельно.

Руководствуясь Положением к Указу № 305 с января 2001 г. Управлением здравоохранения начата работа по организации закупок на конкурсной основе путем размещения заказов на закупку продукции способом запроса котировок. С 2003 г. управлением здравоохранения закупка продукции осуществляется также путем организации конкурсов.

На основании изданных Управлением здраво-

на конкурсной основе (в том числе 8 открытых конкурсов и 3 предварительных квалификационных отбора) и осуществлено 1038 запросов котировок. Кроме того, продукция закупается по итогам конкурсов, организованных отраслевыми управлениями (управление жизнеобеспечения городского хозяйства, управление образования, управление городского развития и т.д.).

По итогам проведенных конкурсов управлением здравоохранения и лечебно-профилактическими учреждениями дополнительно заключено контрактов на сумму 35,3 млн. руб.

### Конкурсные закупки МУ «Управление здравоохранения»

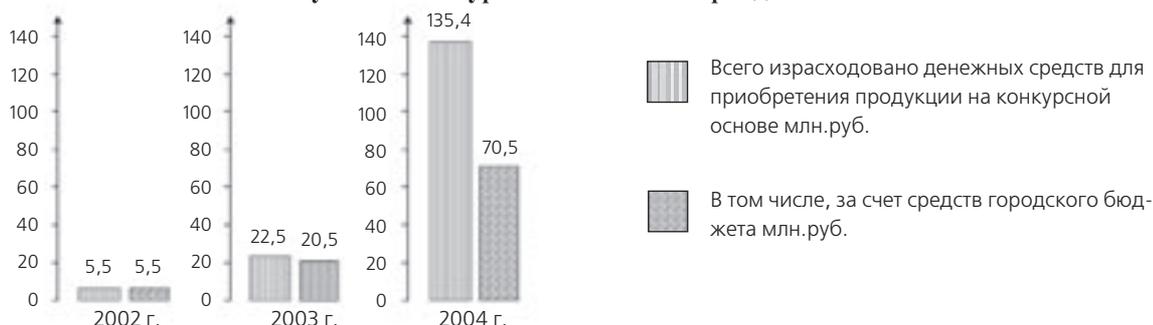
Показатели	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Всего закупок на конкурсной основе, в том числе конкурсов	19	29	31	70
Сумма заключенных договоров (млн. руб.)	-	-	2	11
Экономический эффект в млн. руб. в %	2,2	5,6	11,6	34,0
	0,4	0,6	0,85	2,9
	16	11,7	7,3	8,5

охранения нормативных документов (Приказ от 19.04.04 № 201 «Об организации закупок на конкурсной основе», «Методические рекомендации по организации закупок в медицинских учреждениях на конкурсной основе» от 28.06.04), с 2004 г. конкурсные закупки осуществляются и лечебно-профилактическими учреждениями:

Всего за 2004 г. объем закупок за счет средств бюджета и внебюджетных фондов на конкурсной основе составил 135,4 млн. руб. (платные услуги – 22,5 млн. руб., бюджет – 70,5 млн. руб., ОМС – 42,2 млн. руб.).

Всего за 2004 г. объем закупок за счет средств бюджета и внебюджетных фондов на конкурсной

### Закупки на конкурсной основе за период 2002 - 2004 гг.



В течение 2004 года за счет бюджетных и внебюджетных средств Управлением здравоохранения совместно с лечебно-профилактическими учреждениями заключено 1464 контракта на сумму 100,1 млн. руб. Проведено 1048 закупок

основе составил 33,3 % от общего объема финансирования. Для сравнения, в течение 2003 г. объем конкурсных закупок по МУ «Управление здравоохранения» составлял 7,6 % от общего объема финансирования.

ЛАСТОВСКАЯ Т.Г., ПОПОВА И.Н., КОНИУКОВА Е.Ю.  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## ОПЫТ РАБОТЫ С КОНТИНГЕНТОМ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ПОЛИКЛИНИКИ № 3 МУЗ ГКБ № 1

**В** г. Кемерово, как и во всей стране, отмечается устойчивая тенденция старения населения. На фоне городских показателей,

где лица пожилого возраста составляют 24 %, наша поликлиника занимает особое место. От общего числа обслуживаемого населения процент



пожилых людей составил 58 % по данным 2004 г. и имеет тенденцию к росту. Такая демографическая ситуация представляет особые требования к деятельности участковой службы, поскольку в медицинском и социальном плане пожилые пациенты являются наиболее незащищенной группой и требуют привлечения дополнительных материально-технических ресурсов.

В 2003 г. согласно приказа ДОЗН АКО от 14.03.2003 г. № 179 «О порядке проведения диспансеризации контингентов особого внимания и ведения областного медицинского регистра этих контингентов», в целях улучшения оказания медицинской помощи, обеспечения ее доступности, бесплатности и упорядочения проведения диспансеризации граждан, имеющих право на льготное медицинское обслуживание, мы приступили к работе с контингентом особого внимания (КОВ).

Приказом ЛПУ были назначены ответственные лица за данный раздел работы, проведена методическая работа с медицинским персоналом, участвующим в реализации программы, выверены списки лиц отнесенных к категории КОВ, проведено оформление документации. По уточненным спискам создана компьютерная база данных, которая постоянно пополняется новыми данными, и передается в электронном виде в Информационный отдел ГБК г. Кемерово и КОМИАЦ.

По окончании подготовительного этапа были определены объем работы, списки узких специалистов участвующих в диспансерных осмотрах, графики их работы как в поликлинике, так и на дому. Осмотры проводились как 2003 г., так и 2004 г.

На начало 2004 г. подлежало осмотру 1686 человек, из них 328 человек — осмотру на дому.

В состав бригады осуществляющей диспансерный осмотр были включены: терапевт, невролог, офтальмолог, отоларинголог, хирург, гинеколог; из дополнительных методов в обязательный перечень вошли ЭКГ, ФЛГ, общий анализ крови и мочи, сахар крови, острота зрения, измерение внутриглазного давления. Все нетранспортабельные пациенты осматривались бригадой врачей в том же составе с проведением ЭКГ на дому.

Процент осмотра на конец года составил 99,9 %, процент обследования — 99 %.

Структура выявленной патологии:

Выявленная патология	Ранговое место
Сердечно-сосудистая патология	III место
Заболевания опорно-двигательного аппарата	II место
Катаракта, глаукома	I место
Возрастное понижение слуха	IV место

По итогам комплексного осмотра участковым терапевтом проводился анализ полученных данных и составлялся индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий, целью кото-

рого является поддержания уровня здоровья на оптимальном уровне. Сюда включалось амбулаторное лечение, плановая госпитализация, отбор в госпиталь для ветеранов войн, ЛОЦ «Милосердие», планировалось оздоровление в профилакториях, санаториях.

По итогам года лечебно-оздоровительными мероприятиями охвачено: в стационаре на дому пролечено 396 человек (2003 г. — 328); в дневном стационаре — 340 чел. (2003 г. — 263); в ОГВВ и ГВВ ГБК № 3 — 74 чел. (2003 г. — 63); госпитализированы в стационары города — 165 чел. (2003 г. — 214); прошли реабилитационный курс лечения в ЛОЦ «Милосердие» 44 чел. (2003 г. — 35 чел.), получили санаторно-курортное лечение 189 чел. (2003 г. — 183 чел.), в Диагностическом центре получили бесплатную консультативную помощь 350 чел., направлены на транспортную МСЭК для получения автомашины «ОКА» 36 человек.

Лицам, нуждающимся в постоянном приеме дорогостоящих препаратов, были выданы заключения КЭК на доплату к пенсии — 19 чел. Одновременно решались социальные вопросы: прикрепление социальных работников — 35 чел., направление на социально-медицинское обслуживание получили 5 чел.

Активное участие в работе с данным контингентом принимали участковые медсестры. Под руководством врача на нетранспортабельных больных была составлена картотека, в которой пациенты были разделены на 3 уровня курации (в основу положены критерии: тяжесть заболевания, ограничения самообслуживания и нуждаемость в сестринской помощи). В обязанности участковой медсестры входили патронаж, сестринская работа по обучению самого больного и (или) его родственников навыкам ухода, гигиены, самоконтроля, контроль выполнения назначений врача, гемодинамических параметров, осуществление связи с социальной службой. В течение года под патронажем участковой медсестры находилось от 5 до 10 нетранспортабельных пациентов на каждом участке.

Одновременно с лечебной работой, специалисты поликлиники принимали активное участие в проведении санитарно-просветительской работы. На базе поликлиники, КЦСОН Центрального

района действовал лекторий, в тематику которого были включены вопросы социально-значимых заболеваний у лиц пожилого возраста, работали школы здоровья.

В преддверии 60-летия Великой Победы сотрудники поликлиники планируют уже в феврале начать проведение диспансеризации КОВ, так как практика работы последних двух лет показыва-

ла, что соединение медицинского и социального аспектов позволяет создать тот микроклимат, в котором успешнее всего решаются все проблемы пожилого человека.

ЛИКСТАНОВ М.И.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## УПРАВЛЕНИЕ МАРКЕТИНГОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

**А**нализ любого рынка основан на маркетинговых исследованиях. История развития маркетинга относится к началу XX века. В 1962 году была впервые прочитана лекция по маркетингу в фармацевтическом колледже Техасского университета. В России только в 1991 году в Российском государственном медицинском университете на базе кафедры управления экономики здравоохранения и медицинского страхования факультета усовершенствования врачей преподается тематический курс «Маркетинг как основа управления государственной системой охраны труда».

Управление медицинским маркетингом включает в себя несколько составляющих: проведение маркетинговых исследований и сбор информации, оценка маркетинговой среды и рыночных возможностей медицинского учреждения, изучение спроса населения на медицинские услуги, разработка медицинской услуги и установление на нее цены, выбор метода распространения, выбор стратегии развития организации и т.д.

Спрос со стороны потребителей на медицинские услуги определенного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) зависит от его маркетинговой активности, которая играет немаловажную роль в деятельности любого медицинского учреждения и должна опережать любые управленческие решения.

В условиях системы медицинского страхования важное значение приобретает оптимизация объема и структуры потребления медицинских услуг. При этом, основной задачей социально-этического маркетинга является достижение сбалансированности прибылей производителей, покупательских потребностей и благосостояния общества. Данная концепция должна быть использована, прежде всего, в системе здравоохранения.

Проведение маркетинговой и рекламной деятельности МУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского» на протяжении 2000-2004 гг. привело к тому, что возросло число пролеченных пациентов с 24288 чел. в 2000 г. до 27000 в 2004 г., до 10 % среди них — это иногородние пациенты, сократились сроки пребывания больного на койке с 11,2 в

2000 г. до 10,5 дня в 2004 г., активно внедряются современные технологии и методики лечения, что проявилось в увеличении оперативной активности как у экстренных (с 49,3 % до 57,8 %), так и у плановых больных (с 85,8 % до 88,9 %), ростом квалификации персонала (100 % врачей и 94 % среднего мед. персонала имеют сертификаты).

Реализуя маркетинговый комплекс в условиях нашей больницы, мы учитывали специфику, присущую медицинской услуге: неосвязаемость, неотделимость от источника, непостоянство качества, несохраняемость. Использовали метод сегментирования. На основании углубленного анализа маркетинговой среды была разработана общая программа развития ЛПУ, стратегическая цель и конкретные задачи, конкретизированы исполнители и запланированы те или иные показатели, что составило сущность маркетингового цикла.

Важным элементом маркетингового комплекса явилась система распространения услуг в виде прямого товародвижения (непосредственный контакт врача и пациента) и путем привлечения специализированных (рекламных) организаций. Доведение информации до покупателя достигается с помощью коммуникативной политики, которая включала в себя рекламу, личную продажу, стимулирование сбыта, имидж организации. Для того, чтобы реклама была успешной, были соблюдены следующие условия: наличие четкой информации о потребителях, конкурентах и услугах; выбор основных целей и задач рекламы; определения вида, длительности и времени проведения рекламы, оценка ее эффективности, а также объем денежных средств на рекламу.

В качестве основных рекламоносителей были выбраны печатные и электронные СМИ. В праздничные дни активно используются телевизионные заставки с информацией о скидках и круглосуточной работе наиболее востребованных в данный период кабинетов и отделений. Месячный медиоплан включал еженедельные рекламные статьи в печатных СМИ, дважды в неделю выступления специалистов ГКБ № 3 на областном радио, дважды в месяц 20-минутные программы о работе больницы на областном телевидении. Благодаря

этому, удалось обеспечить максимальный охват целевых групп воздействия.

Для оценки эффективности рекламного воздействия, проводился мониторинг обращения за медицинской помощью и анкетирование пациентов в части качества медицинских услуг, сервиса и отношения персонала.

Кроме этого, были выпущены дисконтные и клубные карты, дающие право на скидку при повторном обращении, скидки на услуги, не предусмотренные программой госгарантий и сувениры для пациентов.

Большое значение мы придавали созданию внешнего имиджа организации. В коллективе регулярно проводится анкетирование персонала, была сформирована философия больницы,

утвержден Свод этических правил для сотрудников. В больнице налажен регулярный выпуск корпоративной газеты. Лучшие сотрудники награждаются знаком «За вклад в развитие больницы». Все это способствовало мотивации персонала на качественное предоставление услуг и достойное отношение к пациенту.

Таким образом, с изменением экономических отношений в здравоохранении, стала актуальной задача оказания медицинских услуг в соответствии с реальными потребностями и пожеланиями пациентов. Именно это и составляет сущность маркетинговой деятельности, с необходимостью развития которой столкнется в своей деятельности каждое лечебно-профилактическое учреждение.

ЛОПАТИН А.А., КОКОРИНА Н.П., ЗОРОХОВИЧ И.И.  
*МУЗ Наркологический клинический диспансер,  
г. Кемерово*

## О РАБОТЕ МУЗ «НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» Г. КЕМЕРОВО В 2004 Г.

**В** настоящее время можно говорить о том, что в г. Кемерово функционирует полноценная система наркологической помощи для детей и подростков с наркологическими расстройствами в виде подразделений амбулаторного и стационарного уровня, а также реабилитационных учреждений, являющихся структурными подразделениями МУЗ «Наркологический клинический диспансер» г. Кемерово.

Комплекс мероприятий по решению проблем наркотизации несовершеннолетних осуществляется наркологической службой при взаимодействии всех заинтересованных организаций и ведомств — Управления Госнарконконтроля по Кемеровской области, органов внутренних дел, службы занятости, социальной службы города, учреждений образования, культуры, спорта, молодежной политики и др.

Организована и функционирует амбулаторная детско-подростковая наркологическая служба в структуре МУЗ «Наркологический клинический диспансер» г. Кемерово, которая представлена 9 амбулаторными кабинетами медико-психологической и наркологической помощи для детей и подростков, расположенными в каждом районе города. Основными задачами амбулаторных кабинетов является снижение распространения употребления психоактивных веществ детьми и подростками, повышение уровня профилактических знаний у населения. Для этого сотрудниками кабинетов (психiatрами-наркологами, психоло-

гами, психотерапевтами) проводится диагностическая, лечебная и профилактическая работа, организуются и проводятся различные мероприятия с привлечением организаций и ведомств, заинтересованных в профилактической антинаркотической работе.

В образовательных учреждениях наркологами и медицинскими психологами проводятся различного рода мероприятия по профилактике наркотизации несовершеннолетних. Это групповые беседы, тренинги, обучающие семинары для учащихся, конкурсы плакатов и рисунков, цель которых — создание у подростков установок на здоровый образ жизни, отказ от употребления наркотиков, алкоголя и табакокурения, формирование коммуникативных навыков и пр. Выпускаются санбюллетени по профилактике употребления ПАВ. Проводятся показы спецвидеофильмов с обсуждением в группе подростков.

За период 2004 года было проведено:

- профилактических осмотров в школах — 2451, в интернатах — 892, ПТУ и техникумах — 3749, в РВК — 9304;
- групповых бесед с несовершеннолетними — 1380 (охвачено 6993 чел.);
- лекций 329 (14305 чел.);
- показано спецвидеофильмов с обсуждением в группе подростков — 23 (1148 чел.).

В школах проводится анонимное анкетирование учащихся с целью выявления группы «риска» по употреблению психоактивных веществ, с по-

следующей разработкой индивидуального плана психокоррекционных, лечебных и реабилитационных мероприятий. В 2004 году проведено анкетирование 1595 подростков.

Проведен ряд социологических исследований в группах учащейся молодежи, которые помогли в разработке и планировании профилактических мероприятий с несовершеннолетними, на темы: «Распространение употребления ПАВ среди школьников 8-10 классов», «Распространение употребления ПАВ среди студентов средних учебных заведений», «Изучение факторов риска приобщения к ПАВ у учащихся 8-10 классов», «Изучение факторов риска приобщения к ПАВ у студентов средних учебных заведений», «Изучение информированности студентов средних учебных заведений о влиянии ПАВ на организм».

Выпущено 13 санбюллетеней по проблеме наркотической, алкогольной зависимостей и табакокурения несовершеннолетними.

Совместно с сотрудниками ОВД проведено 19 рейдов по неблагополучным семьям и местам нахождения беспризорников, во время которых наркологи и психологи проводили беседы с подростками и их родителями, предлагалась необходимая медико-психологическая помощь (посещение 391 человек).

Сотрудниками амбулаторных наркологических кабинетов также проводится работа по организации досуга подростков, их трудоустройству. Так, за период 2004 г. было трудоустроено 822 чел., кружки, секции и клубы по месту жительства стали посещать 34 подростка с наркологической патологией, состоящих под наблюдением в амбулаторных наркологических кабинетах.

Также осуществляется комплекс профилактических мероприятий с родителями. Для них проведены выступления нарколога и психолога на общешкольных и классных родительских собраниях на темы: «Психологические особенности подросткового возраста», «Подростковый возраст как кризисный период развития личности», «Роль семьи в профилактике употребления психоактивных веществ подростками», «Первые признаки употребления наркотических средств и токсических веществ детьми и подростками», «Что делать, если Ваш ребенок употребляет наркотики». Организованы «Школы» для родителей, на которых психологи, наркологи, психотерапевты проводят занятия по вопросам употребления психоактивных веществ детьми и подростками. Проводятся индивидуальные консультации родителей специалистами наркологических служб по проблемам наркотической зависимости у подростков, преодолению созависимости.

За 2004 г. проведено 25 общешкольных родительских собраний (присутствовало 902 родителей), 25 родительских всеобуча (902 чел.), 30 «Школ» для родителей, проведено 2604 инди-

видуальных консультаций родителям. Регулярно проводятся обучающие семинары для медицинских работников детских поликлиник, социальных работников, для психологов, валеологов и педагогов школ, ССУЗов, ПТУ, ВУЗов по проблеме употребления подростками и молодежью психоактивных веществ (ПАВ), причинах и последствиях аддиктивного поведения, а также по проблеме своевременного выявления патологических пристрастий у несовершеннолетних. Проведено 18 занятий с медицинскими работниками (560 чел.), 95 занятий с педагогами и психологами учебных заведений (4420 чел.), 11 занятий для сотрудников ОВД (в частности подразделений по делам несовершеннолетних) — 94 чел. Проведено 30 семинаров (с участием 1051 чел.).

Стационарная наркологическая помощь несовершеннолетним, страдающим наркологической патологией оказывается в детско-подростковом наркологическом стационаре, рассчитанном на 55 коек. За период 2004 года стационарно было пролечено 651 чел., в условиях дневного стационара — 127 подростков, прошли амбулаторный курс лечения 367 несовершеннолетних.

Для прохождения амбулаторного реабилитационного курса подростки направляются в отделение медико-социальной реабилитации на базе образовательного учреждения МОУ «МУК «Смена». Данное отделение является уникальным в РФ, эффективность которого достигается комплексным взаимодействием управления образования и наркологической службы города. В данном отделении в 2004 г. 40 подростков с наркологической патологией прошли полноценный реабилитационный курс, получили трудовые навыки и простейшие специальности.

С февраля 2000 года в детско-подростковом наркологическом стационаре городского наркологического диспансера г. Кемерово активно реализуется психотерапевтическая программа «12 шагов» для химически зависимых подростков. С ноября 2002 года также на базе этого стационара существует реабилитационная группа «Фламинго» для наркозависимых, где проходят курс реабилитации по 12-шаговой программе несовершеннолетние, страдающие химическими зависимостями.

Учитывая прямую связь между уровнем заболеваемости населения наркоманией и ВИЧ-инфицированием, проводится планомерная работа в области профилактики ВИЧ/СПИДа совместно с городским и областным центрами профилактики и борьбы со СПИДом. В 2004 г. обследовано на ВИЧ 50 несовершеннолетних, состоящих под наблюдением в МУЗ «Наркологический клинический диспансер» г. Кемерово, обследовано на ВИЧ 290 пациентов наркологического стационара.

Важным элементом в деле профилактики наркологических заболеваний среди детско-подрост-



кового контингента г. Кемерово является система мероприятий, в которых одновременно задействованы все ведомства, занимающиеся несовершеннолетними.

В первую очередь можно отметить межведомственную профилактическую операцию «Подросток», акцию «Будущее без наркотиков», антинаркотическую акцию «Береги здоровье смолоду!», акцию «Родительский урок», месячник оборонно-массовой работы, и др. В проведении месячников и акций, принимают участие врачи-наркологи и медицинские психологи. Также сотрудники МУЗ «НКД» принимали участие в проведении мероприятий, посвященных «Дню матери», «Дню отказа от курения», «Дню борьбы со СПИДом», мероприятий в рамках Всемирного Дня здоровья и Недели безопасности дорожного движения и др. Совместно с Управлением Госнарконтроля по КО был проведен киномарафон в г. Кемерово, Топки, Березовский, с участием врачей-наркологов МУЗ «НКД». Целью этих мероприятий является предупреждение распространения употребления наркотических средств, психоактивных веществ и алкоголя среди несовершеннолетних, повышение уровня информированности населения о вреде немедицинского употребления наркотических средств и психотропных веществ, и об ответственности за участие в их незаконном обороте.

В г. Кемерово ежегодно работает программа профилактики наркомании, токсикомании и алкоголизма среди несовершеннолетних «Летний отдых», осуществляемая при содействии муниципального предприятия «Отдых». Ее целью является создание у детей и подростков установок на трезвый образ жизни и формирование негативного отношения к употреблению психоактивных веществ (ПАВ). В оздоровительных загородных лагерях летнего отдыха были созданы круглосуточные посты медико-психологической и наркологической помощи и проводились следующие мероприятия:

1. Массовые профилактические осмотры детей и подростков с целью выявления подростков с нарушениями поведения, употребляющих ПАВ, а также лиц с повышенным риском употребления наркотиков, токсических веществ и алкоголя (группа «риска») с последующей разработкой индивидуальных профилактических и коррекционных мероприятий.

2. Обучение педагогического коллектива оздоровительных лагерей приемам первичной диагностики употребления ПАВ и тактики антинаркотического поведения.

3. Для детей и подростков проводились групповые и индивидуальные беседы, лекции, психологические тренинги, тематические конкурсы рисунков, викторины, дискотеки, круглые столы, кинолектории.

4. В случае необходимости детям и подросткам оказывалась необходимая психокоррекционная и медикаментозная помощь.

5. Выездной бригадой психологов проводилось психологическое обследование детей и подростков, отдыхающих в оздоровительных лагерях.

С участием Управления Госнарконтроля по Кемеровской области наркологическая служба выпускает тематическую страницу «Наркотикам нет» в областной газете «Кузнецкий Край»; областная газета «Кузбасс» начала выпускать страницу, посвященную психическому здоровью, и, в частности, наркологической проблематике, в газете «КП в Кузбассе» наркологи регулярно обсуждают в режиме вопрос-ответ актуальные темы наркологии и т.п. Опубликованы статьи в газетах «Кузнецкий край», «МК в Кузбассе», «Томь», «Кузбасс», «КП в Кузбассе», «Российская газета», «Наша газета», «АиФ», «Комсомольская правда», «КП-Здоровье». Областное радио регулярно проводит цикл тематических передач с участием подростковых наркологов, посвященных молодежной наркомании. На базе наркологического стационара телекомпаниями NTSC и ТВК подготовлены передачи, посвященные наркологическим проблемам.

Наркологической службой г. Кемерово также подготовлен стенд и тематический материал к медицинской международной выставке «Мединтекс» в г. Кемерово и материалы к научно-практической конференции «Здоровый ребенок — здоровая нация» с выступлениями на ней: «Реабилитация несовершеннолетних с аддиктивным поведением в г. Кемерово», «Применение световой терапии в лечении аффективных состояний при аддиктивном поведении у несовершеннолетних», подготовлены материалы для научной конференции с международным участием на тему: «Особенности психического реагирования на стрессовую ситуацию в детско-подростковом возрасте», которая проходила в г. Кемерово в октябре 2004 г.

Совместно с Кемеровским областным медицинским информационным центром разработана и внедрена программа «ИС «Наркология», которая включает банк данных наркологического контингента несовершеннолетних г. Кемерово.

Создана система подготовки кадров для наркологической и профилактической работы в г. Кемерово — через систему интернатуры в Кемеровской медицинской академии готовятся врачи психиатры-наркологи, психотерапевты; в других КГУ готовятся специалисты по социальной работе, социальные педагоги, психологи.

На базе МУЗ «Наркологический клинический диспансер» г. Кемерово в октябре 2004 г. состоялся сертификационный цикл по анализу наркотических средств и психотропных веществ для врачей химико-токсикологических и клинико-диагностических лабораторий наркологических

диспансеров Сибирского Федерального округа с участием специалистов Республиканского научно-методического центра по аналитической токсикологии МЗ РФ (г. Москва).

Налажено сотрудничество с Кемеровской городской Православной Епархией – в детско-подростковом наркологическом стационаре г. Кемерово открыта молебенная комната, где представителем Епархии регулярно проводятся беседы с пациентами на духовную тематику, по мере необходимости совершаются исповедания, причащения и крещение, молебны, оказывается духовная помощь нуждающимся. Совместно с сотрудниками Епархии в июне 2003 года проведен городской семинар, посвященный проблеме деятельности тоталитарных сект.

В г. Кемерово работает все больше некоммерческих общественных организаций, занятых в сфере наркологии – «Матери против наркотиков», «Кузбасс-Стоп-СПИД», «Нет алкоголизму и наркомании» и др. Реабилитационной группой «Фламинго» для наркозависимых, совместно с Кемеровским отделением Общероссийского Фонда «Нет алкоголизму и наркотикам» выпускается специализированная газета «Остров надежды», уже подготовлено 5 выпусков.

Согласно распоряжению Главы г. Кемерово от 20.04.2001 г. № 891 с 23 апреля 2001 года в городе организовано круглосуточное медицинское освидетельствование граждан, в том числе и несовершеннолетних, для установления факта употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ и состояния опьянения в специализированных наркологических кабинетах МУЗ «Наркологический клинический диспансер».

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 21.06.2002 № 201 «Об утверждении штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебно-профилактических учреждений», должности врачей психиатров-наркологов для работы в кабинетах медицинского освидетельствования на состояние опьянения устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 5 тысяч освидетельствований в 1 год. Для обслуживания населения, в том числе несовершеннолетнего, в г. Кемерово достаточно два кабинета медицинского освидетельствования на состояние опьянения. На сегодняшний день только МУЗ «НКД» имеет лицензию на данный вид деятельности и его заключения, являющиеся результатом медицинского освидетельствования, могут служить юридическим основанием для привлечения несовершеннолетних и их родителей к административной ответственности.

Медицинское освидетельствование осуществляется на основании нормативных актов РФ квалифицированными психиатрами-наркологами

с обязательным исследованием биологических сред организма на наличие в них психоактивных веществ.

В соответствии с кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях медицинское освидетельствование на состояние опьянения несовершеннолетних, не достигших шестнадцатилетнего возраста, проводится только с согласия родителей или их законных представителей. Лицам старше 16 лет медицинское освидетельствование проводится на основании соответствующего решения представителя правоохранительных органов.

На сегодняшний день остается нерешенной проблема, связанная с порядком проведения процедуры медицинского освидетельствования на состояние опьянения несовершеннолетних. В 2002 г. нами было направлено письмо в Прокуратуру Кемеровской области с просьбой разъяснения данной ситуации. Согласно письму прокуратуры Кемеровской области от 14.10.02 г. № 21-292-02, на сегодняшний момент законодательством не предусмотрен какой-либо особый порядок проведения медицинского освидетельствования несовершеннолетних (копию письма прилагаем).

#### **Выполнение целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиков и их незаконному обороту на территории г. Кемерово на 2004 год»**

В 2004 году в г. Кемерово была принята городская целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на территории города Кемерово на 2004 год». В рамках данной программы из местного бюджета были выделены 92613 (девяносто две тысячи шестьсот тринадцать) рублей на сопровождение информационно-аналитической базы данных под условным названием «Наркологические контингенты города Кемерово». Выделенные средства были расходованы целевым образом.

На 2005 г. разработана целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на территории г. Кемерово на 2005 год».

#### **Основные направления реализации программы:**

I. Деятельность по пресечению незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ и регламентация оборота наркотиков в г. Кемерово.

Это направление является предметом деятельности в основном правоохранительных органов. В рамках этого раздела также регламентируется и легальный оборот наркотиков в г. Кемерово.

II. Первичная профилактика – внедрение идей здорового образа жизни как среди населе-

ния в целом, так и большей степени среди несовершеннолетних и молодежи, сознательный отказ от употребления наркотиков, позитивное влияние на молодежную субкультуру, работа с организационными детскими и молодежными коллективами и др.

III. Вторичная профилактика — работа с группами «риска», организация уличной социальной работы, ювенальные технологии, изменение стан-

дартов поведения правоохранительной системы в отношении подростка-правонарушителя и др.

IV. Третичная профилактика — работа с химически зависимыми людьми, направленная на профилактику рецидива заболевания, т.е. лечение и реабилитация.

V. Информационно-методическое и кадровое обеспечение профилактики наркотической и алкогольной зависимости среди населения.

МИХАЙЛОВА И.А., ЛИКСТАНОВ М.И., СУДАКОВА Л.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

**В** современных условиях медицинская услуга приобрела свойство товара и стала подчиняться законам рынка. Как и любая другая услуга, она обладает потребительскими свойствами, одним из которых является качество. Создание национальной системы контроля качества в здравоохранении России рассматривается как одна из важнейших проблем его реформирования.

Контроль качества является предпосылкой создания современной системы управления качеством. Осуществляя контроль за качеством медицинских услуг, мы в своей работе пользуемся следующими нормативными актами: «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности» (Приказ МЗ РФ от 14.05.93 № 104); «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» (Совместный приказ МЗ РФ и ФФ ОМС от 24.10.96 № 363/77 с учетом изменений и дополнений от 21.01.97 № 20/13); «О рациональном назначении лекарственных средств, правилах выписывания рецептов на них и порядке их отпуска аптечными учреждениями» (Приказ МЗ РФ от 23.08.99 № 328). Немалая роль в обеспечении качества услуг отводится персоналу, так как его отношение к труду оказывает непосредственное влияние на качество услуги. Отводится особая роль обучению персонала (100 % врачей и 94 % среднего медицинского персонала имеют сертификаты), все заведующие отделениями и весь персонал приемного отделения прошли психологический тренинг. Врачи и медицинские сестры постоянно участвуют в различных конференциях, конгрессах, симпозиумах. Внедряются новые технологии в лечебный процесс. Проводятся семинары по определенным темам, зачеты для врачей и медицинских сестер, программированное

тестирование, реферативные обзоры центральных медицинских журналов. Постоянно разбираются ошибки, выявленные в результате экспертизы.

Мы разработали многоэтапную систему управления качеством (внутриведомственная) во главе которой стоит руководитель учреждения. За контроль качества ответственные зам. главного врача по лечебной, клинико-экспертной работе, хирургии, родовспоможению. Кроме того, введены должности внештатных экспертов из числа зав. кафедрами медицинской академии. Имеются группы контроля за качеством внутри отделений (совместно с курирующими доцентами КГМА), в ряде отделений введен сестринский процесс. Объем внутриведомственных экспертиз следующий: зав. отделениями в 100 % случаев экспертируют истории болезни, в 88 % — курирующие отделения доценты, в 10 % зав. кафедрами (внештатные эксперты) и около 26 % заместители главного врача. По результатам внутриведомственных экспертиз на первый план выступила проблема почерка, в половине случаев в терапевтических отделениях выявлена полипрогмазия, нерациональное использование антибиотиков — в 26,3 % случаев, отмечено завышение интенсивного этапа лечения, ошибки в построении диагноза, в 2,3 % ненадлежащее динамическое наблюдение. В 12 % случаев обращаются пациенты за возвратом средств, получивших лечение по добровольно выбранной ими программе в случае получения им дорогостоящих видов лечения по современным технологиям. Обоснованный возврат составил 0,5 %, что связано с дефектами оформления документации.

Кроме внутриведомственного контроля существует и вневедомственный контроль за качеством медицинской помощи. Это страховые медицинские организации, Территориальный Фонд МС, Фонд ОМС, Исполнительные органы

Фонда социального страхования РФ, Общество защиты прав потребителей и сами страхователи. Вневедомственными экспертами экспертируется в 100 % случаев случаи летальных исходов, истории болезни пациентов, получивших лечение по дорогостоящим и альтернативным технологиям, случаи расхождения диагноза, повторная госпитализации по вине медицинских работников, в случае обращения граждан с жалобами в различные инстанции, внутрибольничное инфицирование. В 30 % случаев проводятся плановые проверки экспертами различных уровней.

По результатам вневедомственных экспертиз в 32,7 % случаев пациенты обращаются за возвратом средств за медикаменты, приобретенные ими за свой счет. В 11,3 % случаев выявлено необоснованное завышение пребывания больного в стационаре, в 4,7 % – завышение этапа интенсивного лечения и замена МЭСов на более дорогие либо наоборот. В 2,6 % случаев выявлены дефекты в лечении и диагностике. При этом

уровень качества оказания медицинской помощи составил 0,97.

Одним из компонентов качества медицинской помощи является ее адекватность. В определенной степени ее отражает удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью. В связи с чем проводится постоянное анкетирование пациентов. По результатам анкетирования были выявлены проблемы, которые мы пытаемся решить. В частности, на базе приемного отделения развернут пункт клинической лаборатории, установлено оборудование для УЗИ исследования, дежурные врачи обеспечены пейджинговой связью, координацию работы приемного отделения в дежурные дни осуществляет старший дежурный врач.

Таким образом, разработка системы за контролем качества медицинской помощи, постоянное анкетирование пациентов помогает ориентироваться в проблемных вопросах качества оказания медицинской помощи, выбирать приоритетные направления в процессе ее организации.

МОСКАЛЕНКО О.А., МОШНЕГУЦ С.С.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1,  
г. Кемерово*

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**П**орядок прохождения одногодичной специализации определяется Положением об одногодичной специализации (интернатуре) выпускников, утвержденным приказом МЗ «О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачебных кадров в интернатуре». Каждому курсанту индивидуально дается задание на время прохождения цикла обучения, где перечислены требования, предъявляемые программой прохождения интернатуры, квалификационная характеристика, перечень мануальных навыков и умений.

Одним из важнейших этапов первичной специализации является оценка выживаемости знаний, полученных в стенах ВУЗа, а также оценка приобретенных в период интернатуры знаний и мануальных навыков, с использованием новых технологий, оборудования, современных материалов и препаратов. Оценка знаний врача-интерна осуществляется в три этапа: 1) аттестация (оценка) мануальных навыков, в том числе оформление соответствующей документации; 2) тестирование; 3) собеседование по клиническим ситуационным задачам.

При собеседовании с врачами-интернами создаются определенные трудности, как для экзаменующихся, так и для экзаменаторов. Имеются сложности и в плане организации самого экзамена, так

как каждый интерн получает четыре задачи по всем стоматологическим специальностям (терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста). Такая система требует значительных временных затрат, а также больших психоэмоциональных и физических нагрузок для молодых специалистов.

С целью изменения сложившейся ситуации, в настоящее время на факультете делаются попытки по созданию и внедрению единых комплексных задач по стоматологии. Создание подобных задач, безусловно, требует от авторов большой компетентности и соблюдения преемственности, но в то же время имеет значительные преимущества.

*Примерный образец ситуационной задачи.* К стоматологу обратилась пациентка 65 лет с жалобами на боли в области углов рта при открывании, жжение и невозможность приема пищи. Из анамнеза выявлено, что данные симптомы появились около двух месяцев назад, связывает с потерей жевательных зубов и плохой фиксацией съемного протеза. Частичный съемный протез изготовлен 8 лет назад, последнее время протезом пользуется редко. Большая страдает гиперацидным гастритом. При внешнем осмотре отмечается значительная выраженность носогубных складок. Кожа

углов рта гиперемирована, имеется мацерация, незначительное количество налета. Отмечается болезненность при пальпации. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, отечна. На спинке языка имеются участки десквамации нитевидных сосочков. Отмечается частичная вторичная адентия, прикус не фиксированный. Полость рта не санирована.

Врачу-интерну необходимо: 1) провести полное обследование; 2) поставить развернутый диагноз; 3) составить план лечения с учетом терапевтической, ортопедической и хирургической патологии, а также общесоматических заболеваний.

На наш взгляд, именно такие ситуационные задачи позволят врачу увидеть состояние зубочелюстной системы в целом, проанализировать этиологические факторы и назначить комплексное лечение.

Другим не менее важным моментом в подготовке врачей-интернов является выполнение научно-исследовательской работы. В соответствии с требованиями программы по терапевтической стоматологии, в процессе одногодичной интернатуры предполагается каждому врачу-интерну написать реферата научно-исследовательского характера. Целью данной работы является дальнейшее совершенствование у молодых врачей научно-исследовательских навыков, формирование научного подхода к практическим проблемам стоматологии.

На кафедре терапевтической стоматологии разработана тематика научных рефератов с уче-

том современных методик и передовых технологий по диагностике и лечению основных стоматологических заболеваний. Следует отметить, что интерн может продолжать научно-исследовательскую работу, начатую им еще на 3 курсе во время производственной практики.

Таким образом, появляется возможность не только более глубоко изучить проблему, но и наблюдать за совершенствованием тех или иных методов диагностики и лечения, а также следить за их внедрением в практическое здравоохранение.

При выполнении научных рефератов необходимо, прежде всего, отразить состояние рассматриваемого вопроса по данным литературы и подчеркнуть актуальность проблемы. Цель работы должна определять основное направление и, желательно, отражать практическую значимость. В реферате рекомендуется отразить собственные методики исследования с последующим анализом и обсуждением полученных результатов. С целью повышения уровня теоретических знаний с врачами-интернами проводятся тематические семинары по основным разделам терапевтической стоматологии.

Таким образом, использование предлагаемых мероприятий позволит значительно оптимизировать процесс последиplomной подготовки врачей-интернов стоматологического профиля, повысить уровень выживаемости теоретических знаний, отшлифовать и закрепить мануальные навыки с учетом современных методик и передовых технологий.

ПЕРМИНОВА И.Ю., КУПРИЯНОВА Т.Л.  
МУЗ МСЧ № 17 «Строитель»,  
г. Кемерово

## РАБОТА ГОРОДСКОГО ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кемеровский городской профпатологический центр организован в апреле 1998 года, как структурное подразделение МСЧ № 17 «Строитель». Структура центра представлена двумя отделениями профилактических осмотров, клинико-экспертной комиссией, дневным стационаром.

Отделение ПМО представлено двумя бригадами — бригада врачей и м/сестер на базе 1-го отделения МСЧ № 17 и выездная бригада на базе 2-го отделения МСЧ № 17. Имея выездную бригаду, стало возможным проведение ПМО непосредственно на предприятии. Это выгодно как для работников, так и для руководителя предприятия. Доставка бригады осуществляется за счет организации.

В штатном расписании ГППЦ 6,5 врачебных ставок. Укомплектованность штатами 100 %. Коэффициент совместительства 2,16 %. Физических лиц — 10. Все специалисты имеют сертификаты по профпатологии, имеют квалификационные категории по специальности (в 90 % — 1-я категория, один кандидат медицинских наук). ГППЦ имеет лицензию на консультативную, организационно-методическую и экспертную работу. Кадровая структура центра представлена: председатель — зав. ГППЦ, зам. председателя — врач-профпатолог, ведущие специалисты — рентгенолог, ортопед-травматолог, невролог-профпатолог, зав. отд. гигиены труда ЦГСЭН, при необходимости привлекаются и

другие специалисты (нейрохирург, врач ФВД, сурдолог, дерматолог и др.).

Основная задача КЭК — определение связи заболевания с профессией, вопросы профпригодности и профориентации, разработка программ реабилитации для профбольных, отбор на санаторно-курортное лечение, оформление на МСЭ для определения процента утраты трудоспособности, отбор больных для Областного центра профпатологии. Работа профпатолога организована с 8.00 до 18.00.

В городском профпатологическом центре подлежало периодическому медицинскому осмотру 8290 человек, из них 3551 женщин. Осмотрено 8124 человека, из них 3415 женщин. Процент охвата составил 98,1 %, женщин — 96,4 %. Городской профпатологический центр, согласно совместному графику ЦГСЭН, провел целевые осмотры по градообразующим отраслям промышленности — угольная, химическая, строительная, электротехническая, машиностроение, транспортная, текстильная, здравоохранение.

Городским профпатологическим центром было осмотрено 8124 человека, из них 3415 женщины, полнота охвата составила 98,1 %. Выявлено 58 случаев профессиональной заболеваемости (55 человек, из них 23 женщины). Структура профессиональной заболеваемости по способу выявления: с ПМО — 62 %, по обращению — 38 %. Это говорит о качестве проведения периодических медицинских осмотров. В г. Москве, по отчетам 2003 года, выявляемость с ПМО и по обращению 54 %: 46 % (по материалам конгресса «Профессия и здоровье 2005»).

Если рассмотреть структуру профессиональной заболеваемости, то по-прежнему на первом месте угольная отрасль промышленности — 34,5 % выявленных профессиональных заболеваний. На 2-м месте строительная отрасль — 12 %. На 3-м месте здравоохранение 10,3 %. На 4-м месте — эл. техническая — 8,6 %. В сравнении с прошлым годом, на первом месте также была угольная отрасль, на втором текстильная и стро-

ительная, на третьем — здравоохранение и прочие отрасли.

Структура профессиональной заболеваемости по нозологии: на первом месте заболевания от физических перегрузок и перенапряжения — 59 %, на втором — нейро-сенсорная тугоухость — 14 %, на 3-м — заболевания от воздействия биологических факторов — 8,7 %. Это вирусные гепатиты, туберкулез легких и др. На 4-м месте два заболевания — вибрационная болезнь и пневмокониозы — 7 %. В прошлом году на 1-м месте были заболевания опорно-двигательного аппарата, на 2-м — заболевания органов дыхания, на 3-м — НСТ, на 4-м — проф. аллергии. Структура профессиональной заболеваемости по полу: из 58 случаев 23 женщины, Это составляет 40 %. В сравнении с прошлым годом — 33 %. Структура профессиональной заболеваемости по возрасту: с 20-29 лет — 1 случай, женщина; с 30-39 лет — 24 случая, из них 16 женщин, с 40-49 лет — 26 случаев, из них 8 женщин; с 50-59 лет — 6 случаев. Как видим, основная профессиональная заболеваемость в самом работоспособном возрасте — 30-49 лет.

Для уменьшения профессиональной заболеваемости нами была организована работа с группой риска: На прикрепленных предприятиях проводится профилактическое лечение на з/пунктах, в условиях дневного стационара с разработкой индивидуальной программы реабилитации для лиц, имеющих отклонения в состоянии здоровья, и стажированных работников. Используется комплекс лечебных мероприятий, включающий в себя медикаментозное лечение, ЛФК, массаж, мануальную терапию, иглорефлексотерапию, физиолечение, витаминотерапию и т.д. По индивидуальной программе работник получает лечение в течение всего года. Кроме того, совместно с руководством предприятий, решен вопрос о продолжении лечения в профилактории и санатории.

Ожидаемый эффект:

1. Снижение общей заболеваемости.
2. Уменьшение риска развития профессионального заболевания.

САРАНЧИНА С.В., КОПЫЛОВА И.Ф., БАБИЧУК Г.И., ВЕЖНИНА Т.В., ЛОМОВА Л.А.

*Областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу (ТБ) в Кемеровской области — одна из наиболее неблагоприятных в стране. В г. Кемерово общая заболеваемость несколько

ниже, чем средняя по области в 2004 г. (117,4 и 131,1 на 100 тысяч, соответственно), но крайне настораживает рост заболеваемости детей и подростков, высокий уровень смертности. В 2000-

2001 г. обращало на себя внимание неудовлетворительное состояние выявления ТБ в общей лечебной сети (ОЛС), низкая эффективность лечения. Врачи ОЛС не имели достаточной настороженности по отношению к ТБ, мало и на низком уровне использовалась микроскопия пат. материала на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ). Больные часто поздно обращались за мед. помощью в связи с низким уровнем сан. грамотности, а так же нередким отсутствием страхового полиса.

Неудовлетворительные исходы ТБ обуславливались высоким удельным весом поздно выявленных больных и, в еще большей степени, уклонением больных от лечения.

Центром противотуберкулезной помощи в городе является областной клинический противотуберкулезный диспансер (ОКПТД), в котором выделены 2 внештатных должности ведущих городских специалистов: фтизиатра и фтизиопедиатра, являющихся одновременно зав. диспансерных отделений соответствующего профиля. С целью повышения уровня организации противотуберкулезной работы в городе, в структуру организационно-методического отдела (ОМК) ОКПТД введен врач, ответственный за ОМР по ТБ в г. Кемерово. Целью его деятельности является планирование, координация и эффективное осуществление всей противотуберкулезной работы в г. Кемерово. Для оптимизации работы по выявлению ТБ разработан и внедрен алгоритм выполнения данного вида деятельности в ОЛС.

Составлены методические рекомендации и настольные памятки для врачей. Проведены семинары по обучению врачей ОЛС выявлению и диагностике ТБ органов дыхания и внелегочных локализаций.

Кабинеты «доврачебного» приема, где проводится скрининг больных с жалобами, подозрительными на ТБ, функционируют во всех ЛПУ. Проводится работа по выделению в ЛПУ специальных комнат для сбора мокроты больными. Определены базы для организации центров микроскопии мазка мокроты (МММ) в ОЛС, планируется оборудование их за счет общероссийской программы. Лаборанты города обучаются стандартизированной методике МММ на базе референс-лаборатории ОКПТД. Референс-лаборатория реконструирована и переоборудована в соответствии с международными требованиями.

Для привлечения внимания к проблеме ТБ и повышения санитарной грамотности населения ежегодно осуществляются акции «Белой ромашки» в виде декадников, приуроченные к Всемирному дню борьбы с ТБ. Кроме традиционных выступлений фтизиатров в СМИ, в сотрудничестве с городским центром профилактики организована рубри-

ка «Белая ромашка» в телефонном «виртуальном госпитале». Ежегодно организуется «горячая линия» по вопросам профилактики ТБ. Регулярно проводятся совещания по актуальным проблемам ТБ с участием представителей администрации и всех организаций, принимающих участие в противотуберкулезных мероприятиях в г. Кемерово.

С целью обследования на ТБ социально-дезадаптированных лиц с наиболее высокой заболеваемостью, заключено соглашение с УВД о проведении флюороосмотров (ФМО) лиц, находящихся в изоляторах временного содержания, а также в следственных изоляторах.

Для предотвращения преждевременного прекращения лечения больными, налажена система преемственности в работе между стационарным и амбулаторным этапами терапии, внедрено строго контролируемое лечение на амбулаторном этапе. Пункты лечения под непосредственным наблюдением открыты не только в ОКПТД, но и в крупных поликлиниках ОЛС города, центре социальной адаптации. Всего в городе функционируют 6 таких пунктов.

Кемеровское отделение Красного Креста открыло комнату медико-социальной помощи больным ТБ, где больным выдаются продуктовые наборы в качестве материальной стимуляции аккуратного лечения. В случае неявки больного на прием, он посещается на дому медсестрой и привлекается к лечению. Больные открытой формой ТБ, нарушающие режим лечения, а так же умышленно уклоняющиеся от обследования или лечения, привлекаются к административной или уголовной ответственности на основе законодательства РФ. В штат ОКПТД введен юрист. В штат ОМК ОКПТД включен соц. работник, осуществляющий консультативную и практическую помощь больным.

В результате комплекса проведенных мероприятий уровень организации противотуберкулезной работы в городе повысился. Улучшение работы по выявлению ТБ отражают такие показатели, как повышение охвата ФМО населения с 15-летнего возраста (с 47 % в 2001 г. до 59 % в 2004 г.), снижение уд. веса запущенных форм ТБ среди впервые выявленных лиц, с 18,3 % в 2001 г. до 10,5 % в 2004 г., соответственно. Повышение показателя заболеваемости в 2004 г. при улучшении ее структуры обусловлено улучшением выявления больных при профосмотрах. Повышение уровня организации лечения привело к сокращению удельного веса пациентов, преждевременно прекращающих химиотерапию, с 30 % до 10 %. Повысилась эффективность лечения впервые выявленных больных: частота прекращения бактериовыделения с 56 % до 72 %, закрытие полостей распада с 54 % до 62 %.

СТАРЫХ В.С.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## ЦЕЛИ ПАТЕНТОВАНИЯ ИЗОБРЕТЕНИЙ

При создании нового научно-технического решения, чтобы защитить приоритет и авторские права изобретателя, необходимо патентование. Патент на изобретение подтверждает также исключительные права патентообладателя на изобретение. Указом Президента РФ № 188 от 6 марта 1997 г. сведения о сущности изобретения, до официальной публикации информации о них, относятся к сведениям конфиденциального характера. В США, например, за преждевременную публикацию сущности изобретения с виноватого взымали штраф в размере до 10 тысяч долларов или давали два года тюремного заключения (Ю.П. Коношная, 1974).

В патентовании заинтересовано государство, учреждения — патентообладатели и изобретатели, а также общество, которое воспользуется достижениями научно-технического прогресса. К основным целям патентования относят: защиту собственного технического решения; обход технических решений, запатентованных конкурентами; реализацию результатов промышленного шпионажа; вытеснение конкурентов с рынка; введение в заблуждение относительно применимости запатентованного технического решения или реально-го заявителя. Наличие патента создает его обладателю положительный имидж в обществе.

Патент РФ на изобретение может служить также инструментом обмана и средством для отмывания результатов промышленного шпионажа (А.В. Лисовский, 2002). Патентуют изобретения, чтобы наладить производство и осуществлять торговлю товарами или услугами. При этом патентообладатель является законным монополистом. Патент на изобретение можно продать или получать прибыль от заключения лицензионных соглашений. Используют патенты на изобретения в качестве залога для получения кредитов, как инвестиции или как вклад в имущество предприятия. Патентные права могут быть переданы в депозит нотариальной конторы или банка (Ю.П. Конов, 1998). Патенты используют для повышения доходности предприятия, для внесения в качестве вклада в уставной капитал создаваемых предприятий, для улучшения имиджа предприятия, для рекламы или снижения ряда налогов (Б. Блинные, В. Дубровская, 2002). Экономические же цели автора при патентовании изобретения и уступке права на получение патента юридическому или физическому лицу заключаются в получении прибыли по договору, в котором должны содержаться сведения о формах, размерах и сроках выплаты авторского вознаграждения. Патентование обе-

спечивает автору возможность проводить научные исследования по изобретению и защищать диссертации. Публикация запатентованных технических решений, заимствованных из других источников, в любой форме от своего имени без ссылок на авторов, нарушают права изобретателя. Это относится и к диссертациям. В «Положении о порядке присуждения научным и научно-педагогическим работникам ученых степеней и присвоения научным работникам ученых званий» (Утвержденном постановлением Правительства РФ от 24 декабря 1994 г. № 1185) в п. 8 подчеркивается: «При написании диссертации соискатель обязан давать ссылки на автора и источник, откуда он заимствует материалы или отдельные результаты. При использовании в диссертации идей или разработок, принадлежащих соавторам, коллективно с которыми были написаны научные работы, соискатель обязан указать это в диссертации. В случае же использования чужого материала без ссылки на автора и источник заимствования диссертация снимается с рассмотрения, вне зависимости от стадии прохождения, без права ее повторной защиты». При этом разглашением считается огласка в различной форме в выступлениях, печатных работах, по радио, телевидению и т.п.

Патентование — это средство экономической безопасности. Патентно-лицензионная торговля одна из самых прибыльных в мире. Например, в США объем лицензионной торговли в 1950 году составлял 350 миллионов долларов, в 1980 году — 30 миллиардов, а в 1990 году — уже 400 миллиардов и продолжает увеличиваться. Выход же российских производителей на внешний рынок с конкурентоспособными товарами и услугами возможен за счет использования в них новейших изобретений. На мировом рынке наукоемкой продукции доля России составляет лишь 1 %, в то время как США — около 34 %, Японии — 30 % (И.С. Мухамедшин, 2002).

Президент России В.В. Путин на пресс-конференции 24 июня 2002 года, касаясь вопроса о присоединения России к Всемирной торговой организации (ВТО), заявил: «В условиях глобализации и открытости рынков стране невозможно эффективно развиваться, не будучи интегрированной в мирохозяйственные связи... Вступление России в ВТО естественным образом распространяет на нас правовые отношения цивилизованного мира, в том числе и на преступность». После присоединения России к ВТО, ее законам придется подчиняться. В настоящее время иностранцы интенсивно патентуют свои изобретения в Рос-

---

сии, и за использование их придется платить. Поэтому до вступления России во ВТО актуальной

становится необходимость ускорения выявления изобретений и патентования их.

СТАРЫХ В.С.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## О РЕЗУЛЬТАТАХ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ТВОРЧЕСТВА В ЛПУ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**П**о результатам приема отчетов от МУУЗ, городских и центральных районных больниц за 2004 год, главным областным специалистом по патентной работе проведен анализ состояния научно-технического творчества в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Кемеровской области. Графиком приема годовых отчетов не было предусмотрено представления сведений от областных ЛПУ, 4 межобластных центров и 11 областных центров. Поэтому настоящий анализ не касается результатов изобретательской и рационализаторской работы в них.

Выявлено, что рядом руководителей МУУЗ и ЛПУ Приказ ДОН КО № 637 от 17.09.03 г. «Об организации научно-технического творчества в лечебно-профилактических учреждениях» не исполнен: не проведены организационные совещания-семинары, не принимаются рационализаторские предложения, не выявляются и не патентуются изобретения на имя ЛПУ.

В результате значительный интеллектуальный потенциал медицинских работников ЛПУ в создании изобретений должным образом еще не используется.

Одновременно следует отметить возросшую в 2004 году активность в изобретательском творчестве в ЛПУ г. Новокузнецка, где МУУЗ провело работу по организации рационализаторской и изобретательской деятельности. Работники ЛПУ активно участвуют в создании изобретений, за год получено 28 патентов. Однако патенты не принадлежат ЛПУ, а являются собственностью ГИДУВ. Увеличилось число ЛПУ, участвующих в изобретательстве, в областном центре. Из 10 учреждений Кемерово, представивших данные, в 2004 г. четыре патента получены МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского и два МУЗ Клиническим консультативно-диагностическим центром. В истекшем году поданы заявки на изобретения:

МУЗ ДГКБ № 5, клинической поликлиникой № 5; МУЗ Клинической инфекционной больницы № 8. В Междуреченске медицинскими работниками созданы два изобретения, но патенты на них не являются собственностью ЛПУ. Врачами ЦРБ Юргинского района создано изобретение, но охранный документ принадлежит Томской медицинской академии. В Прокопьевске изобретения есть, но кому принадлежит интеллектуальная собственность (патенты на изобретения), руководителям ЛПУ не известно. Среди ЦРБ положительно следует отметить больницу Промышленновского района (главный врач Агеенко И.К.), которая подала две заявки на изобретения и по одной из них в 2004 г. принято решение о выдаче патента на имя больницы. Она станет первой из ЦРБ обладательницей интеллектуальной собственности в Кемеровской области.

Таким образом, научно-техническое творчество в ЛПУ Кемеровской области в 2004 году несколько активизировалось. Но нередко изобретательская продукция сотрудников ЛПУ (патенты) не становится интеллектуальной собственностью учреждений практического здравоохранения. В условиях намечаемого вступления России в ВТО руководителям ЛПУ необходимо осознать экономическую значимость стимулирования изобретательства и приобретения интеллектуальной собственности на имя своего учреждения. Патент не только дает право на использование изобретения, но и создает возможности заключения лицензионных соглашений или продажи патента с получением доходов.

Применение запатентованной отечественной технологии один из факторов оптимизации медицинской деятельности, а умелая организация использования высокоэффективных патентов может открыть новые дополнительные экономические возможности ЛПУ.

СТАЦЕНКО О.А.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## СОЗДАНИЕ ЛЕЧЕБНО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ПО РЕКОНСТРУКЦИИ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ СУСТАВОВ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ Г. КЕМЕРОВО

**Н**аиболее актуальной проблемой реконструктивной и малоинвазивной хирургии опорно-двигательной системы является проблема восстановления безболезненной подвижности суставов. Нарушение функции суставов отмечается у больных с ревматоидным артритом, диффузными заболеваниями соединительной ткани, врожденными аномалиями развития, обменно-дистрофическими и посттравматическими поражениями суставов.

Качество жизни пациентов в значительной степени зависит от своевременности оказания медицинской помощи и использования современных технологий. Современные методики позволяют существенно улучшить качество жизни пациентов, сохранить мобильность и избежать инвалидности.

Эндопротезирование суставов относится к «медицине высоких технологий» и показано в случаях, когда утраченная функция не компенсируется и не может быть в достаточной степени восстановлена другим методом. Следовательно, создавая службу ортопедической и лечебно-диагностической помощи при патологии суставов, необходимо максимально внедрить современные технологии диагностики и лечения.

В г. Кемерово больных с различной патологией суставов около 50 тысяч.

В г. Кемерово создан значительный потенциал для оказания медицинской помощи по самым современным технологиям. Это мощная материальная база Городской клинической больницы № 3 им. М.А. Подгорбунского г. Кемерово, квалифицированные кадры врачей и среднего медицинского персонала. Количество коек ортопедо-травматологического профиля – 120. Специалистами отделения проводится более 400 артроскопических операций в год. Больница оснащена необходимыми технологиями для эндопротезирования тазобедренного, коленного, плечевого, межфалангового и пястно-фалангового суставов. Эти методики внедряются в больницу с 1996 года. Имеются подготовленные сертифицированные ортопеды. Наличие хорошо оснащенных операционных позволяет выполнять 400 и более операций по эндопротезированию суставов в год. Эти методики позволяют добиться выздоровления тяжелых больных с патологией суставов, которые при применении

обычных методов лечения становятся инвалидами. Однако современный порядок финансирования ограничивает доступность самых эффективных медицинских технологий для социально незащищенных категорий граждан. Внедрение «медицины высоких технологий» сдерживается недостаточным бюджетным финансированием. Это ограничивает ее доступность для детей, инвалидов, лиц пенсионного возраста. Для страховых организаций занимающихся добровольным медицинским страхованием, данная категория населения г. Кемерово в силу высоких страховых рисков пока особых интересов не представляет. Использование эндопротезирования в ортопедии и других комплексных лечебно-диагностических методик для оказания медицинской помощи по абсолютным показаниям социально незащищенным группам населения области обеспечит систему равной доступности этих услуг по жизненно важным показаниям.

Дороговизна и сложность оборудования для эндопротезирования суставов и артроскопических технологий диктует необходимость концентрации его в одном месте, что позволит избежать дублирования его и сэкономить бюджетные средства.

После неоднократно проводимого традиционного лечения и диспансерного наблюдения на фоне высокой инвалидизации и резкого снижения качества жизни идет также увеличение бюджетных выплат по социальным пособиям и пенсиям. Прямое же финансирование ортопедических технологий эндопротезирования суставов даст прямой и косвенный эффект как для здравоохранения, так и для социальной сферы города в целом.

Реализация задач данного мероприятия позволит:

1. Повысить медицинские, социальные и экономические результаты при применении «медицины высоких технологий».
2. Снизить летальность и инвалидизацию населения.
3. Включить в трудовую деятельность излеченных пациентов.
4. Сократить социальные выплаты по временной и стойкой нетрудоспособности.
5. Улучшить качество жизни людей с патологией суставов.

## ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**О**бъективная оценка качества оказания стоматологической помощи населению возможна с применением внутриведомственной и вневедомственной экспертизы, проводимой по единой методике, согласно созданной в Кемеровской области системы управления обеспечением качества. Основой системы управления является изучение и оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг.

В ходе многоуровневого социологического исследования среди участников оказания стоматологической помощи и ее потребителей проведено анкетирование 232 пациентов ГКСП № 1 г. Кемерово.

Оценка удовлетворенности пациентов осуществлялась по следующим позициям: доступность амбулаторной стоматологической помощи (организационные аспекты); профессионализм врачей и среднего медицинского персонала; состояние материально-технического, технологического и лекарственного обеспечения; состояние санитарно-противоэпидемического режима; соблюдение этических и деонтологических норм медицинским персоналом; адекватность стоматологической помощи.

Использовалась универсальная пятибалльная шкала, на основании которой суммировались оценки позиций. После статистической обработки данных получены следующие результаты.

Рейтинг организации (доступности) стоматологической помощи в учреждении (режим работы поликлиники, работа регистратуры, организация приема врачей, ожидание и оказание неотложной помощи) по оценкам пациентов, составил 5 баллов. Наивысший уровень по этим позициям анкеты отметили 88,1 % респондентов.

Квалификация и профессионализм врачей, согласно определения владением методиками диагностики и лечения, включая обезболивание, обозначены также пятибалльной оценкой (85,9 % опрошенных). Такого же мнения пациенты о квалификации и профессионализме среднего медперсонала (87,2 %).

К санитарно-гигиеническим условиям в учреждении не имеют претензий 89,4 % пациен-

тов, что также соответствует наивысшей оценке по шкале.

Мнение пациентов о состоянии материально-технического обеспечения поликлиники разделилось: 72,6 % полагают, что учреждение хорошо обеспечено современным оборудованием и технологиями лечения, 15,1 % считают имеющийся уровень обеспеченности выше среднего, 10,3 % — называют его удовлетворительным и лишь 2,0 % — плохим. Вероятно, такое многообразие и полярность мнений обусловлены разным уровнем получения стоматологической помощи среди опрошенных пациентов (ОМС, ДМС и платные услуги), что было не предусмотрено при составлении анкеты. Тем не менее, балльная оценка этой составляющей части опроса составила 4 балла.

Вежливость и внимательность врачей и среднего медперсонала отмечена подавляющим большинством потребителей стоматологических услуг — 96,7 % (5 баллов).

Оценка адекватности оказания стоматологической помощи (определение достаточности обследования и лечения) вызвала наибольшее затруднение среди анкетированных. Не смогли определиться с мнением по данной позиции 28,5 % пациентов, однако 70,1 % все же сочли стоматологическую помощь адекватной (4 балла).

Таким образом, оценка удовлетворенности пациентов качеством стоматологической помощи в МУЗ ГКСП № 1 г. Кемерово в 2004 году составила 38 баллов из 40 возможных.

Итоги анкетирования рассматривали как начальный этап определения удовлетворенности пациентов качеством стоматологической помощи. Для углубленной оценки качества по вышеперечисленным позициям использовались соответствующие объективные критерии. Оценка ситуации в таком случае проводилась с участием экспертов.

Тем не менее, результаты данного исследования позволили изучить мнение населения о ходе реформирования стоматологической службы на примере конкретного учреждения, определить причины существующих проблем, наметить пути и механизмы их решения.

ТЕМЕРХАНОВА Л.И., МАЛИН М.В.  
МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ В КРУПНОМ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ

Оказание медицинской помощи лицам пожилого возраста и гражданам, относящимся к контингенту особого внимания в рамках программы госгарантий, является важной, социально-значимой задачей.

МУЗ «Клиническая поликлиника № 5» является крупным амбулаторно-поликлиническим учреждением, мощностью более 2000 посещений в день, в составе которого головная поликлиника, две женские консультации, поликлиническое отделение, обслуживающее работников промышленных предприятий Ленинского района, и 6 здравпунктов, расположенных на предприятиях, организациях и в учебных заведениях города.

Штатная численность персонала составляет 912 человек. Численность прикрепленного населения — 91600, по всеобщности 124000 человек.

Проживает на территории обслуживания поликлиники 32089 чел. пожилого возраста (28 % от прикрепленного населения), из инвалидов 1 и 2 группы 3602 человек. Численность КОВ составляет 3828 человек.

В течение 2003-2004 гг. проводилась диспансеризация граждан, относящихся к данной категории, в соответствии с периодичностью и объемом. Все пациенты данной категории внесены в соответствующую базу данных.

Диспансеризация начинается с активного посещения данной группы пациентов участковым врачом или по обращаемости в поликлинику. В случае обращения этих лиц в поликлинику, в листах самозаписи участковых врачей и врачей-специалистов зарезервировано свободное время для их приема. Для данной группы пациентов не существует очередности в прохождении лабораторных и инструментальных исследований. Пациенты выделены в отдельные «потоки», расширен временной интервал проведения обследований в течение дня.

При проведении диспансеризации лиц пожилого возраста и КОВ мы в первую очередь проводим работу с немобильными пациентами, общее число которых на территории обслуживания поликлиники 1320 человек.

Количество немобильных пациентов КОВ составляет 740 человек. В каждом из 6-ти терапевтических отделений составлен план-график оказания выездной медицинской помощи. Ежедневная бригада, состоящая из терапевта, хирурга,

невролога, окулиста и отоларинголога, посещает 8 пациентов.

Еженедельно проводятся лабораторные исследования и запись ЭКГ у 20 пациентов. Таким образом, в течение пяти месяцев нам удастся провести диспансеризацию всех немобильных 740 граждан, относящихся к КОВ.

Участковые терапевты и врачи-специалисты работают в тесном контакте с геронтологической службой поликлиники, в составе которой 3 врача-гериатра, многие диспансерные больные проходят курсы лечения и реабилитации непосредственно у гериатров, минуя своего участкового терапевта, что практически во всех случаях оправдано. Специалисты-геронтологи, помимо талона диспансеризации, планируют свою работу с КОВ по медико-реабилитационной карте, которую разработали и внедрили специалисты поликлиники. За 2002 г. врачами-гериатрами осмотрено 6976 пациентов пожилого возраста, в 2003 г. — 7837 чел., в 2004 году — 9093 человек.

Специализированную помощь женщинам старше 60 лет оказывают гинеколог-геронтолог (2002 г. — осмотрено 325 женщин, 2003 г. — 385, 2004 г. — 537 пациенток пожилого возраста) и маммолог-геронтолог, прием которого был организован совместно с диагностическим центром, в течение 2004 года было обследовано и пролечено 128 женщин с патологией молочных желез, особенно гормоноактивных опухолей.

Активно в оказании медицинской помощи лицам пожилого возраста и КОВ, в поликлинике используются такие стационарозамещающие технологии, как терапевтический и неврологический дневной стационар, стационар на дому, центр амбулаторной хирургии. В 2004 году, учитывая недостаточное количество мест для плановой госпитализации в ЛПУ города и наличие так называемого «дострахования» в них, в поликлинике организовали две специализированные геронтологические койки на базе дневного стационара, на которых дополнительно было пролечено 103 пациента старше 65 лет и КОВ. Всего в дневном стационаре поликлиники прошли курс лечения пациентов данной категории 595 — 2002 г., 636 — 2003 г., 739 — 2004 г.

Для улучшения качества и увеличения доступности оказания специализированной медицинской помощи, в поликлинике в 2005 году организован

дневной стационар офтальмологического профиля. На базе этого подразделения поликлиники получают квалифицированную медицинскую помощь пациенты, находящиеся на этапе долечивания после оперативных вмешательств с диагнозами: катаракта, глаукома, а также сосудистыми осложнениями заболеваний глаза и его придатков, в том числе такого «грозного», как диабетическая ретинопатия.

За 2004 год осмотрено всего 3521 пациент КОВ (92%) и проведена комплексная диспансеризация из них у 2938 человек, что составило 76 % от общего количества пациентов этой группы, количество немобильных из них составило 742 человека. Осмотрено 657 пациентов (86 %). Не прошли диспансеризацию только не явившиеся и фактически не проживающие на территории обслуживания поликлиники

Таким образом, нам удалось добиться значительного улучшения качества оказания специализированной медицинской помощи для лиц пожилого возраста. А категория граждан, отнесенных к КОВ, получает квалифицированную медицинскую помощь в рамках системы государственных гарантий, при отсутствии очередности.

Благодаря проведенной работе, нам удалось снизить показатель экстренной госпитализации у пациентов КОВ с 89,7 в 2003 году до 87,5 в 2004 году, а процент вызовов на ССМП за 2004 г., в сравнении с 2003 г., этой категории граждан снизился на 5,5 %, что является одним из показателей эффективности деятельности поликлиники.

Проводя анализ деятельности ЛПУ по работе со старшим поколением, нельзя не остановиться на вопросе выполнения федерального закона № 122 «О монетизации льгот гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг». На территории обслуживания Клинической поликлиники № 5 проживает 17202 граждан, имеющих право на получение льготного лекарственного и санаторно-курортного лечения. Подавляющее большинство которых – лица старше 65 лет (87 %). Из них:

- льготу федерального уровня – 9670;
- льготников областного уровня – 4250;
- льготников муниципального уровня – 3287.

В процессе выписки рецептов на льготное лекарственное обеспечение задействовано 123 врача, ведущих прием. Для сокращения времени оформления рецепта, их учета и достоверного формирования заявки в аптеку на необходимые лекарственные средства, в нашей поликлинике организован отдел по работе с льготной категорией граждан, в котором работают 10 операторов ПК, провизор и врач, организующий общее руководство отделом. В поликлинике создана компьютерная «сеть», объединяющая 20 ПК, в том числе ПК отдела учета льгот, с единой базой данных на сервере. Оформление льготного рецептурного бланка производится в день обращения пациента за медицинской помощью, на основании назначений врача в амбулаторной карте, которую с прихода в отдел доставляет медицинская сестра. При этом в бланке рецепта заполняется как паспортная часть, так и часть, содержащая наименование, количество и правила назначения лекарственного средства. После оформления рецепта врач только проверяет правильность его заполнения, ставит подпись и личную печать. Считаем, что, организовав таким образом работу в поликлинике по льготному лекарственному обеспечению, мы максимально уменьшили нагрузку на врачей, ведущих прием больных, освободив их от рутинной, «механической» работы.

В течение первого месяца работы по программе «Льгота 2005» в нашей поликлинике оформлено более 17000 льготных рецептов, что в 3,5 раза больше, чем до принятия ФЗ № 122. В среднем, 550-600 рецептов в день. Таким образом, значительно большее количество наших пациентов стали иметь реальную возможность получить базисную терапию, что в конечном итоге положительно скажется на качестве их жизни.

Проводя анализ нашей работы за 2003 год и 2004 год, следует отметить, что диспансеризация лиц пожилого возраста и КОВ, а также улучшение доступности в оказании им медицинской помощи, в том числе специализированной, является важной социально-значимой задачей и позволяет улучшить показатели здоровья, а также увеличить продолжительность жизни данной категории граждан.

ТЕМЕРХАНОВА Л.И., ВОЛКОВА Т.П., ВЕРШКОВА О.С.  
МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## ОПЫТ РАБОТЫ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Муниципальное учреждение здравоохранения Клиническая поликлиника № 5 – единственная территориальная поликлиника, которая сохранила цеховую службу

по оказанию медицинской помощи медицинским работникам лечебно-профилактических муниципальных учреждений Центрального и Ленинского районов г. Кемерово.

В течение 26 лет цеховой врач оказывает медицинскую помощь сотрудникам таких лечебно-профилактических учреждений, как МУЗ ДКБ № 7, МУЗ № 8 Инфекционная больница, Психоневрологический санаторий «Искорка», Пульмосанаторий «Чайка», Ортопедический санаторий, ГССМП, ЦМДКБ. Всего прикреплено 1900 человек. Главное направление в работе — профилактика.

Это динамическое наблюдение за состоянием здоровья медицинских работников в условиях воздействия неблагоприятных факторов, в числе которых высокие психоэмоциональные нагрузки, повышение инфекционной опасности, работа в ночную смену, контакт с фармакологическими и химическими веществами, ионизирующая радиация, долгое время пребывания в рабочей позе и др.

Своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление соматических заболеваний. С профилактической целью проводятся периодические целевые медицинские осмотры. Процент охвата периодическими медицинскими осмотрами: 2002 г. — 97,8 %, 2003 г. — 98,5 %, 2004 г. — 98,8 %. Выявлено с подозрением на профзаболевания 3 человека, у 2-х из них диагноз подтверждается. Трудоустроено вне контакта с вредными факторами 7 человек.

Ежегодно для медицинских работников выделяны консультативные приемы: окулиста, невролога, отоларинголога, гинеколога. Амбулаторный прием цеховой врач ведет в головной поликлинике и филиалах по скользящему графику.

Заболеваемость строго контролируется. Все больничные листы фиксируются в АСУ отделения, в том числе выдаваемые по месту жительства и в других городах.

Для проведения профилактического планового лечения используется Дневной стационар, что позволяет проводить лечебные мероприятия без отрыва от производства. За 3 года пролечено 612 человек. Большой экономический эффект достигнут за счет снижения заболеваемости гриппом в результате проведения профилактических прививок. Привито 65 % (1235 человек). Заболеваемость снизилась в последние 3 года в 2 раза. Для группы часто и длительно болеющих составлен план реабилитации, включающий одновременно ЛФК, массаж, кислородный коктейль, физиотерапевтические методики, базисную фармакотерапию.

Все это позволяет снизить заболеваемость с временной утратой нетрудоспособности. За 3 года снижение заболеваемости: в случаях — 311; в днях — 3143; среднее пребывание — 10,11; первичный выход на инвалидность — 0.

Таким образом, в клинической поликлинике № 5 проводятся реабилитационные мероприятия, включающие в себя весь спектр восстановительного лечения по месту работы без отрыва от производства. Знание профессиональных условий труда, социально-бытовых факторов позволяет цеховому врачу сохранять здоровье и работоспособность медицинских работников для оказания квалифицированной медицинской помощи населению г. Кемерово.

ФРОЛОВ Е.Б.

*МУ Управление здравоохранения г. Кемерово*

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА Г. КЕМЕРОВО В 2004 Г.

**Х**ирургический коечный фонд представлен 245 койками в шести хирургических отделениях города. В ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского отделение общей хирургии на 60 коек, отделение печеночной хирургии на 40 коек. В ГБ № 2 отделение рассчитано на 60 коек, в ГБ № 11 — 60 коек, в ГБ № 15 — 25 коек. Все отделения несут по графику дежурства по экстренной хирургии.

По гнойной хирургии дежурят хирургические отделения МСЧ № 12, ГБ № 2, ГБ № 11. Все отделения выполняют плановую хирургическую работу.

Обеспеченность населения больничными койками в 2004 году составила 0,65 на 1000 человек, как и в 2003 году. Уровень госпитализации несколько увеличился, по сравнению с 2003 годом, и составил 19,0 (в 2003 году — 18,9). Соотноше-

ние плановых и экстренных больных на прежнем уровне, 20 % и 80 %, соответственно.

Хирургическая койка в 2004 году работала интенсивнее, и в среднем по городу составила 342 дня при среднем пребывании 11,2 дня (11,3 в 2003 году).

За 2004 год пролечено 6570 больных, из них прооперированно 4076 человека, оперативная активность составила 62,3 %.

Операций с применением новых медицинских технологий выполнено 865, такие как лапароскопические холецистэктомии, аппендэктомии, ушивание прободных язв, грыжесечения.

Внедрение новых медицинских технологий в городе Кемерово проходило на базе разных хирургических отделений, что позволило сконцентрировать силы и средства. Так образовались городские центры хирургии.

Областной гепатологический центр организован на базе городской клинической больницы № 3 им. М.А. Подгорбунского более 30 лет назад. Здесь в последние годы внедрено много новых методов лечения желчно-каменной болезни, заболеваний печени и поджелудочной железы. Широко применяются лапароскопические и эндоскопические вмешательства, малоинвазивные операции. Многие научные достижения обобщены в виде докторской и кандидатских диссертаций.

За год в гепатологическом центре проводится более тысячи операций. Так, в 2004 году выполнено 1278 операций, из них лапароскопических холецистэктомий – 671, операций высшей категории сложности – 96. Малоинвазивных вмешательств под УЗИ проводится 726.

Учитывая специфику заболевания сосудов, для эффективного хирургического лечения этой патологии 4 года назад был создан городской сосудистый центр на базе отделения сердечно-сосудистой хирургии Кемеровского кардиоцентра.

В центр направляются больные с сосудистой патологией из поликлиник города. Врачи центра круглосуточно дежурят по экстренной сосудистой патологии и выезжают по вызову в другие лечебные учреждения города.

Для лечения у больных вентральных грыж с тяжелой сопутствующей патологией 3 года назад создан городской герниологический центр на базе хирургического отделения ГКБ № 3. За это время прооперировано более 426 больных с вентральными грыжами. Врачи центра внедрили новый метод хирургического лечения с применением аллотрансплантата. Широко применяется метод лапароскопического лечения грыж, что позволяет уменьшить пребывание больного на койке.

На базе хирургического отделения ГБ № 2 создан центр метаболической хирургии, где лечатся больные с патологией печени и другие заболевания. Центры амбулаторной хирургии созданы на базе поликлинических хирургических отделений поликлиники № 5, ГБ № 1, ГБ № 2. Здесь организованы все необходимые условия для работы. Хороший операционный блок, наличие палат послеоперационного наблюдения, что позволяет проводить в центре такие операции, как грыжесечение, малая венэктомия, ряд косметических операций.

Считаем, что создание центров позволяет внедрять современные высокие технологии в хирургии, эффективно лечить больных и заниматься научной деятельностью.

ЧЕКУШИН Р.Х.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

**С**остояние репродуктивного здоровья подростков в настоящее время является одной из немногих тем, наиболее обсуждаемых не только среди специалистов, но и широкой общественностью.

Здоровье нации определяется главным образом здоровьем лиц фертильного возраста. Репродуктивное здоровье является важнейшей частью общего здоровья и занимает центральное место в развитии человека. Репродуктивное здоровье касается личных и в высшей степени ценных аспектов жизни. Являясь отражением качества здоровья в детском и подростковом возрасте, поддерживая воспроизводство, оно также создает основу для обеспечения здоровья по прошествии репродуктивных лет жизни, как женщин, так и мужчин, и определяет последствия, передаваемые от поколения к поколению.

Здоровье человека зависит от здоровья его родителей, условий их труда, экологической ситуации в конкретном регионе, социально-эконо-

мических условий, а также качества, объема и доступности медико-консультативной и лечебной помощи населению.

В последние годы отмечается тенденция роста числа случаев врожденных аномалий развития ребенка, что предопределяет психологический комфорт в семье, затраты государства на медицинскую и социальную реабилитацию детей с врожденной патологией. Вместе с тем, создание семьи, характер межличностных отношений, как правило, не определяется наличием скрытых генетических дефектов, хронических заболеваний, наркомании, алкоголизма у лиц, вступающих в брак, что нередко приводит к распаду семьи, нарушению ее психического равновесия.

Семейным законодательством РФ предусмотрено добровольное медицинское обследование лиц вступающих в брак, а также консультирование по медико-генетическим вопросам и вопросам планирования семьи (статья 15 СК РФ). Данный

вид медико-консультативной помощи должен осуществляться учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения по месту жительства совершенно бесплатно.

В нашей стране существует сеть специализированных медицинских служб – медико-генетических консультаций (МГК), призванных осуществлять диагностику наследственно обусловленных форм патологии. Однако особенностью МГК является тот факт, что в подавляющем большинстве случаев консультативная помощь населению оказывается в связи с обращениями по уже имеющимся фактам наличия наследственного отягощения в семье, т.е. ретроспективно. Кроме того, МГК зачастую консультирует только по вопросам наследственных патологий. Таким образом, фактически нереализуемым остается важнейший аспект проблемы сохранения здоровья населения в части проспективной диагностики различных патологий (не только наследственных, но в конечном итоге приводящим к аномалиям у ребенка) на донозологическом уровне.

В этом направлении есть необходимость создания сети учреждений по работе в области плани-

рования здоровой семьи, где будущие молодожены смогли бы пройти медицинское обследование, получить необходимые консультации соответствующих специалистов. Есть необходимость повышения санитарно-просветительной работы, привития у молодежи осознанного отношения к своему здоровью, здоровью партнера и, как результат, к здоровью будущего потомства.

Следует подчеркнуть, что наличие даже тяжелого и неизлечимого заболевания, неспособность к деторождению не лишают лицо брачной правосубъективности, а лишь предполагают заблаговременное уведомление об этом партнера. Если он не изменит своего решения, нет препятствий для регистрации брака, но выбор будет уже подлинно свободный, следовательно, гарантирует устойчивость брака. Количество браков, нежелательных с позиций биофизических качеств будущих супругов и заключаемых в силу неосведомленности одного или обоих супругов о негативных последствиях их брака, достаточно велико, а доставляющие моральные и материальные издержки не идут ни в какое сравнение с расходами на медицинское обследование лиц, вступающих в брак.

ШЕЛЕПАНОВА О.А., ТОРГАШИНА Л.В., ДУБЕНСКИЙ Ю.Ф.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1,  
г. Кемерово*

## ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В КАЧЕСТВЕ ПОМОЩНИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ТЕРАПЕВТА

**П**овышение производительности труда врача-стоматолога по-прежнему остается актуальным во всех странах мира. Кроме оснащения рабочего места современным оборудованием, высокотехнологичными установками, высококачественным инструментарием, внедрением новейших методик и технологий, значительный резерв в повышении производительности труда стоматолога лежит в совершенствовании организации самого стоматологического приема и использовании вспомогательного персонала (Садовский В.В., 1999).

Определяющее значение помощника врача-стоматолога состоит в том, что он высвобождает время врача для более сложных процедур, требующих высокой квалификации. Так, по мнению П.Г. Дауге (1924), эффективность работы стоматолога на 50 % выше, если он работает с медсестрой, а по данным Йончева Е. (1974), стоматолог, работая без сестры, выполняет лишь 35,3 % потенциальных норм. А если учесть современный уровень стоматологии, когда необходимо строго соблюдать технологии пломбирования светоот-

верждаемыми материалами, работа слюноотсосом и пылесосом, требования к инфекционному контролю и т.д., то просто невозможно качественно работать без вспомогательного персонала. В литературе описано 2 основных типа ассистентов стоматолога:

- только околослужебная деятельность – подготовка инструментов, заполнение анкет, работа с вакуумными системами и др.;
- частичное выполнение врачебных действий.

Если в Западных странах уже давно ведется подготовка вспомогательного персонала различного уровня (от одного года до 4-х лет), то в нашей стране эта система пока еще не отлажена и готовятся в основном медицинские сестры. Для работы в стоматологических учреждениях нужна их переподготовка.

На наш взгляд, очень своевременным является введение производственной практики у студентов 3 курса в качестве помощника врача-стоматолога терапевта. К началу производственной практики студенты уже знают все материаловедение, стоматологический инструментарий, умеют проводить



обследование пациента, диагностировать и лечить заболевания зубов, осуществлять профессиональную гигиену и т.д., поэтому студенты могут в полном объеме выполнять должностные обязанности ассистента врача-стоматолога:

- проводить подготовку рабочего места к приему врача;
- готовить необходимый инструментарий, медикаменты, пломбирочный материал;
- осуществлять вызов больного;
- усаживать и обеспечивать комфортное положение пациента в кресле, как для него самого, так и для врача;
- приглашать врача-стоматолога к пациенту по мере его готовности;
- настраивать стоматологический светильник;
- подавать инструментарий врачу;
- обеспечивать профилактику инфекционного заражения пациента и персонала;
- работать со слюноотсосом и пылесосом;
- самостоятельно проводить гигиенические мероприятия, определять индексы и совместно с врачом осуществлять оценку эффективности проводимых профилактических мероприятий;
- назначать пациента на повторное посещение;
- осуществлять заполнение зубной формулы и помогать врачу в оформлении медицинской документации;
- проводить санитарно-просветительную работу с пациентом во время приема.

Помимо этого, студентам, как будущим врачам, уже можно доверять некоторые манипуля-

ции в полости рта пациента. Какие это манипуляции, определяет чаще сам врач. По мнению различных авторов на помощника врача можно возложить снятие зубных отложений, местное применение фторсодержащих препаратов, полировку пломб, проведение инфильтрационной анестезии, аппликации и орошения, некоторые физиотерапевтические и диагностические процедуры: электроодонтодиагностику, электрофорез, вакуум-массаж, рентгенологическое обследование и т.д.

Преимущества данной практики в том, что будущие врачи уже со студенческой скамьи будут иметь представление о работе «в четыре руки». Работа с опытным врачом будет способствовать развитию клинического мышления, поможет студентам легче ориентироваться в любой клинической ситуации. Кроме того, наблюдение за действиями доктора будет способствовать закреплению теоретических знаний, а выполнение некоторых процедур в полости рта пациента – развитию мануальных навыков.

Еще одним достоинством является то, что после практики, приобретя уже определенный опыт работы, студенты смогут во внеурочное время работать ассистентами врачей-стоматологов в клиниках города, а это, в свою очередь, поможет решить проблему кадров.

Без сомнения, практика в качестве помощника врача-стоматолога терапевта в будущем позволит студентам избежать многих ошибок на клиническом приеме.

ЮФЕРОВА Г.В., ВОЛКОВА Т.П.  
МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В МУЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ № 5

Специализированный кардиоревматологический прием был организован в поликлинике № 5 в 1968 году, затем в 1976 году, в связи с разделением кардиологической и ревматологической службы, был создан самостоятельный ревматологический кабинет.

В последние годы возрастает нагрузка на ревматологическом приеме, в связи с особенностью ведения больных с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани, и возросшим объемом диагностической и лечебной работы. Врачом кабинета осуществляется диспансерное наблюдение, консультативный прием и консультации пациентов на дому.

Количество посещений ежегодно возрастает. Так, в 2003 году было принято 3589 человек, в

2004 г. – 3720 человек (рост на 3,5 %). Количество консультаций на дому ежегодно составляет 60-70 человек. Нагрузка на приеме 3 человека в час, на дому 1,2 человека в час.

В нозологической структуре принятых больных первое место занимает остеопороз – 81 %; второе ревматоидный артрит – 9 %; третье ревматизм – 7 %; четвертое болезнь Бехтерева и подагра – 1,7 %; прочие – 1,3 %.

Среди принятых больных большую часть составляют пациенты старше 35 лет, чаще обращаются женщины, процент работающих 50-52 %.

Диспансеризации у ревматолога подлежат, в первую очередь, пациенты трудоспособного возраста, как работающие, так и инвалиды III-II группы. Активное лечение и реабилитация этих

больных проводится с целью возвращения пациента к трудовой и социально-активной жизни.

За последние три года снизился процент выдачи больничных листов с 13,1 % до 8 %, среднее пребывание на больничном листе – с 24,4 до 14,8 дней. Это можно объяснить использованием в лечебном процессе внутрисуставных инъекций гормональных средств, своевременной госпитализацией больных.

В группе первично вышедших на инвалидность ревматических больных большую часть составляют пациенты старше 55 лет: длительно болеющие, с наличием нескольких сопутствующих заболеваний. Среди них так же преобладают пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы.

Ревматолог проводит организационно-методическую работу, принимая участие во врачебных конференциях по различным темам: первичная и вторичная профилактика ревматизма, ведение больных с ревматизмом, острыми тонзиллитами, анализ амбулаторных карт, диагностика и лечение остеопороза, ревматические заболевания и особенности их лечения у пожилых пациентов.

Для диагностики заболеваний в поликлинике имеется достаточное количество лабораторных тестов и инструментальных методов исследования (ультразвуковое исследование сердца, исследование крови на мочевую кислоту, LE-клетки), освоена методика определения лейкоцитарной

формулы мочи для больных с системной красной волчанкой.

В лечении ревматоидного артрита стали широко использоваться в качестве базисной терапии цитостатики, короткие курсы гормонов, МРТ-терапия. Для лечения синовитов при различных заболеваниях суставов и околоуставных тканей проводятся внутрисуставные и параартикулярные инъекции стероидов. Для диагностики остеопороза проводится компьютерная денситометрия на базе диагностического центра.

В перспективе планируется:

- более широкое использование компьютерной денситометрии;
- использование методов исследования синовиальной жидкости (микроскопия, исследование на микрофлору);
- использование магнитнорезонансной томографии для уточнения диагноза;
- применение в условиях физиотерапевтического отделения аппарата «УГУЛЬ» для занятий лечебной физкультурой;
- применение МРТ-терапии;
- использование в практике психологической реабилитации пациентов для социальной адаптации.

Комплексный подход с применением новых технологий позволяет уменьшить заболеваемость, увеличить длительность ремиссии ревматологических больных на амбулаторном этапе.



---

РАЗДЕЛ II.  
ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ



## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В РАЗЛИЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ Г. КЕМЕРОВО

**В**о всех промышленно развитых странах хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет большую медицинскую и социальную проблему, т.к. входит в число лидирующих по нетрудоспособности, причинам инвалидности, и занимает четвертое место среди причин смерти. Неполная информация о причинах и распространенности ХОБЛ является большой проблемой, а данные официальной статистики не отражают истинного положения, т.к. заболевание чаще распознается на поздних стадиях.

Общемировая распространенность ХОБЛ составляет 9,34 на 1000 мужчин и 7,33 на 1000 женщин. Российские данные по распространенности хронического бронхита широко варьируют в различных регионах, от 62,5 на 1000 в Алтайском крае до 4,9 на 1000 в Ингушетии. В Кемерово этот показатель на протяжении многих лет составляет 19-20 на 1000 населения. ХОБЛ в нашем городе стала регистрироваться как отдельная нозологическая единица только в последние 2-3 года, и составляет 5-5,3 на 1000.

ХОБЛ является заболеванием, возникновение и развитие которого детерминируется рядом социальных, экологических, профессиональных и медико-биологических факторов. В условиях крупного индустриального центра, со своими климатическими, экологическими и производственными характеристиками, могут варьировать не только частота и распространенность факторов риска, но и их значимость в патогенезе заболевания.

Несмотря на безусловную роль курения в развитии ХОБЛ, бронхиальная обструкция развивается только у части заядлых курильщиков, то есть формирование болезни определяется не одним, а совокупностью экзогенных и эндогенных факторов.

В городе Кемерово с 2001 года проводился скрининг, направленный на выявление ранних форм ХОБЛ и ее факторов риска в различных профессиональных группах. Обследовано 2321 человек в возрасте от 18 до 80 лет, работающих на различных предприятиях города: 1133 — на КОО «Азот», 175 — на ГРЭС, 170 — на

автотранспортном предприятии (АТП), 299 — работники железной дороги (ЖД), 400 — работающие в системе ГУИН, 144 — медицинские работники. Была выявлена распространенность курения в общей группе обследуемых 70,3 % у мужчин и 23,2 % у женщин, достоверно чаще среди мужчин курят работники АТП, среди женщин — медицинские работники. Возраст начала курения у мужчин составил 21 лет, у женщин 23,5 лет, и опять самый ранний возраст начала курения выявлен у мужчин, работающих на АТП — 17,2 лет. Частота пассивного курения составила 16,9 % у мужчин и 39,4 % у женщин, т.е. женщины подвергаются воздействию табачного дыма, как в быту, так и на работе, в 2,5 раза чаще, чем мужчины.

Проанализированы наиболее часто встречающиеся факторы риска ХОБЛ: частые простудные заболевания, наличие аллергии в анамнезе, патология ЛОР-органов, перенесенные пневмонии, печное отопление, подземный или химический стаж более 7 лет, наличие бронхообструктивных заболеваний у близких родственников. Оказалось, что у мужчин наиболее часто встречаются перенесенные пневмонии — 23,8 % и заболевания ЛОР-органов — 16,8 %, у женщин — аллергия в анамнезе — 26,5 %, заболевания ЛОР-органов — 23,2 % и перенесенные пневмонии — 19 %. Пневмонии чаще встречаются у работников ЖД и АТП, патология ЛОР-органов и аллергия — у медицинских работников. Бронхообструктивные заболевания у близких родственников чаще отмечают медицинские работники, подземный стаж более 7 лет — работники АТП и энергетики.

Поскольку ХОБЛ является экологически детерминированным заболеванием, именно частота и интенсивность факторов риска в различных профессиональных группах должны стать ориентирами в направленности профилактических мероприятий.

Комплексная скрининг-диагностика ранних форм ХОБЛ на этапах амбулаторной и цеховой службы должна предусматривать учет основных факторов риска и определение интенсивности табакокурения, с внесением индекса пачек-лет в основную медицинскую документацию.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ГЕМОКОНТАКТНЫМ  
ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТАМ «В» И «С» В Г. КЕМЕРОВО

Эпидемическая ситуация по гемоконтактным вирусным гепатитам В и С в г. Кемерово за последние 13 лет (1991-2004 гг.) существенно изменилась. В начале 90-х годов эпидемическая ситуация по ВГВ была относительно благополучной, показатели заболеваемости острым ВГВ на 100 тыс. населения в этот период были в пределах 28-35. С 1993 г. обозначилась тенденция к росту острого ВГВ и к середине 90-х годов (1995г.) заболеваемость острого манифестного ВГВ достигла максимального показателя 104,8 на 100 тыс. населения. Таким образом, заболеваемость выросла почти в 4 раза. Заболеваемость ОВГВ удерживалась на высоком уровне в течение 4 лет (91,8-61,4 на 100 тыс. населения) вплоть до 2001 года. Но уже в конце 90-х годов наметилась тенденция к снижению заболеваемости ОВГВ, а в 2004 году показатель снизился до 15,7 на 100 тыс. населения.

Официальная регистрация вирусного гепатита С начата с 1994 года, когда практической службе были предложены тест-системы для выявления анти-ВГС. Начало диагностики ВГС совпало с периодом роста манифестных форм ВГВ и вероятно ВГС. Максимальная инцидентность ВГС выявлена в 1999 году и составила 22,0 на 100 тыс. населения. Так же, как и при ОВГВ, в последние годы наблюдается снижение заболеваемости ОВГС до 4,5 на 100 тыс. населения в 2004 г.

На фоне снижения заболеваемости населения ОВГВ и С, отмечается увеличение заболеваемости населения хроническими формами вирусного гепатита, в основном за счет хронического вирусного гепатита С. Официальная регистрация хронических форм вирусных гепатитов введена с 1999 г. постановлением Госкомстата.

В настоящее время установлено, что заболеваемость впервые выявленными хроническими формами ВГВ регистрируется на относительно стабильном уровне и составляет 20-23 случаев на 100 тыс. населения в год. Заболеваемость населения хроническими формами ВГС оказалась в 1,5-2,5 раза выше по сравнению с хроническими формами ВГВ и составляет 30-53 случая на 100 тыс. населения в год. Кроме того, в последние 3 года отмечается рост в 1,8 раза хронических форм ВГС среди населения (с 29,5 на 100 тыс. населения в 2002 г. до 53,8 на 100 тыс. населения в 2004 г.).

Одновременно изменилось количество лиц без клинических проявлений с выявленными НВsAg и анти-ВГС. За 10 лет динамика выявления так называемых «носителей» НВsAg претерпела определенные изменения. Показатели «носительства» НВsAg, после роста в конце 90-х годов, стабилизировались на высоком уровне 160-168 на 100 тыс. населения. А в 2004 г. отмечено снижение «носительства» НВsAg на 26 % (с 167,9 на 100 тыс. населения в 2003 г. до 124,3 на 100 тыс. населения в 2004 г.). Частота выявления лиц с анти-ВГС, напротив, выросла почти в 7 раз (с 65,2 на 100 тыс. населения в 1998 г. до 448,1 на 100 тыс. населения в 2004 г.). Эти данные свидетельствуют о большой интенсивности скрыто протекающего эпидемического процесса ВГВ и С, по сравнению с его манифестными проявлениями. Поэтому, эпидемическая ситуация по вирусным гепатитам В и С продолжает оставаться неблагоприятной, несмотря на снижение заболеваемости ОВГВ и С среди населения г. Кемерово.

Внутрибольничная заболеваемость гемоконтактными вирусными гепатитами В и С в г. Кемерово с 1991 г. снизилась в 36 раз, с 0,22 на 1000 пролеченных до 0,006 на 1000 пролеченных в 2004 г. Доля внутрибольничной заболеваемости вирусными гепатитами В и С в общей заболеваемости вирусными гепатитами В и С в г. Кемерово в 1991 г. составляла 35,9 %, а за прошедший год составила 0,8 %.

Ведущими отделениями, где зарегистрирован ВГВ, являются хирургические стационары – до 100 %, ведущими факторами передачи острых гемоконтактных вирусных гепатитов в ЛПУ остаются операции и гемодиализ с переливанием крови.

Это объясняется:

- отсутствием разовых диализаторов для проведения гемодиализа;
- применяемый метод ИФА для обследования донорской крови полностью не гарантирует отсутствие в донорской крови вирусов гепатита В и С, так как тест-системы даже третьего поколения не могут полностью исключить наличие вирусов в латентном состоянии «серонегативном окне». В такой ситуации карантинизация плазмы является мероприятием, гарантирующим вирусную безопасность гемотрансфузий.

## О ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА В ПРЕДЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН 2004-2005 ГГ.

**П**рофилактика гриппа — комплекс мероприятий, направленных на снижение эпидемического уровня заболеваемости, защиту групп населения, наиболее восприимчивых к вирусу гриппа.

В целях предупреждения массового распространения заболеваний гриппом, 23 сентября проведено заседание городской противоэпидемической комиссии, где определены меры по выделению финансовых средств на приобретение противогриппозных вакцин. В связи с отсутствием финансирования для привития школьников против гриппа, совместно с МУ «Управление здравоохранения» и Управлением образования, подготовлен приказ «Об организации и проведении иммунизации против гриппа учащихся муниципальных учреждений на добровольной платной основе».

Были направлены письма о необходимости выделения средств для приобретения противогриппозных вакцин: Главе города, директору ГБК «Кемерово», управления образования и социальной защиты, руководителям 195 предприятий и учреждений. Для усиления прививочной кампании были привлечены страховые компании,

частные медицинские учреждения. В результате проведенной работы в городе было выделено 4 млн. 373 тыс. рублей на прививки против гриппа, в т.ч.:

- 57 тыс. руб. из Федерального бюджета;
- 776 тыс. руб. из областного бюджета;
- 632 тыс. руб. из местного бюджета;
- 100 тыс. руб. из средств ОМС;
- 1 млн. 46 тыс. руб. из средств страховых компаний;
- 2 млн. 595 тыс. руб. из средств предприятий и учреждений.

В сравнении с 2003 г., общая сумма средств в 2004 г. была выделена в 2,3 раза больше.

В предэпидемический период в городе было привито 64 тыс. человек, что составляет 12,3 % населения города. В 2003 г. было привито в 2 раза меньше населения — 30 тыс. человек.

На платной основе было привито 30 тыс. человек или 48 %, что несколько меньше уровня 2003 г.

Кроме того, для проведения неспецифической профилактики гриппа в детских больницах и родильных домах были приобретены интерферон, арбидол, ремантадин.

## К ПРОЕКТУ ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО РАЗДЕЛУ «ПРОФИЛАКТИКА И СТАБИЛИЗАЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В 2005 Г.»

**Н**ами в октябре 2004 г. были подготовлены и направлены предложения в МУ «Управление здравоохранения» для проекта программы.

Задачей проекта является решение следующих проблем: повышение удельного веса расшифровки кишечных инфекций неустановленной этиологии; обеспечение муниципальных лечебно-профилактических учреждений иммунобиологическими препаратами с целью профилактики среди кемеровчан заболеваемости бешенством, вирусным гепатитом В, гриппом, клещевым энцефалитом, корью и краснухой; проведение лечения больных чесоткой и педикулезом на базе скабеезория и санпропускника городской дезинфекционной станции.

При безусловном решении поставленных задач должны быть получены следующие результаты: снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии на 10-15 %; отсутствие заболеваний бешенством среди населения города; снижение интенсивности эпидемического подъема гриппа и отсутствие летальных исходов среди привитых; отсутствие заболевших вирусным гепатитом В (ВГВ) среди медработников «группы риска» и снижение ВГВ у подростков; охват экстренной серопротективной вакциной клещевого энцефалита на уровне 99 % и отсутствие заболеваний КЭ среди привитых школьников; отсутствие кори среди взрослого населения; снижение показателей заболеваемости краснухой

до 50,0 на 100 тыс. населения; снижение пораженности чесоткой и педикулезом на 10-15 %.

Одним из ключевых разделов программы является эпидемиологическое обоснование поставленных вопросов. Несмотря на снижение суммы острых кишечных инфекций, группа заболеваний неустановленной этиологии сохраняется на высоком уровне и превышает областные показатели. Вместе с тем, в «главной» инфекционной больнице № 8 не проводится исследование на ротавирусы и кампиллобактерии, которые в 30-40 % случаев являются возбудителями прочих кишечных инфекций. Сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая обстановка по бешенству, как среди диких животных в пригородных лесах, так и на территории городских поселков за счет выхода лисиц.

Вирусный гепатит В относится к гемоконтактным гепатитам и является «управляемой» инфекцией. Поэтому активная иммунизация новорожденных, медицинских работников и подростков

в 13 лет позволит на 8-12 % увеличить иммунную прослойку населения.

Одним из наиболее опасных природноочаговых заболеваний, которые регистрируются среди кемеровчан, до 100 случаев в год, является клещевой энцефалит. В городе, благодаря ежегодной активно проводимой иммунизации школьников, уровень заболеваемости КЭ среди них самый низкий в Кузбассе. Среди управляемых инфекций с воздушным путем передачи заразного начала наиболее серьезную угрозу здоровью женщин фертильного возраста представляет краснуха, которая вызывает уродства у новорожденных заболевших и непривитых беременных. Лечение большинства больных чесоткой и педикулезом в условиях городской дезинфекционной станции обеспечит стойкий эпидемиологический эффект.

На основании изложенного, предложен комплекс мероприятий, направленный на решение поставленных вопросов.

БАКУЛИН В.С., ШИКШИНА Ю.А., ТИХОМИРОВА Т.В.  
 ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

## К ВОПРОСУ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. КЕМЕРОВО

**П**роблема внутрибольничной заболеваемости является одной из актуальных проблем современного здравоохранения. Причины ее возникновения характерны и для других учреждений региона. Это - создание крупных многопрофильных лечебных учреждений, увеличение числа парентеральных вмешательств и инвазивности лечебно-диагностических процедур, внедрение сложных технологий, снижение защитных сил пациентов на фоне повышения общей заболеваемости населения.

В настоящее время в городе функционируют 42 лечебно-профилактических учреждения, в т.ч. 20 являются муниципальной и областной собственностью.

За последние годы имеет место существенное снижение уровня заболеваемости, и в 2004 г. число случаев составило 117 или 0,8 на 100 госпитализированных. При этом удельный вес ВБИ в структуре инфекционной патологии незначителен и не превышает 0,2 %. Изменилась и структура внутрибольничных инфекций: до 2002 г. более 50 % приходилось на группу острых кишечных инфекций; в последние 2 года более 60 % составляют гнойно-септические инфекции среди взрослых пациентов и новорожденных. Снижается число ГСИ, выявленных в родильных домах, и

увеличивается ГСИ в стационарах хирургического профиля.

Существенно снизилась заболеваемость ГСИ в роддомах при росте рождаемости почти в 1,5 раза в сравнении с «кризисными» годами и одновременном стабильном числе родильных учреждений в городе. При этом ГСИ в роддомах представлены в основном «малыми» формами. Не регистрируется постнатальный сепсис.

Это связано с позитивным сдвигом в организации работы родовспомогательных учреждений: работа большинства послеродовых коек по совместному пребыванию матери и ребенка; сокращение сроков пребывания матерей и новорожденных в роддоме; приоритетность грудного вскармливания; наличие высокоэффективных современных дезинфектантов нового поколения; использование одноразового инструментария и предметов ухода за новорожденными; проведение качественной стерилизации и дезинфекции всей медицинской техники; повышение профессиональных знаний медперсоналом лечебных учреждений.

Изменилась и этиологичность возбудителей ВБИ; снизилось выделение патогенных возбудителей при росте условно-патогенной микрофлоры. В большинстве случаев возбудителем традиционных кишечных инфекций является клебсиелла.

Заболеемость ГСИ родильниц также имеет тенденцию к снижению, при этом динамика не полностью соответствует динамике заболеемости новорожденных. Это свидетельствует о том, что заболеемость родильниц в меньшей степени, чем заболеемость новорожденных, зависит от внешних факторов; более значительную роль играют эндогенные факторы.

Это подтверждается этиологической структурой: за 3 года бактериологически подтверждено 56 % случаев, из них на *St. aureus* приходится 50 %, на *E. coli* — 40 %. Кроме того, были выделены представители эндогенной флоры — *Str. fecalis*, *Gardnerella vaginalis* и др. Тем не менее, показатели заболеемости в родильных домах

остаются самыми высокими среди других ЛПУ. Актуальными проблемами ВБИ в настоящее время являются:

- полная регистрация ГСИ, инфекций мочевыводящих и дыхательных путей;
- повышение качества лабораторной диагностики, дифференциации внутриутробных и постнатальных ГСИ у новорожденных;
- участие госпитальных врачей-эпидемиологов в рассмотрении проектов ремонта и реконструкции ЛПУ. Это позволит своевременно выявлять замечания по поточности технологических процессов, обеспеченности оборудованием, организации рационального воздухообмена, инсоляции, взаимного размещения подразделений.

БАРБАРАШ Л.С., ОГАРКОВ М., АРТАМОНОВА Г.В., МАКАРОВ С.А.  
*Кемеровский кардиологический диспансер,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## «УЗНАЙ И ЗАЩИТИ СВОЕ СЕРДЦЕ» – ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ

**П**рофилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в настоящее время может быть эффективна только при реализации двух основных стратегий профилактики — популяционной и стратегии высокого риска. Мировой опыт проведения профилактики ССЗ показал важность повышения уровня образования пациентов. В России это образование находится на крайне низком уровне.

С целью профилактического образования населения в Кемерово, по инициативе кардиологов Кемеровского кардиологического диспансера, регулярно проходит информационно-просветительская кампания «Неделя здорового сердца» (НЗС). Традиционно в поликлиниках города, в средствах массовой информации специалисты-кардиологи предоставляют сведения о способах своевременной диагностики, профилактики и лечения ССЗ, проводятся семинары и круглые столы с участием врачей, представителей власти и общества. В последние два года в рамках НЗС проходит акция «Узнай и защити свое сердце», которая заключается в том, что в местах массового скопления жителей города (магазинах, рынках, супермаркетах, промышленных предприятиях, поликлиниках) организованы временные медицинские пункты, где проводится измерение артериального давления (АД) и анкетный опрос.

*Цель работы:* Привлечь внимание населения к своему здоровью, изучить распространенность

АГ, распространенность знаний о факторах риска (ФР) АГ и эффективность ее лечения.

*Материалы и методы:* За период 2003-2004 гг. во временные медицинские пункты обратилось 4279 человек. Респондентам измеряли АД и предлагалась анкета по выявлению ИБС и оценке уровня знаний об АГ.

*Результаты:* АД было измерено у 4279 человек (48 % мужчин и 58,2 % женщин), на анкеты ответило 3567 человек (83,3 %). По возрасту распределялись следующим образом: до 39 лет — 3,3 %; 40-49 лет — 20,7 %; 50-59 лет — 23,6 %; 60 лет и старше — 25,2 %. Распространенность АГ составила 52,2 %. Первичная выявляемость АГ 18 %; у женщин 15 %, у мужчин 38 %. Среди опрошенных 29 % мужчин и 38 % женщин знают цифры своего АД, при этом осведомленность женщин на 25 % выше, чем осведомленность мужчин. Гипотензивные препараты принимали 14 % (9,8 % мужчин и 17,8 % женщин). В группе лиц с АГ, принимающих гипотензивные препараты, эффективно лечились 5 % (9,5 % мужчин и 19,8 % женщин).

Таким образом, можно сделать вывод, что распространенность АГ очень высокая, а информированность населения об уровне своего АД и качество лечения остается крайне низкой. Осведомленность и контроль АД у женщин значительно лучше, чем у мужчин. Полученные результаты подтверждают необходимость проведения интенсивной профилактической работы среди населения.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВОЗРАСТНОЙ СМЕРТНОСТИ  
В Г. КЕМЕРОВО

**А**нализ общей смертности населения за период с 1980 г. по 2003 г. показывает, что в г. Кемерово смертность имеет возрастные закономерности, характерные для человеческой популяции в целом: высокий уровень смертности в возрасте до 1 года, затем снижение до минимальных показателей в возрасте 10-14 лет с последующим постепенным ростом до максимальных показателей в возрасте 85 лет и старше. При этом уровень смертности, характерный для детей до 1 года (средний за указанный период — 18,94 д) у мужчин достигается в возрасте 50-54 г., у женщин — в 60-64 г.

При увеличении возраста, рост показателей смертности, как у мужчин, так и у женщин, происходит неравномерно. Так, у женщин в возрасте от 15 до 50 лет показатели смертности каждые 5 лет увеличиваются в 1,2-1,4 раза; затем темп роста увеличивается и за каждые 5 лет составляет 1,5-1,6 раза. Лишь в двух возрастных группах рост показателей смертности происходит более чем в 2 раза: в 85 лет и старше по отношению к возрасту 80-84 г. — в 2,23 раза и в возрасте 15-19 лет по отношению к возрасту 10-14 лет — в 3,23 раза.

У мужчин, начиная с возраста 20 лет до 85 лет, темпы роста показателей смертности не меняются и составляют 1,2-1,4 раза. Также, в отличие от женщин, рост показателей смертности более чем в 2 раза происходит в трех возрастных группах: 15-19 лет (в 3,87 раза), 20-24 г. (в 2,1 раза), 85 лет и старше (в 2,01 раза).

Из приведенных данных видно, что наибольший рост общей смертности у мужчин и женщин происходит при переходе из младшего подросткового возраста 10-14 лет (МПВ) в старший подростковый возраст 15-19 лет (СПВ).

Как и в целом по России, в г. Кемерово, начиная с 1992 года, показатели смертности превышают показатели рождаемости. Нами проведен сравнительный анализ причин смертности в группах наибольшего роста показателей за два десятилетних периода: с 1983 по 1992 гг. и с 1993 по 2002 гг. Поскольку, начиная с 2000 г., отчетность Областного управления статистики о причинах смерти проводится в соответствии с МКБ-10, для получения возможности сравнения показателей, причины смерти с 2000 г. по 2002 г. взяты нами по МКБ-9.

У юношей до 1992 года показатели смертности в СПВ превышали показатели МПВ в среднем в 2,7 раза, после 1992 г. — в 6 раз. У девушек, соответственно, — в 3,2 и в 5 раз.

Более высокие показатели смертности в СПВ у юношей и девушек в оба временных интервала определялись как появлением новых классов болезней (НК), по сравнению с МПВ, так и ростом смертности от одних и тех же (прежних) причин (ПК). Так, у юношей в период до 1992 года в СПВ появилось 5 НК и произошел рост показателей смертности в 4 ПК. После 1992 г. рост показателей смертности в СПВ произошел за счет появления 6 НК и роста в 6 ПК. Следует отметить, что более 80 % прироста в СПВ в оба временных периода пришлось на смертность от травм и отравлений. Остальные классы болезней в приросте составили каждый не более 4 %.

В отличие от юношей, у девушек смертность в СПВ претерпела существенные изменения в последнее 10-летие. До 1992 г. 55,8 % прироста смертности в СПВ составили травмы и отравления, 12,5 % — онкологические заболевания, по 9,3 % — сердечно-сосудистые заболевания и неустановленные причины. После 1992 г. на травмы и отравления пришлось 76,4 % прироста, на онкозаболеваемость — 6,4 %, остальные классы болезней составили каждый не более, чем 3 %.

Из приведенных данных видно, что ведущую роль в резком увеличении смертности в СПВ по отношению к МПВ, как юношей, так и девушек на протяжении 20 лет играют травмы и отравления. Поэтому представляют интерес результаты анализа причин смертности внутри этого класса болезней.

Следует отметить, что смертность от отдельных причин внутри указанного класса болезней в СПВ как юношей, так и девушек претерпела существенные изменения. Так у юношей до 1992 г. в СПВ ведущие места в приросте смертности занимали убийства (33,3 %), самоубийства (22,6 %), транспортные происшествия (19,6 %), неуточненные травмы (18,6 %). После 1992 г. к ведущим причинам указанного прироста смертности добавились прочие отравления в быту (34,1 %); убийства дали 20,9% прироста, самоубийства — 15,1 %, неуточненные травмы — 14,3 %, транспортные происшествия составили лишь 2,9 %.

У девушек до 1992 г. ведущими причинами прироста смертности в СПВ были: самоубийства — 23,1 %, убийства — 20,5 %, прочие несчастные случаи — 18,0 %, неуточненные травмы — 12,8 %, прочие отравления в быту — 10,3 %, транспортные происшествия — 7,7 %. После 1992 г. ведущими причинами прироста смертности в СПВ стали: прочие отравления в быту — 25,8 %, убийства — 18,3 %, самоубийства — 15,8 %, транспорт-

ные происшествия – 14,2 %, прочие несчастные случаи – 10,8 %, неуточненные травмы – 8,3 %.

Приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что мероприятия по снижению смертности как в МПВ, так и в СПВ юношей и девушек

должны проводиться в сфере воспитания и главным образом в семье. Очевидно, что в первую очередь речь идет о психологической подготовке подрастающего поколения к новым экономическим и социальным явлениям жизни в России.

БРАИЛОВСКИЙ В.В., ПРЫГУНОВА Т.И., ФРОЛОВА Н.А.,  
КОВАЛЕНКО Т.А., РОЩИНА Г.А., НОСОВЕЦ Л.С.  
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

## ОСОБЕННОСТИ ЭПИДПРОЦЕССА ЧЕСОТКИ В Г. КЕМЕРОВО

**Н**а протяжении последних 20 лет проблема чесотки в г. Кемерово остается актуальной.

С целью выявления эпидемиологических особенностей течения чесотки нами проведен ретроспективный анализ заболеваемости за период с 1984-2004 гг.

Динамика заболеваемости чесоткой за указанный период имела тенденцию к росту (темп тенденции 24,4). Следует отметить, что особенности и тенденция динамики заболеваемости в г. Кемерово и в области полностью совпадают – коэффициент корреляции ( $r$ ) 0,99. Однако средний уровень заболеваемости в городе выше в 1,6 раза, чем по области (соответственно, 488,4 и 300,6 на 100 тыс.), а темп тенденции к росту в 2 раза превышает областной.

В динамике заболеваемости за 1984-2004 гг. можно выделить 3 периода: 1-й период – 1984-1990 гг., наблюдается тенденция к снижению (темп – 21,6); 2-й период – 1991-1995 гг., произошел рост заболеваемости в 17 раз (с 103,1 до 1767,0), самый высокий уровень заболеваемости отмечен в 1995 г.; 3-й период – 1996-2004 гг., отмечается тенденция к снижению (темп тенденции – 102).

Для оценки заболеваемости по районам города нами проведена стандартизация показателей (за стандарт принята структура населения города в 1998 г.) Самый высокий уровень заболеваемости в Заводском районе – показатель 6,99. На втором – Рудничный и Кировский районы с показателями 5,08 и 4,43 (различие между этими показателями статистически недостоверно,  $P > 0,05$ ).

В заболеваемости по городу в целом и по районам от 53,6 % до 57,8 % составили мужчины. Показатели заболеваемости на 1000 мужчин также превысили показатели заболеваемости женщин и составили по районам города от 4,93 в Кировском до 8,7 в Заводском районе.

Следует отметить, что превышение показателей заболеваемости мужчин по сравнению с женщинами в районах неодинаково. Самое высокое различие показателей мужчин и женщин в Ле-

нинском районе – в 1,7 раз, в Кировском – в 1,4 раза.

В возрастной структуре заболеваемости наибольший удельный вес приходится на возрастную группу 15-19 лет и 20-29 лет (по 19,7 %). На 2-м месте удельный вес возрастной группы 10-14 лет, наименьший удельный вес составляет самый младший возраст 0-9 лет и самый старший, 50 лет и выше.

Наиболее высокие показатели на 1000 в возрастных группах 0-4, 5-9, 10-14, 15-19 статистически не отличаются и составляют от 8,9 до 10,1.

Возрастная структура и уровень заболеваемости в возрастных группах по районам города неодинакова. Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости в Центральном, Кировском и Ленинском районах составляют возрастные группы 20-29 лет, в то время как в районах с более высоким уровнем заболеваемости (Заводской и Рудничный) эта группа находится соответственно на 2 и 3 месте. В этих районах на 1 месте находится группа 15-19 лет.

Уровни возрастной заболеваемости по районам также неодинаковы. Так наиболее высокий интенсивный показатель в Центральном и Ленинском районах приходится на группу 15-19 лет, в Заводском и Кировском 0-4 года, в Рудничном 5-9 лет.

Анализ по социальным группам показал, что наибольший удельный вес в структуре заболеваемости приходится на взрослое неработающее население (29,2 %), на 2 месте школьники 23,3 %, далее прочие группы населения 16,7 %. Распределение заболеваемости по социальным группам в районах города не отличается и совпадает с указанной структурой по городу. В среднем удельный вес неорганизованных детей достоверно выше, чем организованных детей и составляет соответственно 24,6 % и 16,4 %.

Анализ заболеваемости по условиям проживания показал, что 61 % заболевших проживали в благоустроенных квартирах, данные показатели существенно различаются по районам города. Так, в Центральном, Ленинском районах показа-

тель составил, соответственно, 100 % и 75,4 %, в районах с высокой заболеваемостью (Заводской, Рудничный) показатель составил, соответственно, 49,9 % и 41,2 %. Проживающие в общежитиях составили в целом по городу 9,3 %. Лица БОМЖ по городу составили 3,1 %.

Анализ очаговости показал, что 83,6 % составили очаги по месту жительства. Семейный очаг является ведущим в эпидемиологии чесотки.

Для заболеваемости чесоткой в г. Кемерово в целом характерна сезонность. В среднем за последние 5 лет регистрируется сезонный подъем в течение 3 месяцев, с августа по октябрь, при этом уровень заболеваемости в указанные месяцы достоверно не отличался. На период сезон-

ного подъема приходится 13,4 % годовой заболеваемости. Более выраженная сезонность среди школьников, сезонный подъем длится 2 месяца (сентябрь, октябрь). Приведенные данные дают основание полагать, что высокий уровень заболеваемости в Заводском районе связан с указанными особенностями возрастной, социальной структуры населения, а также особенностями условий проживания.

При организации мер по борьбе с чесоткой, которые должны проводиться совместными усилиями санэпидслужбы и кожно-венерологического диспансера особое внимание следует уделить неорганизованным группам населения, как детям, так и взрослым, проживающим в частном секторе.

ВИНГЕРТ С.А., ШКЛЯЕВА Т.П., МЕДВЕДЕВА Н.Л.  
МУЗ Городская поликлиника № 20,  
г. Кемерово

## О НЕОБХОДИМОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОРГАНАМИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В ВОПРОСАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Увеличение продолжительности жизни, развитие новых промышленных технологий, действующие зоны военных конфликтов естественно приводят к возрастанию численности инвалидов, как среди населения старшего возраста, так и среди людей работоспособного возраста. Являясь одним из показателей здоровья населения, инвалидность отражает качество жизни людей.

Признание человека инвалидом, особенно в среднем возрасте может привести к развитию комплекса неполноценности, психологическому дискомфорту в семье, неуверенности в завтрашнем дне, возрастанию конфликтности.

Увеличение количества инвалидов потребовало более близкого взаимодействия ЛПУ с органами социальной защиты с целью оптимизации работы по реабилитации лиц, признанных инвалидами.

Однако особенностью данной проблемы является то, что реабилитация начинается на этапе признания человека инвалидом, в то время как целью работы ЛПУ должно быть предупреждение развития признаков инвалидности пациента, особенно преклонного возраста. В связи с чем, разработаны Областные программы по сохранению и укреплению здоровья населения пожилого возраста, направленные на повышение уровня здоровья и снижение смертности населения, в том числе и реабилитацию инвалидов.

Согласно разработанному положению об отборочной комиссии, в МУЗ «Поликлинике № 20» г. Кемерово проводятся мероприятия по оказанию помощи лицам пожилого возраста совместно с МУ КЦСОН Заводского района. Реабилитация пациентов начинается на поликлиническом этапе, где имеется врач-психотерапевт и геронтолог, после чего пациент направляется в отделение социальной реабилитации. В то время как реабилитация инвалидов начинается на дополиклиническом этапе (МСЭК дает рекомендации пациенту в виде индивидуального плана реабилитации), что позволяет более активно выявлять и направлять пациентов на дальнейшее лечение. Данная работа позволяет дисциплинировать как врача, так и пациента, а также увеличить заинтересованность обеих сторон в достижении положительного результата реабилитации.

В связи с чем, есть необходимость в расширении санитарно-просветительской работы, привития у пациентов осознанного отношения к своему здоровью.

Следует подчеркнуть, что наличие тяжелого и неизлечимого заболевания не должно лишать пациента возможности получать реабилитационные мероприятия. В то же время основной упор должен производиться на больных, имеющих 3 группу инвалидности и лиц старшего возраста без наличия у них группы инвалидности. Поскольку негативные последствия инвалидизации человека

достаточно велики, а моральные и материальные издержки не могут идти ни в какое сравнение с

расходами, идущими на предупреждение заболевания.

ГАЛАКТИОНОВА Л.И., БАКУЛИН В.С., СЛЕСАРЧУК В.Ф.  
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ И ЗАДАЧИ ПО ЕЕ ЛИКВИДАЦИИ В Г. КЕМЕРОВО

За тридцатилетний период наблюдения в г. Кемерово четко прослеживаются 6 периодических подъемов заболеваемости коревой инфекцией с выраженной тенденцией к снижению интенсивности их проявления: 1975 год – 951,8 на 100 тыс. населения, 1979 год – 654,9, 1982 – 438,2, 1985 год – 317,0, 1993 год – 272,8, 1998 год – 3,9 на 100 тыс. населения.

Заболеваемость корью снизилась за этот период более чем в 4700 раз (1975 год – 951,8 на 100 тыс. населения, 2002 год – 0,19). Темп тенденции – 14,7. С 2003 года случаи заболевания корью в городе не регистрируются. Весь период наблюдения заболеваемость характеризуется зимне-весенней сезонностью во внутригодовой динамике: индекс сезонности колеблется от 79 до 92 %. В 70-80 годы показатель очаговости в организованных коллективах достигал 3 и более. За последнее десятилетие он снизился с 2,0 в 1994 году до 1,04 в 1998 году. Среди непривитых заболеваемость в десятки раз выше, чем среди привитых. Привитые заболевают через 5 и более лет после последней прививки.

В 70-80 годы максимум заболеваемости приходился на возраст 3-6 лет. Высокие цифры характеризовали заболеваемость детей школьного возраста (каждый второй заболевший). В 90-е годы в эпидемический процесс чаще стали вовлекаться подростки и взрослые (70 % от числа заболевших). В 1994 году в городе были зарегистрировано 3 групповые ситуации по кори (в 2-х высших и среднем специальном заведении), приостановить которые удалось путем организации экстренной иммунизации (было привито более 200 студентов). Благодаря введению в практику здравоохранения специфической профилактики и системы эпидемиологического надзора, за последние 10 лет заболеваемость корью в городе удалось снизить в 1435 раз.

Неотъемлемой частью системы эпиднадзора за коревой инфекцией в городе является серологический мониторинг, проводимый в контрольных группах практически ежегодно. По результатам серологического мониторинга, с учетом заболеваемости в старших возрастах, в 1984-1996 годах в городе была организована дополнительная им-

мунизация против кори учащихся 6-11 классов и студентов первых курсов средних и высших учебных заведений. Было привито более 60 тысяч детей. С 1998 года ревакцинированы против кори в 6 лет проводится всем детям (с 1990 по 1998 годы в городе ревакцинировались лишь серонегативные к кори дети). В 90-е годы в городе проведен комплекс мероприятий по своевременности проведения вакцинации против кори детей в 12 месяцев.

Если в 1992 году показатель привитости детей против кори в 24 месяца составлял 49,7 %, то в 2004 году своевременно в этом возрасте привито 99 % детей.

При осуществлении эпиднадзора за коревой инфекцией нами широко используются возможности вычислительной техники. С 1991 года в городе эксплуатировалась «Имитационная модель аэрогенных инфекций в замкнутых коллективах». С 1996 года анализ заболеваемости коревой инфекцией проводится в рамках программы «Персонафицированный учет инфекционной заболеваемости».

Все это позволило снизить заболеваемость корью до спорадического уровня. Однако говорить о стойком эпидемическом благополучии еще рано.

Как и в других регионах, в городе Кемерово, в связи с задачей, поставленной Европейским региональным бюро ВОЗ в рамках программы «Здоровье XXI века» по элиминации кори на Европейском континенте к 2007 году, утверждена программа ликвидации кори, в соответствии с которой в городе разработан и утвержден план действий по ликвидации кори на территории города Кемерово. Приоритетными мероприятиями плана являются:

- обеспечение полного учета всех детей, подлежащих плановой вакцинации и ревакцинации против кори;
- сокращение числа необоснованных медицинских отводов от прививок против кори;
- обеспечение в полном объеме всех ЛПУ коревой вакциной;
- внедрение в практику работы ЛПУ стандартного определения случая кори;

- проведение обязательного лабораторного обследования каждого случая кори и подозрения на эту инфекцию;

- проведение массовой иммунизации взрослым лицам до 30-летнего возраста, не болевшим, не привитым и не имеющим ревакцинации против кори.

ГАЛАКТИОНОВА Л.И., МОЙСЕЕНКО М.А., СЛЕСАРЧУК В.Ф.  
 ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

## О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КЕМЕРОВО

Последнее десятилетие характеризуется выраженным ростом заболеваемости туберкулезом на всей территории России. Город Кемерово входит в число территорий, наиболее неблагоприятных по этой инфекции. Заболеваемость туберкулезом в городе стабильно превышает областной и российский показатели. Так, в 2004 году уровень заболеваемости туберкулезом в городе на 57,5 % превысил показатель заболеваемости в Российской Федерации. За последние 10 лет заболеваемость туберкулезом в городе выросла в 2 раза. С конца 90-х годов уровень заболеваемости колеблется от 108,8 до 129 на 100 тысяч населения. Первичная инвалидность от туберкулеза у лиц трудоспособного возраста занимает 4-е место среди 12 причин инвалидности. Среди вновь выявленных случаев велика доля запущенных форм туберкулеза: в последние годы удельный вес запущенных форм не опускается ниже 44 %.

Таким образом, туберкулез сегодня является проблемой, представляющей серьезную угрозу здоровью жителей города.

Как и в целом по России, больные туберкулезом органов дыхания в городе составляют более 95 % от числа всех зарегистрированных больных. Удельный вес открытых форм колеблется в пределах 50-55 % от числа вновь выявленных случаев активного туберкулеза. После длительного перерыва, с 1996 года в городе стали регистрироваться случаи туберкулеза среди детей. За этот период в городе туберкулезом заболело 279 детей. Показатели заболеваемости детей за этот период не опускались ниже 35,9 на 100 тыс. населения, а в 1999 году уровень заболеваемости детей превысил показатель 80 на 100 тысяч.

Отмечается рост инфицированности. Так, в 2002 году в 7 лет были инфицированы 49 % детей, в 14 лет – 70 %. В 2004 году эти показатели составили, соответственно, 54 % и 78,1 %.

Среди взрослых заболеваемость, главным образом, определяется неработающим населением (около 60 % от числа заболевших). Причем, 40 % от числа всех заболевших туберкулезом составляет неработающее население трудоспособного

возраста. Это преимущественно социально дезадаптированные лица, без определенного места жительства, вернувшиеся из мест лишения свободы.

Среди работающего населения наибольшее число заболевших – более 7 % – приходится на работников частных предприятий. Заболеваемость неработающего населения в 1,5 раза выше заболеваемости контингентов, регулярно проходящих периодические медицинские осмотры.

Число выявленных больных туберкулезом при флюороосмотрах составляет 1,5-1,6 на 1000 обследованных.

Причины сложившегося неблагоприятия по туберкулезу в городе совпадают с причинами роста заболеваемости в целом по стране. Они известны и достаточно многообразны:

- ухудшение условий жизни значительной части населения;
- рост социальной напряженности в обществе;
- интенсификация миграционных процессов;
- ухудшение экологической ситуации;
- значительное уменьшение объема и снижение качества мероприятий по профилактике и раннему выявлению туберкулеза.

Так, данные динамики потребления основных продуктов питания жителями города Кемерово свидетельствуют о недостаточном потреблении продуктов животного происхождения: мясопродуктов, рыбопродуктов, молока и молочных продуктов при общей их тенденции к снижению. Результаты многочисленных исследований пищевого рациона кемеровчан свидетельствуют о недостатке потребления белка. Имеется дефицит в потреблении минеральных веществ: фосфора – до 25 %, магния и кальция – до 38-40 %, цинка – до 66 %. Отмечается недостаток потребления витаминов: дефицит витамина С составляет 9 %, витаминов группы В – 17-32 %, ретинола – 24 %, витамина РР – до 33 %.

Нельзя не учитывать и социальный фон, оказывающий эмоционально-психологическое влияние на население, который ведет к стрессовым реакциям, снижению сопротивляемости к специфической инфекции, в том числе и к туберкулезу. На этом фоне

борьба с туберкулезом должна иметь систематический характер и включать комплекс мероприятий:

- специфическую профилактику среди детей и подростков с охватом вакцинацией БЦЖ не менее 97 % новорожденных и ревакцинацией 100 % подлежащих детей в 7 и 14 лет;
- активное выявление туберкулеза у детей и подростков путем туберкулинодиагностики;
- раннюю диагностику туберкулеза при флюорографических осмотрах населения;

- своевременное выявление туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети;

- финансирование мероприятий по профилактике и раннему выявлению больных (приобретение иммунобиологических препаратов, флюоро- и рентгеновской пленки, диагностической аппаратуры);
- финансирование мероприятий на лечение больных и проведение профилактических мероприятий среди контактных.

ГАЛАКТИОНОВА Л.И., СЛЕСАРЧУК В.Ф., ЩЕГОЛЕВА Е.Ю.,  
КУДАШЕВА С.В., ОГОРОДНИКОВА Т.С.  
ГУ Центр Госсанэпиднадзора в г. Кемерово,  
МУЗ Городская инфекционная клиническая больница № 8,  
г. Кемерово

## О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, УПРАВЛЯЕМЫМИ СРЕДСТВАМИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Нами проанализирована динамика заболеваемости инфекциями с воздушно-капельным механизмом передачи, начиная с 1981 года. Следует отметить, что на протяжении последних двух десятилетий заболеваемость отдельными нозологическими формами подверглась существенным изменениям. Выраженную тенденцию к снижению за этот период имеет заболеваемость инфекциями, управляемыми средствами иммунопрофилактики.

С 2000 года в городе не регистрируется заболеваемость дифтерией, с 2003 года — корью. Город Кемерово, как и вся Кемеровская область, сертифицирован как территория, свободная от дико циркулирующего полиомиелита. За 20 лет заболеваемость эпидемическим паротитом снизилась в 39 раз, краснухой — в 7,2 раза. Уровень заболеваемости коклюшем снизился за десять лет в 4 раза. Направленность динамики, темпы снижения «управляемых» инфекций в городе совпадают с аналогичными показателями по области и России.

Снижение заболеваемости отмечается на фоне роста показателей привитости. В 1992 году к 12 месяцам своевременно прививались против дифтерии 28 % детей, против коклюша — 17,6 %, полиомиелита — 26,2 %. С 2002 года уровень привитости против этих инфекций не опускается в этом возрасте ниже 98 %. Охват вакцинацией против кори вырос за этот период с 49,7 % до 98 %. Своевременно прививаются против паротита также 98 % детей (1992 год — 21,3 %).

Уровень коллективного иммунитета к дифтерии взрослого населения города составляет 98 % против 63 % в 1995 году. Результатом этого явля-

ется улучшение иммуноструктуры к прививаемым инфекциям населения города, что подтверждается результатами ежегодного серологического мониторинга. Зависимость заболеваемости от прививок четко прослеживается на примере краснухи: резкий спад заболеваемости после массового проведения прививок в 2001 году детям в 12 месяцев и девочкам-подросткам, и последующее замедление темпов снижения заболеваемости из-за срыва поставок вакцины в 2004 году.

Данное обстоятельство еще раз подтверждает факт, что для снижения и стабилизации на спорадическом уровне заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами иммунопрофилактики, необходимо поддержание уровня коллективного иммунитета не ниже 95 %, что и регламентируется нормативными документами.

На решение этой задачи направлена деятельность специалистов лечебно-профилактических учреждений города (особенно педиатрической службы) и специалистов нашего Центра. В качестве основных приоритетов при этом рассматриваются:

- обеспечение ЛПУ достаточным количеством иммунобиологических препаратов;
- учеба медицинских работников по иммунопрофилактике;
- повышение ответственности медицинских работников за организацию и проведение прививок;
- более широкое использование в повседневной практике зарубежных вакцин, разрешенных к применению в России;
- расширение диапазона инфекций, против которых проводится иммунизация.

Так, в городе стала активно проводиться иммунизация против гемофильной инфекции, инфекций, обусловленных пневмококками, менингококковой инфекции, вирусного гепатита «А».

Актуальной в плане профилактики «управляемых» инфекций остается проблема недостаточной преемственности между амбулаторным и стационарными этапами наблюдения, обследования и лечения больных. Позднее поступление больных в стационар в этих условиях часто усугубляет течение заболевания и может приводить к значи-

тельному расширению круга контактных лиц и, вследствие этого, числа заболевших.

Кроме того, необходим глубокий и постоянный анализ уровня заболеваемости данными инфекциями и состояния привитости против них. Адекватное использование результатов этого анализа, с учетом динамики иммуноструктуры к «управляемым» инфекциям практическим здравоохранением, позволит достаточно точно прогнозировать возможное изменение показателей заболеваемости и корректировать направление профилактической и лечебной работы.

ГЛЕБОВА Л.А.

*ГУ Центр Госсанэпиднадзора в г. Кемерово*

## ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Последнее десятилетие, в связи с изменением социально-экономической политики в стране, приостановили работу ряд химических предприятий, более широко стала развиваться торговая сеть. В связи с этим изменилась и структура населения, занятого в отраслях производства.

Проведенная оценка занятости в отраслях производства женщин, родивших детей в роддомах г. Кемерово за период с 1999 по 2004 гг., показала, что на первом месте женщины-домохозяйки — 37,3 %, на втором месте — работники сферы образования и студенты — 20,6 %, на третьем месте — медицинские работники — 7,7 %. Занятость женщин в отраслях химического и промышленного производства составляет 3,5 % и 3,7 %, соответственно.

Удельный вес женщин, занятых в отраслях производства, родивших детей с врожденными пороками развития (ВПР), повторяет структуру отраслей производства по городу.

Проведенный анализ частоты рождения детей с ВПР в зависимости от занятости женщин в отраслях производства показал, что самый высокий показатель рождения детей с ВПР отмечен у работников торговли и общественного питания — 54,2 случая на 1000 женщин-родильниц данной профессии. На втором месте служащие — 35,8 на 1000, на третьем месте работники промышленной сферы — 32,5 на 1000. Частота рождения детей с ВПР у работников химической промышленности составляет 17,6 на 1000. Средний показатель частоты регистрации ВПР в г. Кемерово за период с 1999 г. по 2003 г. равен 18,9 на 1000 новорожденных.

Для проведения дальнейшего анализа были выделены две группы профессий: I-я группа с самыми высокими показателями частоты рождения детей с ВПР — работники торговли и общественного питания — 54,2 на 1000 женщин-родильниц данной профессии и II-я группа с низкими показателями частоты ВПР новорожденных — медицинские работники — 15,0 на 1000.

Целью нашего исследования явилось установление факторов, способствующих рождению детей с высокими показателями ВПР.

Анализ структуры ВПР в I и II группах показал, что ведущей патологией являются врожденные пороки сердца (ВПС), 35 % и 38,5 %, соответственно. На втором месте в I-й группе — гипоспадия (16,7 %), во II-й группе — синдром Дауна (15,4 %). На третьем месте в I-й группе — множественные пороки развития (МВПР) (8,3 %), во II-й группе — гипоспадия и гидроцефалия (11,5 %).

Основной возраст женщин, родивших детей с ВПР составляет в I-й группе 20-24 года (46,7 %), во II-й группе 25-29 лет (42,3 %). Кроме того, у медицинских работников 34,5 % рождений детей с ВПР приходится на возраст 30 лет и старше.

Так как ведущим пороком в двух группах является ВПС, то мы можем предположить, что на изучаемые группы женщин действует один фактор. Разный возраст родильниц в изучаемых группах влияет на структуру ВПР.

В г. Кемерово проживают более 15 лет 72 % женщин изучаемых групп, из них 25-30 % в Ленинском и Заводском районах.

Уровень образования в первой группе достоверно ниже, чем во второй ( $p < 0,005$ ,  $t = 2,5$ ).

Исследуемый фактор позволяет предположить различные степени «культуры беременности».

При оценке семейного положения отмечено, что в I-й группе в 3 раза чаще рождение ребенка с ВПР происходит в неполной семье. Рождение внебрачных детей увеличивает психоэмоциональное напряжение у женщин, что сказывается на состоянии здоровья будущего потомства.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза отмечено, что 45 % женщин изучаемых групп имели в анамнезе медицинские аборт. Однако спонтанные аборты и выкидыши в 5 раз достоверно чаще регистрировались у работников торговли и общественного питания ( $p < 0,005$ ,  $t = 2,5$ ).

Тот факт, что многие болезни матери могут неблагоприятным образом сказаться на внутриутробном развитии ребенка, сомнению не подлежит. Так, женщины I-й группы в 2 раза чаще являлись носителями хронических инфекций, таких как токсоплазмоз, цитомегалия, herpes simplex, хламидиоз, гарднереллез ( $P < 0,005$ ,  $t = 4,0$ ).

Неудовлетворительное питание во время беременности выявлено в I-й группе у 39 % женщин,

во II-й группе у 27,3 % женщин, достоверных различий, как в целом, так и по употреблению отдельных продуктов (мясо-молочные продукты, овощи, фрукты, консервы), не установлено.

Женщины I-й группы достоверно в 2 раза чаще курили и употребляли алкоголь во время беременности.

С профессиональными вредностями сталкивались во время беременности 43,3 % женщин первой группы и 65,4 % женщин второй группы. Причем, контакту с химическими, биологическими веществами подвергались в большей степени медицинские работники. Однако психоэмоциональное напряжение в 2 раза чаще испытывали во время беременности работники торговли и общественного питания.

Профилактика врожденных и наследственных заболеваний зависит, в первую очередь, от раннего выявления больных и семей повышенного генетического риска, а также групп профессионального риска. Это возможно при активном сотрудничестве медико-генетической, акушерско-гинекологической и санитарной служб.

ГОРЛАНОВА Л.Л., ИГНАТЕНКО О.Л., МАСТЕРОВА Э.А., КУПРИЯНОВА И.М.

*Городская инфекционная клиническая больница № 8,*

*Городской центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями,  
г. Кемерово*

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г. КЕМЕРОВО

**П**роблема ВИЧ-инфекции многомерна, многолика и изменчива. За последние 20 лет пандемия унесла жизни почти 20 миллионов человек. Около 40 миллионов человек в настоящее время инфицированы ВИЧ, ежедневно происходит 14 тысяч новых случаев заражения. В наиболее подверженных инфекции регионах воздействие болезни и смертности подрывает экономические, социальные и политические достижения и перечеркивает надежды на лучшее будущее.

Город Кемерово столкнулся с проблемой ВИЧ-инфекции в 1992 году, когда была выявлена первая группа молодых людей, зараженная смертельным вирусом. К концу 2004 года в городе выявлен 201 ВИЧ-инфицированный больной, из этого количества 183 человека выявлены впервые. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в показателях на 100 тысяч населения выглядит следующим образом: 1992-1995 гг. – 0,06; 1996-1998 – 0,71; 1999 – 0,58; 2000 – 3,5; 2001 – 6,2; 2002 – 4,9; 2003 – 3,4; 2004 – 5,1. Пик выявления приходится на 2001

и 2002 годы – 47 случаев и 41 случай, соответственно.

По возрастной структуре ВИЧ-инфицированные представлены лицами от 16 до 60-летнего возраста, из них 60,7 % – молодые люди 20-29 лет, преимущественно мужского пола.

За все годы наблюдения 27 ВИЧ-инфицированных жителей города Кемерово умерли (каждый седьмой), в том числе два больных в конечной терминальной стадии «СПИД».

За годы наблюдения от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 14 детей, из них 3 детей умерли, 3 детей сняты с диспансерного учета с диагнозом «здоров», выбыли на другие территории 3 ребенка. В настоящее время в детских поликлиниках и городском СПИД-центре на диспансерном учете состоят 5 детей.

Минувший 2004 год в г. Кемерово – год очередного повышения заболеваемости. Диагноз ВИЧ-инфекции впервые установлен 27 пациентам и составляет 5,1 на 100 тысяч населения. Заболеваемость за год выросла на 21,5 %. Большим в количестве 19 человек диагноз установлен в

лечебно-профилактических учреждениях г. Кемерово, 8 человек — выявлены в учреждениях пенитенциарной системы города. За год прибыли в г. Кемерово 6 человек с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция из других административных территорий. С учетом прибывших больных, количество ВИЧ-инфицированных за 2004 г. составило 33 человека.

Характеристические особенности ВИЧ-положительных лиц, выявленных в 2004 году, отличаются тем, что активнее прирастает количество ВИЧ-инфицированных женщин, по сравнению с мужчинами. Мужчины — 17 человек (63 %), женщины — 10 человек (37 %); Соотношение мужчин и женщин — 1,7 : 1,0; в 2002 году — 4,4 : 1; в 2003 г. — 2,2 : 1,0. Наибольшее количество выявленных женщин в 2004 году относится к возрастной категории 20-34 лет, их число составляет 9 человек, что свидетельствует об активном вовлечении в эпидемиологический процесс женщин детородного возраста. Соотношение в этой возрастной категории сравнялось и составляет 1 : 1. Подобная эпидемиологическая динамика говорит о неблагоприятных последствиях, которые заключаются в увеличении количества детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами.

Особенностью эпидемии ВИЧ-инфекции в Кемерове, в отличие от городов Кемеровской области, является то, что среди подростков имеется низкая заболеваемость, и минувший год не при-

нес новых случаев. Наибольшее количество инфицированных зарегистрировано в возрастной категории 20-34 лет — 18 человек, что составляет 66,7 %. Второй эпидзначимой возрастной группой является контингент 34-60 лет, выявлено 8 человек (29,6 %).

Количество выявленных случаев среди работающих и служащих составляет 44,5 % (в 2003 году — 5 %), безработных 25,9 % (50 % в 2003 году), что свидетельствует об изменении социального портрета ВИЧ-положительных людей в сторону социально благополучных лиц.

В 2004 году половым путем инфицировались 11 человек — 52,4 % (в 2003 г. — 29,2 %), парентеральным путем 10 человек — 47,6 % (в 2003 г. — 66,7 %).

Подобного соотношения путей передачи ВИЧ, когда превалирует половой путь, не наблюдалось с момента прихода эпидемии наркомании в г. Кемерово.

Количество смертей в 2004 году является значительным — 4 человека. Среднегодовое число составляет 2,2 случая. Учитывая 12-летнюю продолжительность эпидемии ВИЧ/СПИДа в г. Кемерово и известную статистику по продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных людей в России, которая показывает 12-13 лет, можно предположить, что в г. Кемерово с каждым последующим годом количество умерших ВИЧ-инфицированных будет увеличиваться.

ЕФИМОВА Л.Д.

*МУ Управление здравоохранения администрации города,  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово*

## АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ Г. КЕМЕРОВО ЗА 2002-2004 ГГ.

Одним из ведущих медико-демографических показателей является смертность, в том числе подростковая.

Показатель подростковой смертности на 1000 подросткового населения составил: 2000 г. — 1,59; 2001 г. — 1,4; 2002 г. — 1,35; 2003 г. — 0,76; 2004 г. — 0,72.

Анализируя показатель подростковой смертности за последние 5 лет, отмечается тенденция к его снижению вследствие уменьшения случаев убийств, самоубийств, несчастных случаев, заболеваний.

В 2004 г. зарегистрировано 19 случаев смертности подростков, в том числе 2 случая смерти от заболевания — острый гнойный менингит и апластическая анемия (2002 г. — 4 случая,

2003 г. — 4 случая). От неуправляемых причин погибли 11 человек (2002 г. — 24 чел., 2003 г. — 12 чел.), от отравления — 5 человек (2002 г. — 4 чел., 2003 г. — 3 чел.), в одном случае причина смерти не установлена (2002 г. — 4 случая, 2003 г. — 1 случай).

В структуре смертности подростков первое место поделили смертность в результате отравления неизвестным ядом и смертность от несчастных случаев. В результате отравления неизвестным ядом и передозировки наркотиками погибло 5 человек — 26,3 % (2002 г. — 4 случая — 11,1 %; 2003 г. — 3 случая — 15 %).

Смертность от несчастных случаев наступила в результате сочетанных травм головы, груди, живота при дорожно-транспортных происшествиях

ях, уличных драках, утоплении. Зарегистрировано 5 случаев – 26,3 % (2002 г. – 11 случаев – 30,6 %; 2003 г. – 5 случаев – 25 %).

На втором месте убийства и самоубийства. Зарегистрировано по 3 случая – 15,8 % (2002 г. – убийств 7 случаев – 19,4 %, самоубийств 6 случаев – 16,7 %; 2003 г. – убийств 3 случая – 15 %, самоубийств 4 случая – 20 %). Самоубийству подверглись: студент КузГТУ, учащийся ПУ № 77, неорганизованная девушка-подросток.

Администрацией г. Кемерово для снижения подростковой смертности проводятся профилактические мероприятия:

1. Вопросы подростковой смертности рассматриваются на городском межведомственном координационном совете по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

2. Работает программа межведомственных мероприятий (управления социальной защиты, народного образования, здравоохранения, управления внутренних дел) по снижению смертности подростков от «неестественных» причин.

3. В детских поликлиниках работают методические советы по воспитанию здорового ребенка, активно проводится индивидуальная работа с «трудными» подростками.

4. Отрабатывается преемственность между поликлиниками и стационарами по «Учету пролеченных подростков в стационаре».

5. Проводится постоянный контроль исполнения приказа МЗ РФ от 05.05.1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

6. Ежеквартально, с анализом, проводится разбор случаев смертности подростков.

7. Обеспечивается информированность населения о причинах и профилактике подростковой смертности Центром медицинской профилактики.

В дальнейшем проводимая работа будет совершенствоваться. Учитывая кризисы периода взросления подросткового возраста, необходимо организовать при детских поликлиниках кабинеты медико-социальной помощи, укомплектовать кадрами психологов и социальных работников, проводить индивидуальную и групповую психотерапию.

ЗАЙЦЕВ А.В.

ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово

## ЭКСПОЗИЦИОННЫЕ ДОЗЫ ВРЕДНЫХ ВЕЩЕСТВ, ПОЛУЧАЕМЫЕ НАСЕЛЕНИЕМ В САНИТАРНО-ЗАЩИТНОЙ ЗОНЕ ОАО «КОКС»

С учетом повторяемости (розы ветров) и средних концентраций вредных веществ в атмосферном воздухе СЗЗ ОАО «Кокс», рассчитывались их экспозиционные дозы (мкг/кг в сутки), по которым давалась гигиеническая оценка вероятности воздействия на организм. Фактические экспозиционные дозы вредных ве-

ществ сравнивались с допустимыми дозами. Из данных таблицы видно, что на расстоянии 1000 м в СЗЗ ОАО «Кокс» население может получать экспозиционные дозы, составляющие от допустимых доз, фенола 83 %, оксида углерода – 39,6 %, цианистого водорода – 25 %, пыли – 100 %, нафталина – 57 %, бензола – 87 % и сажи – 70 %.

**Таблица**  
**Экспозиционные дозы вредных веществ, создающиеся в организме при загрязнении атмосферного воздуха на подветренных территориях ОАО «Кокс» (мкг/кг в сутки)**

Вещество	Допустимая	1000 м	1500 м	Жилая зона	Жилая зона
				Кировского района	Рудничного района
Фенол	0,86	0,71	0,57	0,19	0,13
Сероуглерод	1,43	2,2	1,43	2,71	1,43
Оксид углерода	857	339	328	228	233
Цианистый водород	2,85	0,71	0,71	-	0,14
Пыль	42,9	43,0	31,4	15,7	3,3
Нафталин	0,86	0,49	0,28	-	0
Бензол	28,6	25,0	7,1	-	0
Сажа	14,3	10,0	11,0	21,4	-

На расстоянии 1500 м экспозиционные дозы большинства вредных веществ (фенол, сероуглерод, оксид углерода, пыль, нафталин, бензол) меньше, чем на расстоянии 1000 м. Заслуживает внимания, что в жилых зонах Кировского района, на значительных расстояниях от ОАО «Кокс», экспозиционные дозы сероуглерода и сажи больше, чем в СЗЗ на расстоянии 1000 м. Это может быть обусловлено как влиянием на загрязнение атмосферы сероуглеродом в целом Заводского промузла, так и появлением вторичных источников загрязнения атмосферы сажей.

Установлена сильная обратная связь между расстоянием в СЗЗ ОАО «Кокс» и величинами экспозиционных доз вредных веществ (аммиак, оксид углерода, цианистый водород, пыль, нафталин, бензол), получаемых населением. С использованием уравнения линейной регрессии определены расстояния, на которых в СЗЗ ОАО

«Кокс» экспозиционные дозы ряда вредных веществ, не превышающие допустимые. Они равны для аммиака — 800 м, оксида углерода — 700 м, цианистого водорода — 800 м, пыли — 1000 м, нафталина — 800 м, бензола — 800 м.

Что касается сероуглерода и сажи, то для них связь между величинами экспозиционных доз и расстоянием не установлена. Это, по-видимому, вызвано причинами, на которые указано выше по тексту.

Заслуживает внимания то, что экспозиционные дозы вредных веществ, получаемые населением в СЗЗ ОАО «Кокс» на расстояниях 1000 м и 1500 м, в сотни раз меньше, чем дозы, вызывающие мутагенное действие (нафталин, бензол), эмбриотропное действие (фенол, нафталин, бенз(а)пирен), тератогенное действие (нафталин, бенз(а)пирен) и канцерогенное действие (нафталин, бензол) при многократном воздействии.

ИВАНОВ С.В., ЗАЙЦЕВ В.И.

*ГУ Центр Госсанэпиднадзора в г. Кемерово*

## НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА САНЭПИДСЛУЖБЫ ГОРОДА

В последние годы, исходя из санитарно-эпидемиологической ситуации, изменились функции санэпидслужбы. Из контрольной служба превращается в орган с преобладанием аналитической, организационной и оценочной деятельности. Сфера этой деятельности — здоровье населения и среда обитания человека. От факторов риска зависит здоровье человека — это определяет стратегию и тактику деятельности санэпидслужбы. Для выполнения новых для нее функций, по нашему мнению, работа санэпидслужбы должна строиться по признаку научного учреждения с конкретной задачей установления причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и состоянием среды обитания.

Одним из направлений выполнения аналитической и оценочной функции санэпидслужбы в г. Кемерово является проведение научно-практических и научно-исследовательских работ.

С этой целью в центре Госсанэпиднадзора в г. Кемерово создана определенная система деятельности, включающая в себя планирование, исполнение, внедрение и оценку эффективности выполненных мероприятий по результатам научно-практических и научно-исследовательских работ. Порядок работы определен внутренним стандартом учреждения «Научно-практическая работа», который утвержден приказом глав-

ного врача центра госсанэпиднадзора в г. Кемерово.

По итогам выполненных работ составляются отчеты с практическими рекомендациями для внедрения и использования. На основании отчетов готовятся статьи для публикации в разных журналах или тезисы докладов для участия в научно-практических конференциях.

Только за период 2000-2004 гг. опубликовано в разных изданиях около 190 тезисов докладов по выполненным научно-практическим работам по разным актуальным проблемам гигиены и эпидемиологии. За этот период специалисты санэпидслужбы города приняли участие в международных, республиканских и региональных конференциях в городах: Канасава, Москва, Санкт-Петербург, Самара, Волгоград, Пенза, Рязань, Оренбург, Омск, Новосибирск, Новокузнецк, Кемерово. Кроме того, по инициативе центра Госсанэпиднадзора в г. Кемерово, организовано и проведено пять научно-практических конференций, посвященных всемирному дню охраны окружающей среды.

Активизации научно-практической деятельности специалистов санэпидслужбы способствовало тесное сотрудничество практических врачей с учеными профильных кафедр КГМА. По результатам совместно выполненной работы подготовлены, утверждены и изданы 17 методических реко-



мендаций и указаний по актуальным проблемам деятельности санэпидслужбы, в том числе 9 — по новым технологиям ведения госсанэпиднадзора: социально-гигиеническому мониторингу и методологии оценки риска.

По результатам научно-практической деятельности специалистами ЦГСЭН в г. Кемерово, совместно с учеными КГМА, подготовлено и издано 3 монографии: «Эколого-гигиенические проблемы городов с развитой химической промышленностью», «Гигиеническая оценка загрязнений окружающей среды при многолетней эксплуатации сосредоточенных химических предприятий», «Гигиеническое воспитание и обучение декретированных групп населения на муниципальном уровне: состояние, проблема и перспектива совершенствования».

Некоторые разработки специалистов ЦГСЭН в г. Кемерово были использованы при разработке «Концепции экологической политики Кемеровской области».

Результаты динамического наблюдения за санэпидобстановкой в городе, с ее анализом, публикуются в ежегодных изданиях «Здоровье населения и окружающая среда г. Кемерово», которых вышло уже четырнадцать.

Наиболее крупные и значимые научно-практические работы выполнены специалистами центра за последние годы: «Анализ санитарно-гигиенической ситуации по СЗЗ ОАО «Кокс» по результатам изучения загрязнений окружающей

среды, состояния здоровья населения, рисков заболеваемости и смертности, компьютерного моделирования», «Эколого-гигиеническая оценка загрязнения сероуглеродом атмосферного воздуха г. Кемерово», «Определение рисков возникновения профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний и обоснование медико-гигиенических здоровье-сберегающих технологий работающих на предприятиях ОАО «Кузбассэнерго», «Изучение онкологической заболеваемости в Кузбассе с разработкой атласа» и т.д.

В настоящее время выполняются ряд больших научно-практических работ по проблемам инвалидности населения, врожденным порокам развития новорожденных, железодефицитным состояниям, канцерогенной опасности промышленных производств.

По результатам научно-практической деятельности специалистами ЦГСЭН в г. Кемерово защищены три кандидатских и одна докторская диссертация. Количество и качество выполненных работ позволило одному из специалистов центра быть избранным по конкурсу действительным членом Российской экологической академии. В настоящее время готовят к защите кандидатские диссертации еще 3 специалиста ЦГСЭН в г. Кемерово.

Совершенствование научно-практической работы и внедрение ее результатов в жизнь способствует повышению действенности и направленности госсанэпиднадзора в г. Кемерово.

ИВАНОВ С.В., МАСЛОВ А.К., ЕФИМОВ В.П., БАКУЛИН В.С., ГРАНКИНА Г.С.,  
МЕДВЕДЕВА Н.В., МАСЛОВА Г.А., АКСЕНОВА Н.Н., ТУРДАКИНА Н.А.  
*ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово*

## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЭПИДВАЖНЫХ ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

**С**истематическое определение микробиологического качества эпидважных факторов (молока и молочной продукции, других пищевых продуктов и блюд, а также воды хозяйственно-питьевого назначения и пр.) является обязательной частью полноценного санитарно-эпидемиологического надзора, возлагаемого на санитарно-бактериологические лаборатории центров ГСЭН. Только по результатам полученных исследований можно сделать объективные выводы

о микробиологическом качестве фактора возможного заражения и его эпидемической опасности.

В последние годы, из-за проблем с финансированием учреждений санэпидслужбы, санитарно-бактериологические лаборатории вынуждены проводить платные анализы, что существенно повело к изменению структуры и глубины анализируемых проб.

Ниже приведены сравнительные данные по исследованию проб пищевых продуктов.

Наименование проб	2001	2004	% снижения
Молоко и молочные продукты	354	179	50,56
Деревенское молоко	161	79	48,44
Продукты детского питания	110	14	87,3
Сумма исследованных проб пищевых продуктов и готовых блюд	4504	3088	31,5

Оценивая микробиологическое качество исследованных проб, следует отметить, что оно остается сравнительно стабильным, колеблясь

в пределах 3-5-7-10 нестандартных проб за год. Исключение составляют пробы детского питания, микробиологическое качество которого приближается к идеальному.

Наименование проб	2003 г.	2004 г.	% роста (снижения)
Пробы из стационарных точек по сетям	362	300	- 17,2
В т.ч. пробы с головных сооружений перед подачей воды в сети	89	54	- 39,4
Пробы воды, отобранные в других подразделениях центра	728	829	+ 13,8
Пробы воды горячего водоснабжения	1096	964	- 12,1
Пробы воды промпредприятий	520	503	- 3,3
Вода открытых водоемов и канализационные стоки	481	542	+ 12,7

Поэтому, по всей видимости, не случайно показатели заболеваемости ОКИ среди до 3-х лет существенно снизились, что, возможно, определило и снижение общей заболеваемости в 2004 году до 647,3, а в предшествующие годы заболеваемость ниже 700-770 на 100 тыс. населения не снижалась.

Следует обратить внимание, что общее количество исследованных проб пищевых продуктов снизилось всего на 31,5 %. Это может говорить о том, что продолжается исследование большого количества проб мясных и рыбных готовых блюд и гарниров, которые, как правило, не имеют эпидемиологической значимости, а такие продукты, как мороженое и др., вообще не исследуются. Кроме этого, почти все пробы пищевых продуктов исследуются на сальмонеллы, стафилококки с очень редкими находками (0,3-0,5 %), а анализы на кишечные иерсинии, бациллы Цереус и др. проводятся крайне редко.

Еще более впечатляющие изменения произошли в исследовании проб воды хозяйственно-питьевого назначения. Ниже представлены сравнительные данные по количеству исследованных проб воды на общие колиформные бактерии.

Из анализа представленных данных видно, что на самый важный объект – городской водопровод, вода из которого, для контроля микробиологического качества, исследуется лишь в небольшом объеме, чего явно недостаточно для достоверных выводов о ее эпидемиологической опасности. При этом менее 1/10 этих проб исследуются на кишечные фаги и споры сульфитредуцирующих бактерий.

Вместе с тем, исследуется большое число проб горячего водоснабжения, пробы воды открытых водоемов и канализационные стоки с большим удельным весом анализов на кишечные бактериофаги (почти каждая третья проба канализационных стоков и каждая четвертая проба из открытых водоемов). В то же время известно, что эпидемиологическая опасность данной воды не имеет большого значения в распространении возбудителей кишечных инфекций среди людей.

Представленный анализ состояния санитарно-бактериологического контроля за эпидважными объектами внешней среды в последние годы изобилует большими недостатками, как в структуре, так и по глубине исследуемых проб, и требует коррекции в организации контроля в наборе и глубине исследуемых проб.

КРЫЖАНОВСКИХ Е.Г., ГРИГОРЬЕВА И.В., КОБА В.И.  
МУЗ Детская клиническая больница № 1,  
г. Кемерово

## ОРГАНИЗАЦИЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В ЛЕТНЕЕ ВРЕМЯ

Организация летнего отдыха детей в настоящее время входит в число острых социальных проблем. Особенности региона проживания накладывают серьезный отпечаток на физическое развитие и состояние здоровья подрастающего поколения. Традиционно для оздоровления детей в период летних каникул использовалась загородная зона. Однако в последние годы, на фоне ухудшения здоровья детского населения, уменьшается количество детей, отдохнувших в летних оздоровительных учреждениях. В г. Кемерово уже около 10 лет проводится

оздоровление детей в каникулярное время непосредственно на базе школ. Так, в школах, территориально курируемых МУЗ ДКБ № 1, только за последние 4 года оздоровлено более 12 тыс. детей, преимущественно из социально незащищенных семей. Основная задача оздоровительных мероприятий – восстановление психосоматического благополучия учащихся путем устранения нарушений, являющихся следствием учебных перегрузок, гипокинезии, нарушений в питании и различных стрессовых факторов. Оздоровление осуществляется путем организации правильного

режима дня, сбалансированного питания, дозированных физических нагрузок.

При школах организуются центры дневного пребывания, в которых весело и интересно дети проводят свой летний отдых. В течение последних лет на базах некоторых школ организуются летние занятия для одаренных детей с проведением оздоровительных мероприятий. Одаренные подростки – учащиеся различных школ и гимназий города, отличившиеся в учебе, ставшие победителями городских и областных олимпиад, а также проявившие себя как творческие личности из музыкальных и художественных школ. Дети, которые весь год занимались с усиленной нагрузкой, как правило, ослаблены и подвержены различным заболеваниям.

Проведена организационно подготовительная работа по обеспечению оздоровления детей. Проведен анализ состояния здоровья детей, на основании которого разработан комплексный план оздоровления. За каждой школой закреплены ответственные за оздоровление этих детей врачи наиболее квалифицированные в отделении. Проведена работа по воспитанию гигиенических навыков и формированию здорового образа жизни.

По данным диспансеризации, количество здоровых детей с каждым годом снижается. В частности, в диспансерной группе «Кемеровских умников» абсолютно здоровых всего 2 %; с различными

функциональными отклонениями – 55 %, детей, имеющих хронические заболевания – 43 %. Учебное расписание у многих из этих детей в течение года очень плотное, поэтому было предложено включить оздоровительные мероприятия в программу обучения «умников» летом.

В 2004 г. оздоровление одаренных детей проводилось на базах школ № 1, № 40, № 10 и № 37. Дети получили комплекс витаминов, иммуномодуляторов, комплекс лечебной физкультуры, корригирующий осанку. 58 % детей с патологией зрения оздоровлены офтальмологом дневного стационара. Проведено аппаратное лечение, физиолечение, общий массаж, лечебная гимнастика и занятия по гигиене зрения. В школьных стоматологических кабинетах проведена санация зубов 62 % детей. Каждому ребенку составлен индивидуальный план реабилитации в соответствии с состоянием здоровья и учетом факторов риска развития хронических заболеваний; рекомендован комплекс мероприятий для выполнения в домашних условиях во вне учебное время.

Родителям детей хочется напомнить, что эффективность летних оздоровительных мероприятий будет выше, если семьи проникнутся проблемой сохранения и укрепления здоровья детей не только в летнее время. Только в семье можно сформировать у ребенка грамотное отношение к своему здоровью. Ведь от их заботы и внимания зависит будущее нашего города.

КУЗНЕЦОВА О.В., ВОСТРИКОВА Е.А., ШУМАКОВА Н.В.,  
СОЛОМАТИНА Е.Б., КОТУРГА Л.И.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКЦИИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКОГО КОМБИНАТА «АЗОТ» И СОТРУДНИКОВ ГУИН

**Ц**ель работы: определение истинной распространенности бронхообструктивных изменений среди работников химического комбината «Азот», сравнение полученных данных с показателями у служащих системы ГУИНа.

*Материал и методы:* Обследовано 1537 мужчин и женщин в возрасте от 17 до 70 лет (1035 мужчин и 502 женщины), из них 1137 человек работают на химическом комбинате «Азот» (1-я группа), 400 – в системе ГУИНа (2-я группа).

Согласно санитарно-гигиенической характеристике условий работы, основными вредоносными производственными факторами на химическом комбинате являются контакт с промышленными

ксенобиотиками, в основном, из группы раздражающих газов, – сварочный аэрозоль, вибрация, электромагнитное излучение, высокая или низкая температура, повышенный уровень шума.

Проводился одномоментный скрининг, включающий анкетирование с использованием стандартизированных опросников, физикальное обследование, скрининговую спирометрию (Erich Jaeger). Бронхиальная проходимость оценивалась по следующим параметрам: объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1). За бронхиальную обструкцию принимались показатели ОФВ1 и ПСВ ниже 80 % от должных величин. Полученные данные обработаны статистически с ис-

пользованием программы Microsoft Excel, достоверность различий показателей анализировалась с помощью критерия Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

**Результаты:** Частота респираторных симптомов, таких как кашель и мокрота существенно отличаются у представителей профессиональных групп химиков и служащих ГУИНа: у мужчин жалобы на кашель в 42,5 % и 33,9 % ( $p < 0,05$ ); на наличие мокроты 33,8 % и 25,6 % ( $p < 0,05$ ), соответственно; жалобы на одышку чаще во второй группе – 17,4 %, чем в первой группе – 15,3 % (разница не достоверна).

Среди женщин различия менее выражены: жалобы на кашель у работниц первой группы – 25,4 %, в сравнении со второй – 17,1 %; в жалобах на мокроту (14,7 % и 14,3 %) и одышку (27,7 % и 26 %, соответственно) достоверной разницы не получено. Обращают на себя внимание более частые жалобы на одышку среди женщин обеих групп, чем среди мужчин.

Результаты скрининговой спирометрии также выявили существенные различия в соотношении лиц с нормальными и сниженными показателями ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ. Среди мужчин достоверно больше число лиц с нарушениями бронхиаль-

ной проходимости у химиков: ОФВ1 < 80 % в первой группе у 22,3 %, а во второй у 15,2 % работников ( $p < 0,05$ ); ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 % – у 3,2 % и 1,3 %, соответственно. Среди женщин также достоверно больше лиц с нарушениями бронхиальной проходимости у работниц химического комбината: ОФВ1 < 80 % в первой группе у 18,9 %, а во второй у 9,5 % работников ( $p < 0,05$ ); ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 % – у 2,5 % и 0 %, соответственно.

**Выводы:**

1. У мужчин и женщин распространенность бронхообструктивных изменений значительно выше у химиков в сравнении с работниками ГУИНа.

2. У женщин распространенность таких респираторных симптомов, как кашель и наличие мокроты и сниженных показателей спирометрии меньше, чем у мужчин, и среди химиков, и среди служащих ГУИНа, что, по-видимому, обусловлено большим распространением курения среди мужчин.

3. Необходимо углубленное клинико-функциональное обследование лиц с подозрением на бронхообструктивную патологию; проведение бронходилатационного теста лицам, у которых на скрининге показатели бронхиальной проходимости оказались сниженными.

МАКАРОВА Р.П., ПИРОГОВА И.Н.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1,  
г. Кемерово*

## УРОВЕНЬ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ

**В** современной стоматологии признается приоритетная значимость гигиенического воспитания населения в комплексной системе профилактики основных стоматологических заболеваний. Однако значение гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний недооценивается населением. Более половины всего человечества осуществляют уход за зубами неправильно или нерегулярно, или вообще не чистят зубы (Г.Н. Пахомов, 1982).

В связи с этим мы на протяжении последних нескольких лет занимаемся изучением уровня гигиенических знаний и сформированности гигиенических навыков у населения г. Кемерово, источников и степени информированности о средствах гигиены полости рта и аргументации их выбора.

Наши результаты свидетельствуют о том, что большинство участников исследования имеют

определенные знания по уходу за полостью рта, но они далеки от достаточности и точности, и что знания далеко не всегда отражают истинное поведение населения, уровень их гигиенических навыков.

По данным наших исследований только 9,4% опрошенных проводят как обязательное гигиеническое мероприятие – полоскание полости рта после приема пищи, только 17,5 % чистят зубы после завтрака и после ужина, а 7,5% – после каждого приема пищи. Оптимальное время чистки зубов (3-5 минут) соблюдают только 28,8 %, а отдельные лица не чистят зубы совсем. Около 60 % участников исследования используют зубную щетку более 6 месяцев или до тех пор, пока совсем не сотрется. Обращает на себя внимание факт позднего начала оформления гигиенических навыков. Так, в возрасте 2-3 лет начали чистить



зубы только 11,3 % лиц, в 4-5 лет – 40 %, все остальные указывают на более старший возраст.

На гигиеническое состояние полости рта оказывает влияние не только регулярность систематичность и техника чистки зубов, но и умение правильно подобрать необходимые средства для ухода за полостью рта. Наши исследования свидетельствуют о наличии серьезных пробелов и в этой области знаний.

Большинство населения не разбирается в том многообразии зубных щеток, которое предлагается сегодня производителями. Следует отметить, что 70 % населения никогда не пользуются зубной нитью, которая на сегодняшний день относится не к дополнительным, а к основным средствам гигиены, и играет ведущую роль в профилактике апроксимального кариеса и воспалительных болезней пародонта. Только 6 % опрошенных используют это важное средство гигиены регулярно. Зубочистками регулярно пользуются также только 21 % участников исследования. Большинство населения, однако, использует такое дополнительное средство гигиены, как жевательная резинка. Только 4,2 % опрошенных нами жителей г. Кемерово, никогда не пользуются жевательной резинкой. Большая часть пользователей резинки

(70 %) жуют ее беспорядочно и дольше положенного времени, что ведет к негативным последствиям со стороны различных органов, прежде всего, со стороны системы пищеварения. Да и предназначение жевательной резинки многие ее пользователи (80 %) видят только в дезодорации полости рта.

Печально осознавать, что только 12,5 % участников опроса считают врача источником базовых гигиенических знаний, 8,8 % – педагога, а 30 % опрошенных вообще отрицают наличие какого-либо источника информации специалистов о зубных нитях, о назначении и режиме использования жевательных резинок, что компенсируется рекламой, которая, преследуя интересы производителя, никогда не имеет информации о возможных побочных воздействиях рекламируемого продукта при неправильном его употреблении.

Таким образом, наши исследования свидетельствуют о насущной потребности активизировать деятельность стоматологов в направлении санитарного просвещения, а организаторов стоматологической службы поощрять их усилия в этом благородном деле, а также предпринять попытки использования для этой цели средства массовой информации.

МАЛЬКОВА Г.А., ЗЕМЛЯНУХИН Э.П.

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,  
г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Главной особенностью демографических процессов, происходящих в мире, является старение населения. По определению экспертов ВОЗ пожилой возраст исчисляется с 65 лет, старческий – с 80 лет.

В процессе физиологического старения сердечно-сосудистая система, системы пищеварения, почек и другие системы подвергаются функциональным и структурным инволютивным изменениям, которые регистрируются уже после 50-ти

лет. Пожилые люди и люди в старческом возрасте, как правило, страдают несколькими заболеваниями. В течение последних лет состояние здоровья населения характеризуется высоким уровнем заболеваемости системы кровообращения среди лиц указанной категории.

При анализе 202 обслуженных вызовов со стенокардиями различных функциональных классов (ФК) у лиц старше 65 лет, были выявлены следующие данные.

Сопутствующая патология	Число	
	абс.	%
Сахарный диабет 2-го типа	156	77
АГ	180	89,1
ИБС, инфаркт в анамнезе	102	50,5
Ожирение (определялось по индексу Кетле и размерам ОТ и ОБ)	76	37,6
СН различных ФК	74	36,6
Заболевания Ж.К.Т.	182	90
Фибрилляция и трепетание предсердий	140	69,3
ОНМК в анамнезе	26	12,9
Обструктивные болезни легких	81	39,6
Сочетание больше 3-х заболеваний	202	100

При обслуживании таких больных необходимо учитывать полиорганность заболевания и клинические особенности течения патологических процессов в пожилом и старческом возрасте.

Проанализировано 156 вызовов со стенокардиями различных ФК в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа. Среди пациентов выявлены клинические симптомы: повышение АД — 142 чел. или 92 %, избыточная масса тела (по индексу Кетле и размерам ОТ и ОБ) — 136 чел. или

90 %, различные нарушения ритма — 122 чел. или 67 %, одышка — 102 чел. или 61 %, различные кардиалгии — 66 чел. или 42 %.

Эти данные доказывают необходимость тщательного сбора анамнеза, учета полиморфности жалоб, часто нетипичного проявления болевого синдрома, для постановки правильного диагноза, лечения и дальнейшей тактики при обслуживании лиц пожилого и старческого возраста с сочетанной патологией.

МАСЕНКО Я.Л., ВОСТРИКОВА Е.А., КАЗАЧУК Л.А., МАКАРОВА Л.Ф.  
МСЧ КОО «АЗОТ»,  
Кемеровский пульмоцентр,  
г. Кемерово

## РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ ВЫСОКОГО РИСКА У РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Сохранение здоровья работающей части населения страны в условиях наступающего демографического кризиса — задача первоочередной государственной важности, которая из социальной перерастает и в экономически значимую. На работников промышленных предприятий, работающих во вредных условиях труда ложится двойная нагрузка: тяжелая экологическая обстановка в городе и вредные факторы действующие на рабочих местах. Результаты не заставляют себя ждать. Растет заболеваемость с временной утратой трудоспособности, растет первичный выход на инвалидность, растет число профессиональных заболеваний.

Основным средством для выявления и профилактики заболеваний среди работающей части населения, служат периодические медицинские осмотры, которые регламентируются соответствующими приказами Минздравсоцразвития РФ. Однако следует отметить, что объем исследований, определяемый вышеуказанными приказами, не всегда позволяет определить заболевания на ранних стадиях развития, поэтому возможные меры профилактики, как правило, не дают необходимого эффекта. На базе поликлиники МСЧ КОО «АЗОТ» разрабатывается комплекс лечебно-профилактических мероприятий у сформированных групп риска развития заболеваний.

«Стратегия высокого риска» должна стать определяющей для выявления ранних стадий заболеваний. Наиболее значимыми заболеваниями для работников промышленных предприятий нужно считать заболевания с частыми и продолжительными случаями временной утраты трудо-

способности, потере рабочего места или профессии в результате заболевания, случаям выхода на инвалидность, профессиональные заболевания. В основу формирования групп риска положен принцип комбинированного и сочетанного действия различных факторов на здоровье работников.

К таковым заболеваниям относятся болезни органов дыхания, особенно ХОБЛ, заболевания костно-мышечной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни ЛОР-органов, кожные заболевания.

В результате совместной работы МСЧ КОО «АЗОТ» и Кемеровского городского пульмонологического центра по выявлению ранних форм бронхообструктивных заболеваний у работников предприятия, разработана методика первичной профилактики ХОБЛ. Обследование включало анкетирование, антропометрию, физикальное обследование, пикфлоуметрию, скрининговую спирометрию. Критериями включения в группу риска служили вредные условия труда (контакт с веществами раздражающего действия, органическими веществами, переохлаждение, стаж работы), производственные факторы (наследственность, сопутствующие заболевания, социальные условия, вредные привычки), респираторные клинико-инструментальные симптомы. Определена сопряженность того или иного критерия с развитием ХОБЛ. На основе полученных данных разработана балльная шкала риска развития ХОБЛ. В зависимости от суммы набранных баллов, определяется соответствующая группа риска. Каждой группе риска в нашей трехступенчатой системе соответствует свой комплекс лечебно-

профилактических мероприятий. Таким образом, рационально используется лечебно-профилактическая база предприятия — поликлиника, загородная оздоровительная база, санаторий-профилакторий, стационар. В комплексе мероприятий присутствует социальный аспект: рекомендации по трудоустройству вне действующих вредных факторов, трудоустройство по решению КЭК, на-

правления на МСЭ и в центр профпатологии в соответствующих случаях.

«Пилотный» проект стратегии высокого риска по профилактике ХОБЛ, реализованный на базе поликлиники МСЧ КОО «Азот» в 2004 году, дал обнадеживающие результаты: по сравнению с предыдущим 2003 г., на 12 % снизилось число случаев заболеваний органов дыхания с ВУТ.

НИКОЛАЕВА О.Ю., ДАНИЛЕНКО А.Н., ТОРГАШИНА Л.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,*

*Городская стоматологическая поликлиника № 11,*

*г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**И**зменения демографической ситуации, обусловленные увеличением удельного веса лиц старше 60 лет, определяет медико-социальную и клиническую значимость проблемы. Демографические сдвиги приводят к увеличению числа людей пожилого и старческого возраста, обращающихся за стоматологической помощью.

У пациентов пожилого возраста отмечается сочетанность и множественность соматической патологии. Каждый больной имеет в среднем 4-5 заболеваний. Так, чаще других встречаются болезни системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы.

Претерпевает изменение и психическая деятельность. Это проявляется в повышенной немотивированной обидчивости, эгоцентризме, плаксивости, ипохондричности. Заметно снижается способность к переключению внимания, появляется повышенная утомляемость. Данный контингент больных требует от врача-стоматолога большого терпения, выдержки, доброжелательности.

Необходимо уделять большое внимание установлению контакта между больным и врачом, что в дальнейшем обеспечит большой успех в лечении. Учитывая то, что лица старческого возраста не способны в достаточной мере сотрудничать с врачом, оправдывает себя необходимость вовлечения родственников в лечебный процесс. Им необходимо сообщить об объеме лечебных манипуляций, возможных осложнениях, исходе лечения.

У пациентов пожилого возраста в связи с ухудшением состояния здоровья, ростом патологической поражаемости на фоне возрастных изменений в различных органах и системах,

стоматологические заболевания носят взаимоотношающийся характер, протекают атипично, с частыми рецидивами и осложнениями заболевания.

Посещение врача стоматолога для пожилых людей является сильным психологическим и болевым стрессовым фактором. Челюстно-лицевая область является мощной рефлексогенной зоной и почти все проводимые лечебные манипуляции, сопровождаются болевыми ощущениями большей или меньшей интенсивности. Это приводит к изменению гипофизарно-гипоталамо-надпочечниковой системы. В результате чего изменяется сердечный ритм, повышается артериальное давление, возникает опасность ишемии миокарда и нарушения мозгового кровообращения у пациентов пожилого возраста с сопутствующей патологией.

При оказании стоматологической помощи на дому лицам пожилого и старческого возраста, а также нетранспортабельным инвалидам следует избегать выраженных болезненных манипуляций, щадить психику больного. Лечение должно проводиться при хорошем обезболивании.

В тоже время следует внимательно подходить к выбору анестетика у данного контингента больных. Желательно применять анестезирующие средства без вазоконстриктора. При лечении воспаленной пульпы, когда требуется хорошее обезбоживание, должны применяться анестетики на основе артикаина с небольшим содержанием сосудосуживающих средств.

Отягощенный соматический анамнез больных пожилого возраста, представленный многочисленными перенесенными и сопутствующими заболеваниями способствует развитию осложнений при оказании стоматологической помощи, что определяет высокий профессиональный риск медперсонала.

Врач стоматолог должен помнить о большой ответственности, которая на него возлагается, что

обязывает его быть готовым к оказанию экстренной помощи в любой момент.

РАВИНГ Л.С., КАРАСЬ И.Ю., ЧЕПКОЙ К.С., КАРАСЬ Д.В.  
*Кемеровский государственный университет*  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕБРАЧНОГО МАТЕРИНСТВА

Тенденции последних десятилетий в высокоразвитых странах позволяют говорить о неуклонном росте родов у женщин, не состоящих в официальном браке. С конца 90-х годов XX века частота внебрачных родов в России выросла более чем в 2 раза и на сегодняшний день составляет 23 % (Радзинский В.Е.). Ряд социологов и психологов предполагают, что внебрачное материнство, как социальное явление, носит цепной характер. Хорошо известно, что немалую долю среди женщин, рожаящих вне брака, составляют женщины, воспитывавшиеся в неполных семьях. Но внебрачная рождаемость представляет интерес не только с социальной и демографической точек зрения, но и, не в меньшей степени, с позиции акушерства.

С целью выявления особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин, не состоящих в браке, в исследование были включены 100 беременных женщин, наблюдавшихся в женской консультации МУЗ ГБ № 1 и родивших в 2004 году. Для оценки уровня реактивной (ситуативной) и личностной тревожности использовалась шкала Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина. На основании брачного состояния женщин было сформировано 2 группы. В первую группу вошло 40 беременных, проживающих в незарегистрированном браке, во вторую группу — 60 женщин, вынашивающих беременность в официально оформленном браке. Большинство женщин обеих групп находились в расцвете детородного возраста (90 % в первой и 88,4 % во второй группе). Однако женщин в позднем детородном возрасте в первой группе было 2,5 %, а во второй — 10 %. Среди беременных первой группы были женщины в возрасте 17-19 лет (7,5 %), тогда как во второй группе данного возраста зарегистрировано не было. Основная часть женщин первой группы имели среднее специальное (52,5 %), а во второй группе — высшее образование (63,3 %). При анализе бытовых условий было выявлено, что собственное благоустроенное жилье имели 68,3 % женщин второй группы и лишь 47,5 % первой группы. Среди женщин, проживающих в не зарегистри-

рованном браке, впервые в брачные отношения вступили 77,5 %, повторно — 20 % и лишь одна женщина вынашивала беременность, будучи одинокой — 2,5 %. Во второй группе в первом официально зарегистрированном браке состояло 91,7 % женщин и лишь 8,3 % — в повторном браке. При анализе конституциональных особенностей было выявлено, что среди женщин второй группы избыточная масса тела отмечалась в 2,3 раза чаще. У женщин же первой группы чаще встречалась никотиновая зависимость — в 45 % случаев, причем средний стаж курения составлял 5,5 лет. Во второй группе 20 % беременных курили до беременности, средний стаж — 4 года. Несмотря на то, что во второй группе курящих женщин было в 2,3 раза меньше и с меньшим стажем курения, полученные данные, на наш взгляд, заслуживают особого внимания.

При анализе соматического и гинекологического анамнеза достоверных различий в частоте встречаемой патологии выявлено не было. Примерно одинаковое количество женщин обеих групп имели в анамнезе искусственное прерывание беременности (36,6 % и 35 % соответственно), но самопроизвольное прерывание беременности во второй группе встречалось в 28,3 %, а в первой группе — в 10 % случаев. Течение беременности у женщин первой группы чаще осложнялось угрозой прерывания (в 75 %), явлениями гестоза второй половины (в 52,5 %), анемией беременной (в 37,5 %), тогда как данные показатели у женщин второй группы составили 71,6 %, 46,6 % и 28,3 %, соответственно. Фетоплацентарная недостаточность и задержка развития плода у женщин первой группы отмечалась в 20 % случаев, а у беременных второй группы лишь в 3,4 %. В родах у женщин первой группы чаще встречалось родовое и раннее отхождение околоплодных вод (в 37,5 % и 26,2 %, соответственно). Но реже регистрировались быстрые роды (в первой группе — 2,5 %, во второй группе — 10 %) и дискоординация родовых сил (в первой группе — 2,5 %, во второй — 8,3 %). Оперативное родоразрешение у женщин обеих групп встречалось, примерно, с одинаковой частотой (в 20 % — в первой группе

и в 21,7 % случаев во второй). В первой группе чаще отмечалось рождение детей с низкой массой тела (в 25 % случаев, во второй группе – 10 %), тогда как во второй группе чаще регистрировалась макросомия (в 18 % случаев, в первой группе – 3,3 %). Поражение ЦНС у детей, рожденных от женщин первой группы, встречалось в 57,5 % случаев, тогда как во второй группе – 51,6 %.

По результатам психо-диагностического тестирования у женщин первой группы высокий уровень реактивной тревожности был зарегистрирован в 20 % случаев, умеренный в 36 % и низкий в 44 % случаев. Во второй группе высокого уровня реактивной тревожности выявлено не было, средний уровень отмечался лишь у 8,3 % и низкий – у 91,7 % женщин. У женщин первой группы также чаще регистрировался высокий уровень личностной тревожности – в 65 % случаев, тогда как во второй группе данный показатель составил

33,3 %. Низкий уровень личностной тревожности не был зарегистрирован ни в одной из групп.

Таким образом, можно сделать выводы, что женщины, вынашивающие беременность в не зарегистрированном браке, испытывают больший психологический дискомфорт, чаще находятся в никотиновой зависимости, что в сочетании с нерешенными жилищными вопросами оказывает негативное влияние на течение беременности, родов и здоровье новорожденных. Социально-экономические, морально-психологические и медико-демографические особенности внебрачного материнства позволяют говорить о том, что это – социальное явление, которое сопряжено с целым рядом неблагоприятных последствий, как социального, так и медицинского характера, а беременные женщины, не состоящие в браке, должны быть включены в группу высокого риска развития перинатальной патологии.

СОЛОДОВНИК А.Г., ВОЛКОВА Т.П., ИВАНОВА С.Н., АЛЕКСЕЕВА З.М.,  
СИЛАЕВА О.В., ЛАЗАРЕВА О.Г., АРТЕМЕНКО Е.И.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово*

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА «НОТТИНГЕМСКИЙ ПРОФИЛЬ ЗДОРОВЬЯ»

**В**ОЗ определяет качество жизни (КЖ), как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами». Исследование КЖ – общепринятый высокоинформативный, надежный, чувствительный и экономичный метод оценки благополучия как на индивидуальном, так и на групповом уровнях, дающий интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Критерии КЖ сегодня применяются для оценки уровня жизни людей в регионах, при разработке различных медицинских и социальных программ для различных групп населения, испытании новых лекарственных средств и методов лечения и т.д. Методом изучения КЖ является анкетирование с помощью стандартизированных опросников, разработанных под ту или иную задачу.

*Цель исследования:* оценить качество жизни медицинских работников амбулаторно-поликлинического звена.

*Материалы и методы:* Качество жизни оценивалось методикой «Ноттингемский профиль

здоровья» (НПЗ). Она состоит из двух частей. В первой, основной, части, включающей шесть разделов, рассматриваются шесть основных параметров: энергичность, болевые ощущения, эмоциональные реакции, сон, социальная изоляция, физическая активность. Количественный показатель каждого вопроса в разделе представляет собой взвешенную величину; сумма показателей вопросов в каждом разделе равна 100, что соответствует наихудшему уровню качества жизни, отраженному в данном разделе. Вторая часть методики, служит для оценки влияния состояния здоровья на основные виды повседневной активности, а также на межличностные отношения и половую жизнь. Оцениваются положительные ответы, как показатели отрицательного влияния состояния здоровья на работу, ведение домашнего хозяйства, участие в общественной жизни, домашнюю жизнь, любимые занятия, полноценный отдых. Опросник заполняли сами обследуемые. Время, необходимое для его заполнения, составляет около 10-12 мин.

С помощью методики (НПЗ), было обследовано 48 медицинских работников поликлиники, находящихся на рабочих местах, из них 23 врача

(участковые врачи терапевты) и 25 участковых медицинских сестер. Группы сопоставимы по возрасту и стажу работы, все женщины.

**Результаты и их обсуждение:** показатели качества жизни, полученные с помощью методики НПЗ, представлены в таблице.

ние показателей разделов: «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «сон» статистически достоверно различались у медицинских работников с различным стажем работы. В группе врачей статистически достоверны были различия показателей «болевые ощущения», «физическая актив-

**Таблица**  
**Показатели качества жизни (в баллах), полученные с помощью НПЗ, в разных группах медицинских работников в зависимости от стажа работы (M ± m)**

Показатели	Все медицинские работники n = 48	Врачи n = 23	Медицинские сестры n = 25	Все медицинские работники, стаж работы	
				до 10 лет n = 18	более 10 лет n = 30
Энергичность	29,10 ± 4,99	32,63 ± 8,00	25,86 ± 6,15	19,69 ± 6,78	34,75 ± 6,734
Болевые ощущения	13,07 ± 2,71	14,46 ± 3,97	11,80 ± 3,78	2,92 ± 1,04	19,16 ± 3,91*
Эмоциональные реакции	22,79 ± 3,22	23,23 ± 4,54	22,39 ± 4,65	14,93 ± 4,05	27,51 ± 4,36*
Сон	24,90 ± 4,19	21,53 ± 6,60	28,0 ± 5,35	11,5 ± 4,13	32,94 ± 5,83*
Социальная изоляция	17,54 ± 3,33	16,80 ± 4,48	18,23 ± 4,98	12,53 ± 4,87	20,55 ± 4,443
Физическая активность	7,52 ± 1,52	7,12 ± 2,23	7,88 ± 2,13	3,043 ± 1,48	10,20 ± 2,14

*Примечание:*\* -  $p < 0,05$

У всех медицинских работников наибольшие значения показателей отмечены по разделам: энергичность, эмоциональные реакции, сон, что соответствовало снижению уровня качества жизни по этим параметрам. Данные НПЗ, полученные по основным шкалам, статистически достоверно не различались между группами врачей и медицинских сестер. Данные второй части свидетельствовали об ограничениях у половины медицинских работников по всем разделам. Достоверной разницы между врачами и медицинскими сестрами выявлено не было. Проведен анализ КЖ в зависимости от стажа работы (до 10 лет и более 10 лет). По всем параметрам КЖ у медицинских работников со стажем более 10 лет отмечены более высокие значения, т.е. худшее КЖ по сравнению с медицинскими работниками с меньшим стажем работы. Однако только значе-

ность», в группе медицинских сестер ухудшался сон, нарастали болевые ощущения.

При анализе второй части НПЗ у лиц с большим стажем работы нарастали негативные влияния во всех разделах значений показателей КЖ.

Таким образом, проведенное исследование выявило снижение качества жизни медицинских работников, оцененное с помощью НПЗ. Среди медицинских работников со стажем более 10 лет КЖ оказалось ниже, чем в группе с меньшим стажем работы. Однако и среди молодых КЖ было низким по ряду параметров: энергичность, эмоциональные реакции, сон, социальная изоляция, что подтверждает негативное влияние высоких психологических нагрузок уже в первые годы профессиональной деятельности и позволяет рекомендовать включить медицинских работников в перечень так называемых «групп социального риска».

ЧЕРНО С.П., ЕВСТАФЬЕВА В.А.  
МУЗ Центр медицинской профилактики,  
г. Кемерово

## ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ САМОРАЗРУШАЮЩИХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

**С**остояние здоровья подрастающего поколения на сегодняшний день во многом определяет основные тенденции развития здоровья в обществе. В последнее время обоснованную тревогу вызывает состояние здоровья школьников как наиболее массового контингента.

Подростковый возраст — один из самых сложных периодов жизни человека, так как одновременно с физиологическим ростом и развитием организма происходит перестройка психики.

В этот период жизни школьник активно ведет поиск своего «я», у него появляются потреб-

ности в обособленности от взрослых. На первое место выносятся собственные принципы поведения, взгляды, убеждения, подвергаются критике семейные устоявшиеся взгляды на жизнь. И, как результат, — ослабление контактов с учителями и родителями.

Подросток сам выбирает «кумира для подражания». Это может носить как положительный, так и отрицательный характер, в результате которого у школьника возникает склонность к проявлению саморазрушающих форм поведения (курению, нарко-токсикомании, приеме алкогольных напитков, эпатажности поведения).

МУЗ «Центром медицинской профилактики» был проведен выборочный социологический опрос детей и подростков от 10 до 17 лет в общеобразовательных учреждениях г. Кемерово. Цель опроса — оптимизация профилактической деятельности среди школьников.

Были поставлены следующие задачи:

- определение ценности здоровья у подрастающего поколения;
- определить отношение и ответственность учащихся к своему здоровью;
- выяснить, как относятся школьники к вредным зависимостям (табакокурение, нарко-токсикомания, алкоголизм);
- определить, какова распространенность вредных зависимостей у школьников;
- поиск альтернатив саморазрушающим формам поведения и оптимальных путей формирования здорового образа жизни среди учащихся.

На вопрос: «Важно ли для Вас быть здоровым?» — 99 % опрошенных выбрали положительный вариант ответа.

Школьники в порядке значимости выбрали следующие варианты ответов: 24 % — чтобы в будущем иметь здоровых детей, 19,3 % — чтобы долго жить, 13,4 % — чтобы хорошо учиться, 12,7 % — чтобы интереснее жить, 10 % — чтобы быть красивым, 9,6 % — чтобы быть сильным, 7,1 % — чтобы радовать родителей, 6,8 % — чтобы прожить полноценную жизнь.

На вопрос «Как ты оцениваешь свое здоровье?» лишь 12 % учащихся оценивают как очень хорошее, 60 % — как хорошее, 26 % — удовлетворительное, 2 % — как неудовлетворительное. Эти данные свидетельствуют, что для учащихся здоровье является ведущим фактором полноценной жизни. Но при переходе от более младшего к старшему возрасту, субъективная оценка своего здоровья существенно снижается.

К возрасту 14 лет меняется и отношение к употреблению табачных изделий, алкоголя, наркотических веществ. Так, до 14 лет пробовали курить 24 % опрошенных, старше 14 лет — 71 %.

Алкогольные напитки попробовали впервые: до 14 лет — 57 % школьников, старше 14 лет — 98 % всех опрошенных. Наркотические веще-

ства до 14 лет попробовали впервые 3 %, старше 14 лет — 22 % школьников.

О том, что систематически курят, отмечают 12 % всех опрашиваемых, часто употребляют алкогольные напитки 10 % подростков, наркотические вещества — 1 %.

Проведенное анкетирование позволило выявить:

- с 14 лет у школьников меняется отношение к саморазрушающим формам поведения, увеличивается количество учащихся, считающих, что в употреблении алкоголя и табачных изделий «ничего плохого нет»;
- из алкогольных напитков наибольшее предпочтение школьники отдают пиву;
- для большинства опрошенных возраст приобретения первого опыта табакокурения, алкоголя, наркотических веществ соответствует 12-13 годам;
- средний возраст начала курения — 11 лет;
- каждый третий школьник приобретает опыт употребления спиртных напитков в присутствии родителей — 44 % опрошенных!

На вопрос: «Кто больше всего должен заботиться о Вашем здоровье?» 70 % учащихся считают, что они сами, 22 % — что об их здоровье должны заботиться родители, 8 % считают, что данная функция должна осуществляться врачами, и никто — педагогами.

Опрос выявил, что с возрастом повышается ответственность школьников к своему здоровью, и в этой деятельности роль педагогов должна быть весомой. Привитие навыков здорового образа жизни у детей и подростков является важным аспектом системы образования, так как именно учитель способен сформировать правильное и адекватное поведение учащихся, работая в трех направлениях: взаимодействия с учащимися, с родителями, с врачами. Именно в учебном процессе эффективнее происходит выработка позитивного поведения у школьника.

Как показал опрос, 94 % опрошенных учащихся хотят больше знать о том, как сохранить свое здоровье. Анализ в возрастном диапазоне показал, что интерес к таким темам, как рациональное питание, физическая активность, личная гигиена — относительно высокий.

Наиболее благоприятное время для первичной профилактики саморазрушающих форм поведения является возрастной уровень учащихся 10-14 лет. Обучение аспектам здорового образа жизни должно осуществляться по здоровье-сберегающим программам, внедренным в учебный процесс, включающих в себя уроки здоровья, психологические тренинги, «родительские уроки», аудиовизуальные формы работы, соответствующие возрасту школьников. Данные программы должны быть ориентированы на реализацию необходимых этапов работы с учащимися: знания, убеждения, готовность воспринимать полученную

информацию и реализовывать ее на своем поведенческом уровне и практические навыки.

Повышение гигиенической информированности детей и подростков, формирование аспектов

здорового образа жизни, коррекция поведения, профилактика вредных зависимостей позволит не только сохранить и укрепить здоровье школьников, но и снизить заболеваемость.

ЧЕРНО С.П., ЧЕРНЫШЕВА Н.Б.  
МУЗ Центр медицинской профилактики,  
г. Кемерово

## АНАЛИЗ РАБОТЫ ИНФОРМАЦИОННОГО КАНАЛА «ВИРТУАЛЬНЫЙ ГОСПИТАЛЬ», ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ЦЕНТРОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА ОСНОВЕ НОВОЙ ЗДОРОВЬЕ-ФОРМИРУЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ

Известно, что главенствующую роль во влиянии на здоровье людей играют факторы риска, объединенные под общим названием «образ жизни». К ним относятся: курение, нерациональное питание, употребление алкоголя, вредные условия труда, стрессовые ситуации, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, употребление наркотиков, злоупотребление лекарствами, непрочность семей, низкий образовательный и культурный образ жизни. Этот список может пополнить и наличие хронических заболеваний. Здоровье во многом зависит от жизненных позиций и усилий человека, способного активно регулировать функциональное состояние с учетом индивидуальных особенностей своего организма. Для этого нужны мотивация сохранения своего здоровья, культура знания своего организма, понимание своих психофизиологических возможностей. Однако у большей части населения этих знаний крайне недостаточно. Санитарная пропаганда прошлых лет не приносила ощутимых результатов в формировании здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Современные реалии жизни требуют новых подходов к укреплению здоровья, определения мотиваций, поиск новых путей побуждения сознания на укрепление и сохранение физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни.

Принимая во внимание, что сохранение и укрепление здоровья, а так же профилактика заболеваний и других нарушений здоровья — одна из основных сфер деятельности профилактической медицины, врачами ГЦМП разработана и внедрена структурная модель информационного канала «ВГ», который работает с 2001 года. За три прошедших года, врачами центра был проведен анализ эффективности работы «ВГ»: в 2001 году посещаемость абонентами «ВГ» составила 10 тыс. человек, в 2002 году — 18 тыс. человек, в 2003 году — 25 тыс. человек, а в 2004 году

телефонную медицинскую газету «ВГ» посетили 41 тыс. абонентов.

Эти данные позволяют сделать вывод, что интерес населения к сохранению и укреплению своего собственного здоровья неуклонно повышается. Анализ поступающих на «ВГ» вопросов показал, что население интересуют практически все области и разделы медицины. Долевая структура поступивших за 2004 год вопросов такова: заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы — 9 % от общего числа вопросов; здоровый образ жизни — 11 %; педиатрия — 13 %; сексология — 14 %; гастроэнтерология, офтальмология, онкология, психология — по 2 %; первая помощь, эндокринология, гинекология, неврология, гематология — по 5 %; дерматология — 8 %; инфекционные заболевания — 3 %. Проведенные исследования показали сезонный спад посещаемости «ВГ» в летний период, что обусловлено объективными причинами: отпусками, более редкими обострениями хронических заболеваний и стабильно высокую обращаемость на «ВГ» в осенне-зимне-весенний период — время обострения хронических заболеваний, эпидемии гриппа. Необходимо отметить и негативные тенденции психического здоровья населения. Об этом говорит значительное количество обращений по вопросам психического здоровья и проблем психологического характера.

Так как многие услуги реабилитационных центров стали платными и курс лечения стал недоступен определенной категории граждан, можно говорить о том, что «ВГ» становится, в некотором роде, «телефоном доверия».

Учитывая все вышесказанное, можно сделать вывод, что профилактический принцип, положенный в основу создания информационного канала «ВГ» позволяет решать комплекс приоритетных целей и задач в условиях дефицита финансовых ресурсов, выделяемых на профилактическую ме-

дицину, так как, являясь новой ресурсосберегающей технологией, эффективно сочетает в себе элементы первичной профилактики, формирование

принципов здорового образа жизни, повышение уровня знаний и санитарной культуры населения города Кемерово.

ЧЕРНЫХ М.В., УЛЬЯНОВА О.В., КУЛАГИНА О.И.  
МУЗ Городская клиническая инфекционная больница № 8,  
г. Кемерово

## ПАРЭНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г. КЕМЕРОВО

**В**ирусные гепатиты с парэнтеральной передачей возбудителей (ВГВ, ВГС, ВГД и прочие) – одна из наиболее серьезных и актуальных проблем отечественного здравоохранения. С этими вирусами связаны практически все летальные исходы у больных острыми гепатитами, все случаи развития хронических заболеваний печени, включая цирроз и первичный рак. По широте распространения, экономическому ущербу, уровню заболеваемости, тяжести течения и частоте развития хронических форм парэнтеральные вирусные гепатиты занимают в России ведущее место в инфекционной патологии человека.

В последнее десятилетие в РФ сложилась неблагоприятная эпидситуация с заболеваемостью ВГВ и ВГС, которая «...имеет чрезвычайный характер и представляет реальную угрозу для здоровья нации» (И.В. Шахгильдян, 2002). Необходимо отметить, что цифры официальной статистики о заболеваемости далеко не соответствуют реальной действительности, т.к. более половины случаев острых вирусных гепатитов протекают бессимптомно. В г. Кемерово заболеваемость острыми формами остается с 2001 г. стабильно низкой, количество носителей ВГВ даже снизилась: с 265,8 в 2000 г. до 124,2 в 2004 г., однако носительство ВГС с 1994 г. неуклонно возрастает и за 2000-2004 гг. увеличилось в 3,5 раза, достигнув 448,1 на 100 тыс. населения.

Аналогичная картина с регистрируемой болезненностью этими гепатитами – за 2000-2004 гг. число больных ХВГ «В» возросло с 20,5 до 23,4 на 100 тыс. населения. Количество больных ХВГ «С» за последние 4 года выросло в 2 раза и составило 53,8 случаев на 100 тыс. населения.

Группой высокого риска инфицирования парэнтеральными гепатитами обоснованно являются медицинские работники, «... в настоящее время твердо установлено, что гепатиты В и С обоснованно могут быть отнесены к профессиональным заболеваниям медицинских работников»

(И.В. Шахгильдян, 2003). Данное заявление подтверждается статистикой: один раз в неделю травмируются на рабочем месте 65,6 % медсестер, один раз в месяц – 66,6 % врачей-хирургов и 19 % медсестер. Наиболее подтверждены риску заражения ВГ «В» и «С» медицинский персонал хирургических отделений, в том числе акушеры-гинекологи, реанимации, гемодиализа, лабораторий, службы крови. При стаже 10 и более лет шансы всех медработников заразиться ВГ «В» и «С» уравниваются, «...при стаже менее 5 лет количество инфицированных медработников не превышает 18 % от общего числа работающих в ЛПУ, при стаже 10 и более лет – инфицированы уже 53 % медиков» (Михайлов М.И., Шахгильдян И.В., Онищенко Г.Г., 2004).

Несмотря на то, что риск инфицирования ВГ «С» менее значим, чем ВГ «В» (из-за большей частоты хронизации и отсутствия специфической профилактики), ХВГ «С» уже в ближайшее время может занять лидирующую позицию в структуре профессиональной заболеваемости медицинских работников. В г. Кемерово зарегистрировано 60 медицинских работников с хроническими гепатитами «В» и «С», из них профессиональное заболевание подтверждено лишь в единичных случаях (невнимательное отношение как самого работника, так и работодателя).

Учитывая вышеперечисленное, считаем необходимым выделить эту группу больных в приоритетную для проведения противовирусной терапии. Наблюдение медицинских работников с парэнтеральными гепатитами целесообразно проводить в одном специализированном центре, созданном на базе МУЗ ГИКБ № 8, с имеющимися амбулаторным звеном (КПН) и стационарной базой (гепатитное отделение). Рассредоточение больных по различным ЛПУ города затрудняет проведение адекватного обследования, лечения, диспансерного наблюдения и социально-реабилитационных мероприятий.





---

### РАЗДЕЛ III.

## ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ



АРЖАЕВА Е.Г., ВОСТРИКОВА Е.А., ОСИПОВ А.Г., БАГРОВА Л.О., КОВАЛЬ И.А.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Побгорбунского,  
г. Кемерово*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА И ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЙ

**И**зучалась эффективность и безопасность антимикробного препарата из группы респираторных фторхинолонов – левофлоксацина (Таваник). Проведено лечение 26 пациентов. Представлены были следующие нозологии: стафилококковый сепсис – 5; внебольничная пневмония (ВП) – 17; осложненные формы хронического бронхита (ХБ) – 4 случая. Суточная доза 250 мг назначалась в 4 случаях при лечении ХБ, в остальных случаях (22 пациента) назначалась 500 мг в сутки. Длительность курса составила 7-10 дней.

Эффективность лечения оценивалась по общепринятым параметрам эффективности антимикробной терапии: динамика клинической картины (длительность лихорадки, кашель, гнойная мокрота, болевой синдром при пневмониях); общий анализ крови (СОЭ, лейкоцитоз, нейтрофилез); рентгенологическая картина (при пневмониях). Во всех случаях сепсиса у больных имело место септическое поражение трикуспидального клапана. На фоне терапии таваником удалось добиться негативной гемокультуры, нормализации состояния, стабилизации лабораторных показателей, так что больные были переведены в отделение сосудистой хирургии для оперативного лечения. Анализ полученных результатов показал высокую эффективность препарата. Во всех случаях ВП и обострений ХБ наблюдалось разрешение инфекционного процесса без необходимости назначения других антимикробных препаратов. Побочных эффектов не отмечено.

Для сравнения эффективности парентеральных цефалоспоринов различных поколений проведен ретроспективный анализ 60 историй

болезней больных, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ГКБ № 3 и получавших цефалоспорины различных групп. Спектр заболеваний был представлен полисегментарными пневмониями – 4, деструктивными пневмониями – 19, хроническими абсцессами легких – 7, эмпиемой плевры – 8, сепсисом – 17, бактериальным эндокардитом – 5.

Полное выздоровление наблюдалось в 21 случае (полисегментарные пневмонии, 6 случаев деструктивных пневмоний, 11 случаев сепсиса); купирование обострения хронического процесса или переход острого гнойного процесса в хронический – у 33 больных; смерть зафиксирована в 6 случаях (3 сепсиса, 1 бактериальный эндокардит, 2 деструктивные пневмонии). Применяемые антибиотики: цефазолин, цефуроксим, цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим, цефоперазон. Микробиологический спектр был представлен следующими возбудителями: золотистый стафилококк – 26 %; синегнойная палочка 4,3 %; кишечная палочка – 20,2 %; пневмококк – 4,3 %; стрептококк – 5,7 %. В 39,1 % случаев возбудитель не был верифицирован. В 26,7 % цефалоспорины использовались в комбинации с гентамицином. В монотерапии применялись цефазолин – 26,7 %; цефотаксим – 36,7 %; цефоперазон – 6,7 %, цефтазидим – 3,3 %. Незначительный эффект или полное его отсутствие выявлено в 14,5 % случаев. Основная причина – использование цефалоспоринов 1 (цефазолин) и 2 поколения (цефуроксим) в лечении тяжелых инфекций.

Показана высокая эффективность цефотаксима и цефоперазона в лечении сепсиса и деструктивных пневмоний.

БАРБАРАШ О.Л., ТАВЛУЕВА Е.В., КРОТИКОВ Ю.В., СИЗОВА И.Н., БАРБАРАШ Л.С.  
*Кемеровский кардиологический диспансер,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

**Ц**ель исследования: оценить влияние эналаприла на процессы послеоперационного ремоделирования миокарда у больных после протезирования митрального клапана.

*Методы исследования:* Обследовано 36 больных с изолированной или преобладающей митральной недостаточностью, перенесших протезирование митрального клапана, в сроки 15,9 ±

4,3 месяцев после оперативного вмешательства, из них 35 пациентам был имплантирован биопротез «КемКор», 1 – дисковый протез «МИКС».

Все пациенты были разделены на две группы: больные, непрерывно принимающие терапию эналаприлом, и больные, не принимающие эналаприл. До оперативного лечения больные обеих групп не различались по тяжести состояния, имели III-IV ФК сердечной недостаточности по классификации NYHA, у всех имелась постоянная форма фибрилляции предсердий. Клинико-функциональное состояние больных определяли с помощью теста с 6-минутной ходьбой. Пациентам было проведено эхокардиографическое исследование в М-, В- и доплер-режимах на аппарате SONOS-2500. Оценивали размеры левого желудочка и правого желудочка, объемы ЛЖ, фракцию выброса, индекс относительной толщины стенок ЛЖ, индекс массы миокарда, миокардиальный стресс, давление в легочной артерии, скорость трансмитрального потока, транспротезный градиент давления. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.0.

**Результаты:** В группе больных, принимавших в послеоперационном периоде эналаприл, были получены достоверно меньшие размеры левого предсердия –  $5,2 \pm 0,2$  см, по сравнению с пациентами, не принимавшими эналаприл:  $6,9 \pm 1,5$  см ( $p < 0,05$ ); конечнодиастолический размер составлял  $6,1 \pm 0,05$  см и  $6,2 \pm 1,6$  см ( $p < 0,05$ ), соответственно. При анализе объемных показателей получена достоверно меньшая величина конечнодиастолического объема –  $181,5 \pm 43,2$  мл – у больных, регулярно принимавших эналаприл, и  $215,3 \pm 51,75$  мл – у больных, не принимавших эналаприл ( $p < 0,05$ ), а также различия индексированных значений конечнодиастолического объема –  $104,4 \pm 14,6$  и  $120 \pm 23,5$ , соответственно ( $p < 0,05$ ). ФВ была

достоверно выше на фоне приема эналаприла –  $59,5 \pm 10,2$  %, по сравнению с больными без эналаприла –  $39,7 \pm 9,75$  % ( $p < 0,05$ ). Максимальная скорость транспротезного кровотока была меньше в группе терапии эналаприлом  $131,5 \pm 11,2$  см/с, по сравнению с  $149,3 \pm 2,7$  см/с ( $p < 0,001$ ) – в группе сравнения, максимальный транспротезный градиент давления на клапане тоже достоверно различался и составлял  $6,9 \pm 1,2$  мм рт. ст. (при лечении эналаприлом) и  $8,9 \pm 0,4$  мм рт. ст. (без эналаприла) ( $p < 0,001$ ).

В данном исследовании изначально не было больных с резидуальной легочной гипертензией и признаками патологического ремоделирования. Среднее давление в легочной артерии до операции составило  $27,8 \pm 8,5$  мм рт. ст., конечносистолический размер –  $3,9 \pm 0,7$  см. Таким образом, все больные своевременно подверглись оперативному вмешательству до формирования патологического ремоделирования миокарда и «второго барьера», что привело к успешной коррекции гемодинамики. В отдаленном послеоперационном периоде в обеих группах не получено достоверной разницы показателей конечносистолического размера ( $3,6 \pm 0,6$  см и  $3,4 \pm 0,4$  см, соответственно,  $p > 0,05$ ), ДЛА соответствовало норме и достоверных различий на фоне приема эналаприла и без него не выявлено: параметры были равны  $26,8 \pm 8,3$  мм рт. ст и  $19,7 \pm 8,9$  мм рт. ст., соответственно ( $p > 0,05$ ).

**Заключение:** Применение эналаприла в послеоперационном периоде у больных, протезированных по поводу хронической митральной недостаточности, положительно влияет на динамику изменения размеров полостей сердца, их объемов и ФВ при условии своевременного отбора больных, то есть до формирования патологического ремоделирования миокарда.

БУТИНА Л.В., АРЗУМАНОВ А.В.

МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## АЛФЛУТОП В ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ РЕФЛЕКТОРНО-БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

**В**ертеброгенные болевые синдромы составляют большую часть клинической патологии в практике неврологов. Поиск эффективных лечебных средств при данной патологии остается актуальным направлением медицины. Патогенетически оправданным является использование хондропротективных средств.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности нового оригинального хондропротективного

препарата «Алфлутоп» при вертеброгенном люмбагическом синдроме.

Алфлутоп представляет собой стерильный экстракт морских организмов, состоящий из аминокислот, пептидов, глюкозинов и микроэлементов. Препарат обладает способностью стимулировать синтез гиалуроновой кислоты и тормозить активность гиалуронидазы в хрящевой ткани позвоночника.

**Материал и методы:** Для проведения исследования сформированы 2 группы пациентов, однородные по поло-возрастному составу и клиническим признакам (табл.).

критерий Вилкоксона (порядковой шкалы степени вертебрального синдрома).

**Результаты:** Интенсивность боли по шкале ВАШ к концу лечения снизилась достоверно в

**Таблица**  
**Характеристика больных основной и контрольной групп (M ± m)**

Критерий	Основная группа n = 29	Контроль n = 35	P
Мужчины	12 (41,3 %)	13 (37,1 %)	0,8
Женщины	17 (58,6 %)	22 (62,8 %)	
Средний возраст, годы:	43,5 ± 12,1*	44,8 ± 9,7	0,05 (0,65)
- мужчины	41,9 ± 16,0	46,3 ± 11,9	0,05 (0,24)
- женщины	44,7 ± 8,9	43,9 ± 8,7	> 0,05 (0,42)
ВАШ, баллы	6,39 ± 1,06	6,20 ± 0,97	> 0,05 (0,36)
Вертебральный с-м, баллы	1,58 ± 0,68	1,48 ± 0,61	1,0

Во 2-й (контрольной) группе проводилось комплексное лечение с использованием медикаментозных средств (НПВП), физиолечения, мануальной терапии, иглорефлексотерапии, физической реабилитации. В 1-й (основной) группе к этому комплексу добавлялся курс из 5 лечебно-медикаментозных п/вертебральных блокад (состав: алфлутоп 1 мл + местный анестетик 4 мл). Курс лечения составлял 14 дней.

При обследовании пациентов оценивались:

1. интенсивность боли по 10-балльной шкале ВАШ;
2. выраженность вертебрального синдрома по 4-балльной шкале.

Для статистического анализа использовались параметрический t-критерий (количественного показателя ВАШ) и непараметрический ранговый

обоих группах. При этом показатель ВАШ после лечения в основной группе статистически значимо отличался от такового в контрольной группе ( $p = 0,03$ ). Это указывает на более существенное снижение уровня боли у пациентов основной группы.

Вертебральный синдром к концу лечения регрессировал в обеих группах ( $p < 0,001$ ). При этом в основной группе выраженность вертебрального синдрома оказалась меньшей по сравнению с контрольной ( $p = 0,002$ ).

**Вывод:** Алфлутоп при паравертебральном введении является эффективным средством лечения вертеброгенного люмбагоического синдрома, оказывает положительное влияние как на уровень боли, так и на мышечно-дистонические проявления заболевания.

БУТИНА Л.В., АЛХИМОВА Т.В.

МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А (ПРЕПАРАТА ДИСПОРТА) ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Цель работы** — изучить эффективность использования Диспорта в лечении гиперкинетических синдромов, хронической головной боли мышечного напряжения.

Терапевтическая активность ботулотоксина обусловлена его способностью вызывать обратимую денервацию и локальное расслабление мышц при его введении. Ботулотоксин типа А действует как пресинаптический блокирующий агент в холинергических нервных окончаниях, где нейротрансмиттером является ацетилхолин. Он ингибирует высвобождение ацетилхолина в нервно-мышеч-

ном соединении, что приводит к уменьшению мышечного сокращения. Процесс реиннервации занимает несколько месяцев, чем и объясняется срок непосредственного действия ботулотоксина (4-6 мес.).

**Методы и материалы:** В исследование включено 5 пациентов, получивших системное лечение с количеством проводимых инъекций Диспорта от 1 до 3, с перерывом в 5-6 месяцев. Срок наблюдения — 2 года.

До проведения лечения ботулотоксином больные проходили полный курс обследования:

ЭХО ЭГ, ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга. Патологических изменений в ходе нейрофизиологических исследований не обнаружено.

Ранее пациенты получали стандартную фармакотерапию – баклофен, клоназепам, ноотропы, вазоактивные средства. Лечение не давало клинического улучшения, возникала необходимость увеличения дозы препаратов (баклофена, клоназепама); при длительном приеме лекарств возникали побочные эффекты – нарушение концентрации внимания, сонливость, общая слабость.

*Результаты:* Для лечения спастической кривошеи использовалась доза Диспорта 1000 ед.; при блефароспазме – 150 ед.; оромандибулярной дистонии – 50 – 75 ед, лицевом гемиспазме 150 – 200 ед., хронических головных болях на-

пряжения 300 ед. Подбор дозы препарата зависел от выраженности клинических проявлений. Для каждого больного рассчитывался индивидуально.

Результаты лечения оценивались по клиническим данным релаксации мышц, исчезновению непроизвольных подергиваний. Во всех случаях применения препарата достигнута эффективность лечения. Осложнений и побочных явлений не наблюдалось.

*Выводы:* Полученные нами результаты позволяют сделать заключение о положительном опыте использования Диспорта в амбулаторной практике для лечения фармакорезистентных форм фокальных дистоний. Ботулотоксин является самым простым и лучшим препаратом в лечении гиперкинетических синдромов.

БУТИНА Л.В., КАЛИЧКИНА Е.В.

*МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕКСИДОЛА В ТЕРАПИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В последние годы во всем мире четко обозначились заболевания, приводящие к инвалидизации: инсульт, эпилепсия, паркинсонизм, нейротравма, а так же поражение головного мозга в результате алкоголизма, наркомании. Фармакотерапия этих заболеваний практикует использование комплекса препаратов различной направленности и действия.

По этой причине особый интерес представляет разработка и внедрение в клиническую практику высокоэффективных препаратов комбинированного воздействия на различные звенья патогенеза неврологических заболеваний, позволяющих сократить традиционные длительные сроки терапии, исключить полипрагмазию, повысить его эффективность и снизить затраты на лечение.

Именно таким препаратом является Мексидол – отечественный препарат нового поколения. Это антигипоксантное, антиоксидантное средство, с ноотропным и анксиолитическим свойствами.

*Целью* данной работы является исследовать эффективность и целесообразность применения мексидола при неврологических заболеваниях как медикаментозный компонент в комплексной программе реабилитации.

*Методы:* Клинический, нейрофизиологический – ЭЭГ, методы нейровизуализации – компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, психологическое тестирование.

Обследовано и пролечено в условия Дневного стационара 105 неврологических больных в период с 2003 по 2004 гг.

Из них, 46 больных в восстановительном периоде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК); 29 больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП); 23 больных с посттравматической энцефалопатией (ПЭП); 3 человека с эпилептическим синдромом с генерализованными приступами (ЭС); 4 человека с алкогольной энцефалопатией (АЭ).

Пациентам проводилась стандартная схема лечения: 2 мл мексидола в/в капельно на 200,0 физ. р-ра утром и 2 мл в/м вечером 10 дней, и затем в таблетках по 1 т. × 3 раза в день 2 недели. Курс лечения составлял 4 недели.

*Задачи:* При сосудистой патологии и ПЭП оценить влияние Мексидола на восстановление неврологического дефицита, в т.ч. когнитивных функций.

При ЭС – снижение частого рецидива судорог и токсического действия антиэпилептических препаратов (АЭП – Депакин), особенно у больных, резистентных к лечению противосудорожных средств. С учетом выраженного антиоксидантного и антигипоксантного действия Мексидола – возможность его использование при токсической энцефалопатии алкогольного генеза и ПЭП.

*Результаты:* 98 человек, т.е. 98,9 %, хорошо переносили Мексидол. Лишь у одного пациента (1,1 %) пришлось отказаться от лечения из-за вегетативного криза.

Наибольшая эффективность отмечалась у пациентов с посттравматическими энцефалопатиями. На 4-5 день лечения отмечали уменьшение



интенсивности головной боли, несистемного головокружения, улучшение настроения 18 человек (76,2 %) из этой категории больных. Из 75 человек с сосудистыми заболеваниями улучшение объективных показателей в виде улучшения координации, уменьшения статистической и динамической атаксии отмечалось у 39 человек (52 %).

Улучшение высших корковых функций отмечалось у 15 человек, уменьшение центральных парезов – 20 %, восстановление полей зрения после курса лечения Мексидолом выявить не удалось. 27 человек (28 %) не отметили для себя значимого улучшения.

Важно отметить хорошую переносимость лечения Мексидолом у больных с гипертонической

болезнью. На фоне лечения отмечалась стабилизация АД, значимого повышения уровня АД не наблюдалось. При лечении ЭС отмечено снижение частоты эпилептических пароксизмов, уменьшение патологических изменений на ЭЭГ, регресс клинических симптомов, а так же уменьшение побочных явлений АЭП, снижая их дозу. При токсической энцефалопатии отмечен положительный клинический эффект.

*Выводы:* Мексидол необходимо использовать в комплексной терапии заболеваний нервной системы, как эффективное и безопасное средство.

Мексидол обладает способностью активизировать заключительный этап восстановительного процесса, улучшая качество жизни пациентов.

ВИНГЕРТ С.А., УРБАНСКИЙ А.С., МЕДВЕДЕВА Н.Л., ЧЕКУШИН Р.Х., МОВСИСЯН А.С.

*Кемеровская государственная медицинская академия,*

*МУЗ Городская поликлиника № 20,*

*г. Кемерово*

## ИНГИБИТОРЫ 5-АЛЬФА-РЕДУКТАЗЫ (ПРОСТАМОЛ-УНО) В ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)

**Н**ередко после перенесенной ИППП у больного сохраняются расстройства мочеиспускания, что требует дополнительных методов лечения и реабилитации больного.

*Цель:* оценить эффективность лечения расстройств мочеиспускания ингибиторами 5- $\alpha$ -редуктазы (Простамол-УНО).

*Материалы и методы:* За период 2003-2004 гг. в Поликлинике № 20 г. Кемерово наблюдались 97 мужчин в возрасте от 37 до 52 лет с ирритативными расстройствами после перенесенных ИППП (гонорея, хламидиоз, трихомониаз) – 64 человека (65,9 %) – основная группа, а также на фоне хронического абактериального простатита – 33 человека (34,1%) – контрольная группа. Простамол-УНО назначался всем пациентам по 1 капсуле (320 мг) в сутки, однократно в течение 3 месяцев.

Оценка проводилась по Международной шкале IPSS, а также индексу качества жизни QOL.

Средний суммарный балл симптоматики IPSS в основной и контрольной группе составил 13,5; качество жизни QOL – 4,3. Переносимость препарата у всех пациентов была хорошей. Побочных эффектов не выявлено.

*Результаты и их обсуждение:* Хороший эффект в основной группе после 12 недель лечения отмечен у 58 пациентов, удовлетворительный – у 3, отсутствие эффекта – у троих больных. В контрольной группе хороший эффект лечения отмечен у 31 больного, удовлетворительный – у 2 больных.

В результате лечения средний суммарный балл симптоматики IPSS в основной и контрольной группе снизился до 2,7. Уровень качества жизни возрос до 1,0.

*Вывод:* Доказано, что Простамол-УНО является эффективным препаратом в лечении расстройств мочеиспускания у лиц, перенесших ИППП.

ВОРОНИН В.Н., МАЛЫШЕНКО Н.В.  
МУЗ медико-санитарная часть № 17 «Строитель»,  
г. Кемерово

## АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

**А**нтифосфолипидный синдром (АФС) – это симптомокомплекс, проявляющийся рецидивирующими артериальными и венозными тромбозами, синдромом потери плода и часто умеренной тромбоцитопенией при наличии в крови антител к фосфолипидам.

Особенно характерно для АФС развитие разнообразных неврологических нарушений. Чаще всего артериальные тромбозы при АФС приводят к инсульту и транзиторным ишемическим атакам.

За 2004 год проведен анализ 7 случаев ОНМК, из них 5 пациентов мужского пола, 2 женщины.

Одной пациентке выставлен диагноз первичного АФС. Возраст женщины 44 года, в анамнезе – 2 самопроизвольных выкидыша. Перенесла ОНМК по ишемическому типу в левой средней мозговой артерии) в марте 2004 года, ОНМК по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии) в мае 2004 года. Восстановление в обоих случаях без выраженного неврологического дефицита. Назначенную терапию выполняла в полном объеме. Заболевание протекало на фоне избыточного веса, лабильной артериальной гипертензии.

В сентябре 2004 года перенесла транзиторную ишемическую атаку без существенных неврологических нарушений. Направлена на определение

маркеров АФС, в результате чего был выявлен волчаночный антикоагулянт. Сочетание анамнеза, рецидивирующих сосудистых нарушений и наличия волчаночного антикоагулянта (ВА) позволило выставить диагноз первичного АФС. Проведена терапия препаратом плавикс в течение 3-х месяцев, затем назначено сочетание курантила с небольшими дозами аспирина постоянно; курсовое введение пентоксифиллина, антиоксидантов (мексидол, витамин С). В течение четырех месяцев самочувствие больной стабильно удовлетворительное.

Таким образом, целесообразно определять антитела к фосфолипидам у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), транзиторные ишемические атаки, поскольку АФС значительно ухудшает качество жизни и выживаемость пациентов, прогрессирует атеросклеротическое поражение сосудов, развивается «злокачественная» артериальная гипертензия.

Выявление больных с данной патологией наиболее актуально для амбулаторно-поликлинической службы, это позволяет прогнозировать течение сосудистых заболеваний головного мозга, выбрать стратегию лечения и профилактики осложнений, предупредить стойкую утрату трудоспособности.

ГАЛКИНА Т.Н.  
МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## УДК АНАЛИЗ СПЕКТРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ

**Л**екарственная непереносимость является одной из важнейших проблем современной медицины. В последние годы в связи с успехами фармакологии и созданием большого количества новых лекарственных средств, применение и злоупотребление медикаментами возрастает. Увеличение аллергопатологии среди населения, связанное с изменением реактивности организма, также ведет к росту осложнений лекарственной терапии, в том числе и аллергических реакций на медикаменты.

Проведен анализ 680 амбулаторных карт пациентов, обратившихся на прием к аллергологу в клинику № 5 в 2004 году. 142 пациента (20,8 %) указывали в анамнезе на

реакции непереносимости лекарственных препаратов. Среди них женщины – 103 человека (72,3 %), мужчины – 39 человек (28,7 %).

Спектр лекарственной непереносимости (по данным анамнеза) по частоте встречаемости распределялся следующим образом. На первом месте (31,6 %) – препараты пенициллиновой группы (из них, 44,7 % пациенты с атопией; 51,3 % с сенсibilизацией к бытовым и пыльцевым аллергенам; 17,5 % с сенсibilизацией только к пыльцевым аллергенам). На втором месте – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) 17,6 % (из них, 25 % пациенты с сенсibilизацией к бытовым и/или пыльцевым аллергенам). На третьем месте – сульфаниламидные препараты –

12,8 %. Далее следуют местные анестетики – 12,8 % (новокаин – 73,6 %, лидокаин – 26,4 %); левомицетин – 4,1 %; тетрациклин – 3,6 %; йодсодержащие препараты, поливитамины – 2,8 %; гентамицин – 2,3 %; эритромицин – 2,1 %; линкомицин – 1,3 %; прочие лекарственные препараты – 8,1 %. Клинически непереносимость НПВП проявлялась крапивницей и/или отеком Квинке

(67,3 %); удушьем – 24,6 %, другие проявления отмечались реже (8,1 %).

Таким образом, лекарственная непереносимость преимущественно встречается у женщин с атопией. Наиболее часто ее вызывают антибиотики – 45 % и НПВП-17,6 %. Среди клинических проявлений непереносимости НПВП преобладает крапивница и/или отек Квинке.

ДОЦЕНКО А.П., НАЗАРЕВИЧ Л.С., ЕГОРОВА Т.В.  
Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 11,  
г. Кемерово

## АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ ПАРОДОНТИТОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА РАБОТЫ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МУЗ ГКСП № 11

**В**оспалительные заболевания тканей пародонта представляют серьезную медико-социальную проблему. По данным ВОЗ, 90 % взрослого населения страдают пародонтитами, причем с каждым годом растет численность быстропрогрессирующих форм. Лечение таких заболеваний представляет собой сложную задачу и должно быть комплексным. Необходима строгая индивидуализация терапии с учетом тяжести заболевания, особенностей клинического течения и скорости деструктивного процесса в тканях пародонта.

На базе нашей поликлиники лечением пациентов с прогрессирующими формами пародонтитов занимается бригада, включающая специалистов практически всех смежных специальностей: пародонтологов, гигиениста, хирурга, ортодонта, ортопеда. Два раза в месяц проводятся консультации таких пациентов с участием всех членов бригады, где уточняется план обследования и, последовательность этапов лечения. В общей сложности в 2004 г. было проконсультировано 105 человек с диагнозами: «Хр. диффузный пародонтит средней или тяжелой степени», «Быстро прогрессирующий пародонтит».

Анализ клинических и лабораторных данных при вышеперечисленных формах патологии пародонта позволили нам разработать алгоритм лечебных мероприятий основного и поддерживающего курсов лечения. Алгоритм основного курса или этапа активного лечения включает:

1. Консервативную местную и общую терапию, т.е. профессиональную гигиену, медикаментозное лечение пародонтальных карманов, назначение антибактериальной, десенсибилизирующей, иммуномодулирующей, укрепляющей терапии, лечение у соответствующих специалистов. Активное наблюдение пародонтологом каждые 3 месяца.

2. Устранение травматических узлов путем избирательной шлифовки зубов.

3. Мативация пациента по вопросам гигиены полости рта.

4. Устранения аномалий окружающих тканей (укороченные уздечки губ, языка, мелкое преддверье полости рта).

5. Ортодонтическое лечение с целью устранения деформаций зубных рядов и выравнивания акклюзионных поверхностей.

6. Депульпирование зубов со сниженной электропроводимостью.

7. Шинирование временное или постоянное.

8. Лоскутные операции на пародонте с остеопластикой и направленной регенерацией тканей.

9. Ортопедическое лечение с целью восстановления дефектов зубных рядов и устранения перегрузок. Этот этап, при необходимости, должен быть проведен после этапа консервативной терапии.

Поддерживающие курсы проводятся через каждые 4-6 месяцев после окончания активного комплексного лечения.

Алгоритм курса поддерживающий терапии:

1. Консервативное лечение местное и общее.

2. Пришлифовка зубов.

3. Коррекция протезов и шин.

*Клинический случай:* Пациентка А., 1963 г. рождения, обратилась в апреле 2002 г. с жалобами на кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, подвижность и изменение положения зубов. Ранее не лечилась. На учете у других специалистов не состоит. Объективно: Отек, гиперемия десны, обильные отложения зубного налета (ИГ-2,8 Икр-2). Пародонтальные карманы 15, 16, 17, 24, 25, 26 до 8-10 мм с гнойным отделяемым, подвижность II-III ст. ПИ-6,5. Преддверье полости рта менее 3 мм. Деформация зубных ря-

дов с протрузией, диостемы, тремы. На ортопантограмме неравномерная деструкция костной ткани альвеолярного отростка КП-0,43. Данные лабораторных исследований: РОЭ 29 мм/ч, лейкоцитов 8000. Направлена на консультацию к эндокринологу и иммунологу, обнаружены отклонения в иммунном статусе. На основе результатов обследования был поставлен диагноз — «Быстро прогрессирующий пародонтит», составлен и реализован индивидуальный план лечения согласно разработанному алгоритму:

Этап активного лечения длился с 18.04.2002 г. по 21.06.2004 г. За этот период проведено 6 курсов консервативной терапии. Вестибулопластика по Эдлан 01.05.2005 г. Ортодонтическое лечение с 13.05.2002 г. по 26.08.2003 г. Вантовое шинирование с 35 по 44 26.10.2002 г.; с 17 по 26 03.11.2003 г.

Депульпирование 15, 16, 17, 24, 25, 26 с 17.10.2003 г. по 27.11.2003 г. Лоскутная операция с остеопластикой Коллапан-Л и барьерной мембраной. Экофлон в области 14-17 зубов 21.01.2004 г., в области 24-28 зубов 07.04.2004 г. Установка бюгельного протеза на нижней челюсти 21.06.2004 г. Курсы поддерживающей терапии 14.09.2004 г., 27.12.2004 г. Осмотр 27.12.2004 г., жалоб нет. Десна бледно розовая, плотная, ПК-2-3 мм, ПИ-4,3. В результате лечения получен хороший функциональный и эстетический эффект. Пациентка удовлетворена результатами лечения.

*Заключение:* Комплексное лечение прогрессирующих пародонтитов позволяет добиться стабильных положительных результатов, что в значительной степени улучшает качество жизни пациентов.

ДОЦЕНКО А.П., НАЗАРОВИЧ Л.С., ПОКАТИЛОВА Н.В., КОКРЯЦКАЯ М.В.  
Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 11,  
г. Кемерово

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ

Консервативное лечение радикулярных кист представляет собой чрезвычайно сложную задачу. До настоящего времени хирургические методы в т.ч. зубосохраняющие операции (резекция верхушки корня, реплантация, гемисекция и ампутация корня) остаются наиболее частыми, радикальными методами их лечения. Но с появлением в арсенале врачей-стоматологов таких уникальных препаратов, как гидроокись меди-кальция и остеоиндукторов в виде стерильной гидроокиси кальция (калосепт, эндокал) стало возможным успешное консервативное лечение радикулярных кист.

В своей работе для лечения осколочных кист мы применяем сочетанное проведение депофореза гидроокиси меди кальция с последующим введением в очаг деструкции остеоиндуктивного препарата стерильной гидроокиси кальция.

На лечение берем зубы только с проходимыми корневыми каналами, как однокорневые, так и многокорневые с размером деструкции от 1 до 1,5 см практически здоровых людей. Депофорез проводили по классической методике лечения корневых кист: суспензию гидроокиси меди-кальция выводили за верхушку, силу тока увеличивали до 3,5-4,0 ма, общее количество электричества доводили до 60 ма/мин. Ранее после проведения последнего сеанса депофореза корневые каналы пломбировали сразу атацамитом, но, начиная с 2002 г., каналы вначале пломбуем препаратами стерильной гидроокиси кальция с выведением их в очаг деструкции на 1-3 месяца, ежемесячно меняя

порции калосепта. Коронки каждый раз временно восстанавливаем стеклоиономерным цементом исключая жевательную перегрузку. Рентгенологический контроль проводили через каждый месяц. При положительной рентгенологической динамике каналы пломбировали атацамитом, на 2/3 длины с гуттаперчивыми штифтами, для удобства в последующем их перепломбировки. Рентгенологический контроль проводили через каждые 3, 6, 12, 18, 24 месяцев. Окончательное пломбирование корневых каналов термофилом или гуттаперчивыми штифтами и реставрацию коронок зубов проводили после полного восстановления очага деструкции.

Отдаленные результаты лечения радикулярных кист через 12-24 месяца после депофореза: положительный результат после лечения методом депофореза с последующим пломбированием корневых каналов атацамитом получен у 16 человек из 20 (отрицательный результат в 20 % случаев); лечение методом депофореза с промежуточным пломбированием корневых каналов каласептом (эндокалом) было успешным у всех 12 больных.

Все 12 случаев лечения с промежуточным введением калосепта проходили с положительными ближайшими и отдаленными рентгенологическими и клиническими результатами.

Ни в процессе лечения корневых кист сочетанным методом, ни в процессе последующего наблюдения не было ни одного осложнения.



*Вывод:* Метод сочетанного применения депофореза гидроокиси меди-кальция и стерильной гидроокси-

си кальция в лечении радикулярных кист позволяет добиться высокой степени излеченности последних.

ЗАВРАЗИНА М.В., БАГРОВА Л.О., ШАЛЯКИНА Н.Ю., ПРОСТАКИШИНА Ю.М., ЛИКСТАНОВ М.И.  
Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Госпитальная пневмония является третьей по частоте внутрибольничной инфекцией, которая в разной степени встречается в любых отделениях стационара, причем наиболее часто наблюдается в отделениях общей хирургии, травматологии, неврологии. В связи с этим были проанализированы случаи заболевания пневмонией у больных с инсультом. Клинический анализ материала (100 больных) показал, что наиболее часто пневмонии развиваются в первые 3 дня после инсульта (ранняя форма пневмонии). Вторая волна пневмоний приходится на 2-6-ю недели восстановительного периода (поздняя форма пневмонии).

Ранняя пневмония развивается на фоне тяжелого инсульта с острым началом, выраженными расстройствами сознания (кома, сопор), нарастанием общемозговой и очаговой симптоматики, чаще к концу 3-х суток (60 %), несколько реже на 5-е (20 %) и 7-е (20 %) сутки. Выявляется взаимосвязь между тяжестью инсульта и быстротой развития симптомов отека легких и пневмонии. У всех больных отмечено повышение температуры тела (от субфебрильной до высокой), у значительной части — одышка (от 25 до 30 дыханий в 1 минуту). Определяются притупление перкуторного звука, жесткое или ослабленное дыхание, мелкопузырчатые хрипы. Иногда хрипы маскируются шумным, kloкочущим дыханием, особенно при присоединении отека легких. Кашель у больных наблюдается редко, но бывает затрудненным вследствие угнетения кашлевого рефлекса; отхождение мокроты скудное. В диагностике очень важны данные рентгенографии.

Поздняя пневмония осложняет инсульт на протяжении 2-й недели (60 %), несколько реже на протяжении 3-й (20 %), 4-й (10 %), 5-6-й (10 %) недель от его начала. Пневмонии в большинстве случаев являются мелкоочаговыми (60 %). Вместе с тем, довольно часто, особенно при ранней пневмонии, определяются крупноочаговые (20 %) формы заболевания. Инфильтративные изменения располагаются преимущественно в нижних отделах легких, значительно реже имеет место верхнедолевое расположение очагов. Преобладают двусторонние пневмонии (75 %).

Факторами риска развития ранних и поздних пневмоний являются: пожилой возраст, избыточная масса тела, задержка активации больных, имеющиеся легочные и сердечные заболевания, особенно хронический бронхит или бронхиальная астма. Основной контингент пациентов с поздними пневмониями составляют люди пожилого и старческого возраста. В условиях вынужденной резкой гиподинамии в остром периоде инсульта происходит декомпенсация двигательных функций, что создает благоприятные условия для развития пневмонии.

Развитие пневмонии при инсульте прогностически неблагоприятно: респираторная инфекция до настоящего времени является одним из серьезных факторов, способствующих наступлению летального исхода у больных с нарушением мозгового кровообращения. Пневмония осложняет течение реабилитационного периода инсульта и затягивает восстановление двигательных и речевых функций.

ЗАУЗЕЛКОВА Е.А.

МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Лечение шейного остеохондроза относится к числу медико-социальных проблем в связи с большой распространенностью

и тяжелым рецидивирующим течением этого заболевания. Это обуславливает необходимость проведения комплексных мероприятий лечения,

в которые входят и физические методы воздействия.

Но часто у больных, принимающих физиотерапию, наряду с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, встречается сопутствующее заболевание — гипертоническая болезнь, которое может привести к тяжелым последствиям.

Нами было замечено, что, назначая такие физические факторы как ультразвук, магнитотерапию, амплипульстерапию (СМТ) у больных с повышенным артериальным давлением, оно снижается и даже достигает нормы.

Поэтому наша задача — доказать, какое влияние оказывают на артериальное давление однократное и курсовое воздействие приведенных выше физических факторов.

Наблюдения были проведены над 54 больными, у которых наблюдался болевой синдром шейного отдела позвоночника и повышенное артериальное давление, от 140/90 до 150/90 мм рт. ст., то есть гипертония I-II стадии. Возраст больных 40-63 года. Пациенты были разделены на 3 группы по 18 человек каждая. Им, с соблюдением однотипности условий, до и после процедуры измеряли артериальное давление.

Больным первой группы проводили лечение амплипульстерапией (СМТ) от аппарата «Амплипульс-5» по следующей методике: электроды накладывали паравертебрально на шейный отдел позвоночника, режим невыпрямленный, глубина

модуляций 25-50 %, частота 100-80 Гц, режим работы III-IV, соответственно 3-5 минут на процедуру.

Больным второй группы проводили терапию от аппарата «УЗТ-101». Методика лечения лабильная, паравертебрально на шейный отдел позвоночника, 0,2-0,4 Вт/см<sup>2</sup>, режим работы импульсный 10 м/сек, длительность воздействия 2-3 мин на каждое поле.

Больным III группы проводили низкочастотную магнитотерапию в импульсном режиме на область шейного отдела позвоночника. Методика: индукторы устанавливали паравертебрально на область шейного отдела, индукция 20-25 мТл, время воздействия до 20 минут на одну процедуру.

Результаты наблюдений показали, что однократное и курсовое воздействие амплипульстерапии (СМТ), в отличие от ультразвука и магнитотерапии, приводят к достоверному снижению как систолического, так и диастолического давления. Это снижение более выражено при артериальном давлении 150/90 мм рт. ст.

Полученные данные позволяют при лечении болевого синдрома при шейном остеохондрозе с сопутствующей гипертонической болезнью I-II стадии рекомендовать амплипульстерапию (СМТ), которая, одновременно с выраженным болеутоляющим действием, достоверно снижает повышенное артериальное давление.

ЗУЕВА К.В., ШИБАИНКОВА А.Б., ЕВГЕНОВА О.В.

*МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово*

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АСТМА-ШКОЛА НА БАЗЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 10, КАК НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Структура заболеваемости среди пациентов, пролеченных в дневном стационаре в 2003-2004 гг., отражает общие тенденции заболеваемости среди молодежи: ведущее место занимают болезни органов дыхания — 30-31 %, затем заболевания ЖКТ — 25,9-27,5 %, заболевания нервной системы — 21 %, заболевания мочевыделительной системы — 9,7-10,5 %, заболевания сердечнососудистой системы — 4,6-6 %, далее заболевания других органов и систем — по 1-1,5 %.

Среди болезней органов дыхания бронхиальная астма (далее БА) в дневном стационаре составляет 19,4-22,4 % (60-82 человек в год). Степень тяжести заболевания — легкая и средняя,

степень тяжести обострения — среднетяжелая и тяжелая, повторные госпитализации в году — 10 %. Лечение в дневном стационаре в период обострения заболевания включает небулайзеротерапию бронхолитиков, мукопрепаратов и ГКС (пульмикорт), ЛФК, массаж, при необходимости фитотерапию, и подбирается базисная терапия по схеме, согласно тяжести заболевания. Пациент выписывается на амбулаторный этап лечения.

Однако анализ амбулаторных карт и опрос пациентов показывает, что базисную терапию получают лишь 30 % нуждающихся пациентов, да и то не в должном объеме. Этим и объясняются повторные госпитализации, иногда до 6 раз в год.



При том, что анамнез заболевания насчитывает в среднем не менее 5 лет, пациенты находятся на диспансерном учете, не менее 1-2 раз в год обращаются к пульмонологу, понимание ими сути своего заболевания и, соответственно, необходимости и обязательности лечения, как правило, отсутствует. Проводимые на базе пульмонологических центров образовательные программы охватывают очень ограниченное количество пациентов, на амбулаторном приеме терапевт не имеет возможности давать подробных объяснений о заболевании и лечении, обучать пациента правилам пользования ингалятором, контролю состояния и мониторингу ПСВ. В наиболее худшем положении оказываются пациенты с впервые выявленной бронхиальной астмой.

В 2004 г. принято решение о внедрении в поликлинике индивидуальной астма-школы на базе дневного стационара. Данная организационная форма включает в себя следующее:

- обязательная беседа с пациентом при поступлении в дневной стационар для выяснения исходного уровня знаний о БА и существующих методах лечения, прохождения ранее образовательных программ;

- непосредственно само индивидуальное занятие, включающее беседу с использованием обучающей наглядной литературы (что такое БА, почему необходимо длительное лечение, виды ингаляторов и правила пользования, средства доставки, мониторинг ПСВ, как профилактировать обострения, когда обращаться к врачу и т.д.) и практическую часть с демонстрацией самих ингаляторов, спейсеров, пикфлоуметров и правил пользования ими;

- закрепление полученных навыков и знаний в последующие посещения на примере конкретного имеющегося у пациента ингалятора, спейсера и пикфлоуметра, дневника самоконтроля.

В выписке из дневного стационара подробно указывается базисная терапия, ее длительность и обязательная явка для контроля ФВД и коррекции лечения.

В 2004 г. на базе дневного стационара пролечено 74 пациента с БА, из них 8 с впервые выявленным заболеванием. Повторные госпитализации составили 9 случаев (10 %), которые дали три пациента с тяжелым течением БА.

Обучение в астма-школе прошли 54 пациента (72,9 %).

Все пациенты при выписке из дневного стационара получали базисную терапию согласно выбранной ступени, прошли контроль ФВД в назначенный срок и пришли на коррекцию лечения через три месяца. У всех пациентов была достигнута ремиссия и проведено снижение дозы ИГКС или перевод на монотерапию при использовании фиксированных комбинаций препаратов (симбикорт, серетид). Повторных госпитализаций среди них не было.

Таким образом, индивидуальная астма-школа на базе дневного стационара показала себя как очень эффективная форма работы с пациентами, позволяющая достигнуть большей комплаентности в лечении и профилактике БА. В 2005 г. планируется продолжить работу по обучению пациентов на базе дневного стационара, а также организовать выездные консультации пульмонолога КГПЦ в поликлинике и циклы занятий астма-школы для амбулаторных пациентов с БА.

КАЗНИН В.В., ЮШКОВ Н.И., ПОТАПОВ Э.А., ХОРОШИЙ В.Н., ЛИКСТАНОВ М.И.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНУСОПАТИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**А**ллергические риниты в настоящее время широко распространены как у нас в стране, так и во многих странах мира. У многих аллергическим ринитом в 45-60 % наблюдений в последующем развивается бронхиальная астма. Это позволяет рассматривать аллергический ринит как фактор высокого риска развития бронхиальной астмы, что во многом обусловлено анатомо-физиологическим сходством верхних и нижних дыхательных путей, а также общностью патогенетических механизмов развития этих двух заболеваний. Все это обуславливает актуальность проблемы, как для врачей-отоларингологов, так

и для пульмонологов, а также для врачей других специальностей.

Согласно международному консенсусу от 2000 г., аллергический ринит — это заболевание слизистой оболочки полости носа, в основе которого лежит аллергическое воспаление, вызываемое причинно-значимыми аллергенами, клинически проявляется ринореей, заложенностью носа, повторяющимися приступами чихания, головной болью, нарушением обоняния и проявлениями конъюнктивита.

При лечении аллергического ринита мы пользуемся следующей схемой:

1. Устранение контакта с причинно-значимым аллергеном, это экзогенные аллергены (пищевые продукты, лекарственные средства, пассивное курение и т.д.)

2. Санация очагов острой, хронической инфекции (эндогенные факторы): пункции верхнечелюстных пазух, пункции лобных пазух, санация кариозных зубов, промывание полости носа методом перемещения. Для промывания методом перемещения нами предложена оригинальная конструкция, названная «крышка – ирригатор», она облегчает и, что самое важное, ускоряет процедуру промывания.

3. Всем больным проводится энтеросорбный метод детоксикации. В качестве энтеросорбента мы пользуемся активированным углем типа «СКМ» в дозах 2-3 г. 3-4 раза в день, в течение 10-14 дней.

4. Проведение ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин.

5. В комплекс терапии аллергического ринита включались антигистаминные препараты II, III поколений: кларитин по 10 мг раз в сутки; кестин по 10 мг раз в сутки; литизен 10 мг раз в сутки; телфаст 120-180 мг раз в сутки и т.д.

6. Местно широко применяются топические глюкокортикостероиды: альдецин по 2 ингаляции (100 мг.) 3-4 раза в день; назонекс 1 доза (50 мг) 1 раз в сутки; фликсоназе по 2 ингаляции 1-2 раза в день и т.д.

Всего под нашим наблюдением находилось 84 человека с аллергическим ринитом. У 79 пациентов при лечении по данной схеме ремиссии наблюдались:

- в течение 3-6 месяцев – 12 человек;
- в течение 6-12 месяцев – 27 пациентов;
- в течение 1-3 лет – 31 человек;
- в течение 3 лет и более – 9 человек.

Данный опыт может быть рекомендован для врачей отоларингологов амбулаторной сети.

КОВАЛЕНКО А.В., КОВАЛКИНА О.А., ГРИБОВА Е.М., ХАЛИМОВ Ю.Н.  
МУЗ Городская больница № 11,  
г. Кемерово

## ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЛУШАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Главной целью терапии ишемического инсульта в остром периоде является уменьшение функциональной дезинтеграции центральной нервной системы и неврологического дефицита. Ведущая роль при этом принадлежит метаболической терапии.

Основные направления метаболической защиты мозга при ишемическом инсульте – уменьшение повреждающего действия циркуляторной гипоксии на структуры головного мозга (антигипоксанты), стимуляция окислительно-восстановительных процессов и усиление утилизации глюкозы; воздействие на систему нейротрансмиттеров и нейромедиаторов головного мозга.

Целью настоящей работы являлось изучение влияния церебролизина, содержащего 85 % аминокислот и 15 % активных липидов нейротрофического действия, на функциональное состояние мозга в остром периоде полушарного ишемического инсульта.

Обследовано 10 больных в возрасте от 50 до 67 лет, у которых диагностирован ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии, в состоянии средней степени тяжести (без расстройств сознания, оболочечных симптомов, с преобладанием очаговой неврологической симптоматики). На фоне комплексной дифферен-

цированной терапии, включающей коррекцию нарушений системной и церебральной гемодинамики, реологических и свертывающих свойств крови, борьбу с отеком и другие мероприятия, всем больным из этой группы вводился церебролизин в дозе 10 мл в течение 10 дней. Другие метаболически активные препараты не применяли. Контрольную группу составили больные также с полушарным ишемическим инсультом, получавшие другие метаболические препараты.

У всех десяти больных, получавших церебролизин, отмечалось полное восстановление неврологических функций к концу острого периода инсульта (21-й день) – вариант малого инсульта. У 60 % больных функции восстановились к 6-м суткам.

Статистическое сопоставление клинической динамики с соответствующей по тяжести контрольной группой показало достоверное опережение клинического восстановления у больных, леченных церебролизином ( $p < 0,001$ ). Наиболее быстро регрессировали двигательные расстройства ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о безусловной эффективности церебролизина в остром периоде полушарных



ишемических инсультов. Доза 10 мл, вводимая внутривенно капельно на 100 мл физ. раствора в

течение 10 дней, достаточно эффективна и хорошо переносится.

КОВАЛЬ И.А., БАГРОВА Л.О. ЛИКСТАНОВ М.И.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ПЛЕВРОДЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПЛЕВРИТОВ

Химический плевродез это ятрогенное асептическое воспаление в плевральной полости, исходом которого является ихорозный плеврит или фиброторакс. Клиническое течение экссудативных процессов в плевральной полости имеет ряд особенностей и закономерностей. Одной из наиболее значимых является обратно пропорциональная зависимость между длительностью плеврита и эластичностью плевры. Практическое значение имеет срок давности плеврального выпота 60 суток и выше. Считается, что после указанного срока развивается плеврогенный цирроз коллабировавшего участка легкого. Тяжесть течения плеврита определяет не только массивность выпота, но и толерантность организма к дыхательной недостаточности.

Показаниями к проведению химического плевродеза являются:

- параканкротные плевриты с предполагаемым прогнозом для жизни пациента свыше 2-х недель;
- упорно текущие экссудативные плевриты воспалительной этиологии;
- длительная экссудация после перенесенной эмпиемы плевры при отсутствии бактериального роста при посеве выпота;
- упорно текущие плевриты, обусловленные ХСН.

За последние 3 года в клинике проведено и проанализировано 11 манипуляций химического плевродеза, 3 при длительной экссудации после разлитой острой эмпиемы плевры; 8 – при карциноматозе плевры, и у 1 из пациентов плеврит был обусловлен ХСН на фоне хронического нарушения сердечного ритма. Наиболее значимыми факторами для успешного проведения манипуляции оказались давность выпота; объем выпота свыше 2х литров; наличие пневмонита в коллабировавшем участке легкого.

До проведения манипуляции инспираторная одышка наблюдалась в 100 % случаев. У 100 % больных присутствовал малопродуктивный кашель, слизистый характер мокроты наблюдался у 35 % пациентов. У всех пациентов был отмечен субфебрилитет. Боли плеврального характера от-

мечены у 80 % больных, в 20 % случаев болевой синдром отсутствовал. После выполнения процедуры одышка наблюдалась в 100 % случаев, но степень ее была значительно меньше. У всех больных кашель уменьшился. У двух пациентов сохранялся субфебрилитет. Боли плеврального характера усиливались у 75 % больных на период от 48 до 72 часов, в 25 % случаев болевой синдром не нарастал. В 100 % случаев наблюдалось закономерное отставание грудной клетки при дыхании, укорочение перку торного звука имело место так же в 100 % случаев.

Рентгенологически – у 100 % больных имелись признаки уменьшения объема легкого на стороне проведения манипуляции. У 2-х больных сохранялся малый гидроторакс, то есть остаточная полость. У 1-го пациента определялась остаточная полость, заполненная жидкостью и газом.

Все больные получали системную и местную антибактериальную терапию и анальгетики. Местное лечение проводилось в виде дренирования, микростомии плевральной полости или регулярных терапевтических торакоцентезов с эвакуацией выпота и последующим введением в плевральную полость склерозирующих веществ. Четверем пациентам на первые 72 часа были установлены ирригационные катетеры в плевральную полость, у 2-х пациентов плевральные дренажи с отрицательным постоянным давлением. Остальные 5 пациентов лечились регулярными терапевтическими торакоцентезами. Всем пациентам плевральная полость обрабатывалась:

- в 6 случаях использовался 5 % спиртовой раствор йода;
- в 2-х случаях применялась стерильная взвесь талька;
- в 2-х случаях использовался рентгенологический контраст «Ультравист 250»;
- в остальных случаях – водный раствор доксициклина.

На фоне предшествующего антиэкссудативного лечения достигалась быстрая, в течение 2-3 дней, дегидратация плевральной полости, после чего проводился химический плевродез. Лучшие результаты были получены при приме-

нении 5 % спиртового раствора йода и доксицилина в дозе 400-600 мг. При комплексном лечении больных с параканкротными плевритами в полость плевры вводился 5-фторурацил в дозе 1000 мг. У одного пациента произошло нагноение остаточной полости. Наилучшие результаты лечения были получены при следующей комбинации препаратов:

- промывание плевральной полости раствором перманганата калия 1 : 5000;

- введение гидрокортизона в дозе 375 мг;  
 - введение 1000 мг 5-фторурацила;  
 - обработка плевральной полости 5 % спиртовым раствором йода.

При условии применения описанной методики, экссудация через 96 часов составляла не более 100 мл в сутки, что расценивается как успешный результат проведения манипуляции. Средние сроки стационарного лечения больных составили 8-11 суток.

КОНОВАЛОВА А.А., СОЛОМАТИНА Е.Б., КОТУРГА Л.И., ЗАЛЕСОВА О.Б.,  
 КОСТИН В.В. ШУМАКОВА Н.В.,  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 г. Кемерово

## ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Целью исследования было изучение влияния клинических, гемодинамических и вегетативных факторов на показатели качества жизни (КЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) пожилого и старческого возраста.

Было обследовано 50 больных ХСН 2-3 ФК (27 мужчин и 23 женщины) в возрасте 66-81 лет ( $72 \pm 0,6$ ), проходивших лечение в госпитале ветеранов. Всем пациентам проведено следующее обследование: оценка качества жизни и уровня депрессии с помощью опросников NHR и Бека, тест с 6-ти минутной ходьбой, ВЭМ, ЭХОКГ с оценкой структурных изменений, систолической и диастолической функции. Суточное мониторирование ЭКГ проводилось на аппарате КАРДИО-ТЕХНИКА 4000, оценивались нарушения ритма, ишемические смещения сегмента ST, вариабельность ритма сердца в целом за сутки, а также на коротких участках записи (в покое, при активной ортостатической пробе и при дыхании с частотой 6 в минуту).

Согласно показателям опросника NHR, выделено 2 группы пациентов: группа 1 ( $n = 30$ ) с более высоким ( $< 85$  баллов) и группа 2 ( $n = 20$ ) с более низким ( $\geq 85$  баллов) уровнем КЖ. Эти группы не различались по возрасту ( $75,1 \pm 0,7$  и  $75,4 \pm 0,9$  лет), получаемой терапии, показателям внутрисердечной гемодинамики. В группе 1 была выше, чем во 2-й, длительность пробы при ВЭМ

( $11,4 \pm 0,5$  и  $18,1 \pm 1,2$ ;  $p = 0,000001$ ). При суточном мониторировании ЭКГ во 2-й группе несколько чаще встречались желудочковые экстрасистолы ( $675,7 \pm 496,0$  и  $136,8 \pm 60,7$ ), но это различие не было статистически значимым. При спектральном исследовании ВРС общая частота спектра за сутки была выше в 1-й группе ( $5779 \pm 1227$  и  $2611 \pm 468$  мс<sup>2</sup>;  $p = 0,047$ ). По данным показателей ВРС, на коротких участках отмечалась повышенная степень симпатической активации во 2-й группе, чем в первой, что проявилось меньшими значениями отношения LF/HF в покое ( $3,7 \pm 0,5$  и  $2,6 \pm 0,3$ ;  $p = 0,057$ ) и показателя LF при АОП ( $509 \pm 174$  и  $184 \pm 89$  мс<sup>2</sup>;  $p = 0,039$ ).

Таким образом, у пациентов ХСН пожилого и старческого возраста выявлена взаимосвязь показателей качества жизни и уровня депрессии не только с уровнем переносимости физической нагрузки, но и с вегетативным статусом. Соответственно, можно предположить, что мероприятия по улучшению качества жизни, переносимости нагрузки и снижению уровня депрессии могут благоприятно влиять на вегетативный статус.

Это может иметь и благоприятное прогностическое значение, поскольку уровень симпатической активации связан с прогнозом у больных ХСН.

Данный вопрос требует дополнительного изучения в последующих исследованиях.



КРАПИВИНА Н.А., АРТЫМУК Н.В., ТАЧКОВА О.А., КОСТИН В.И., ЛИКСТАНОВ М.И.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Известно, что ожирение является одним из самых распространенных заболеваний экономически развитых стран, где четверть населения имеет массу тела, более чем на 15 % превышающую норму. Частота ожирения у женщин старше 20 лет в популяции составляет до 35 %. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2025 году от ожирения будут страдать 50 % женщин. Особую значимость ожирение представляет для здоровья молодых женщин, являясь серьезным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, бесплодия, перинатальной патологии, рака молочной железы, эндометрия и яичников, аденокарцинома почки.

Несмотря на то, что в последние годы существенно изменились принципы лечения ожирения, ни один из многочисленных предлагаемых способов терапии избыточного веса не обеспечивает длительного успеха. Наблюдения свидетельствуют о том, что в 95 % случаев не удается на длительное время снизить массу тела. Большинство людей, пытающихся похудеть, обычно возвращаются к исходному весу либо превышают его. В связи с этим совершенствование и оптимизация лечебной помощи больным ожирением является одним из актуальных направлений современной медицины.

**Цель исследования:** Оценить результаты внедрения индивидуальных программ терапии ожирения у женщин репродуктивного возраста.

**Материал и методы:** Обследовано 140 женщин в возрасте от 18 до 44 лет, средний возраст обследуемых составил  $30,1 \pm 7,0$  года. Определялись антропометрические показатели: объем талии, объем бедер, соотношение окружности талии и бедер, рассчитан индекс массы тела (ИМТ) (ВОЗ, 1997). Исследован уровень гормонов крови: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), индекса ЛГ/ФСГ, пролактина, эстрогена, эстрадиола на 5-6-й день менструального цикла, прогестерона – на 21-22-й день цикла, лептина, инсулина, тестостерона, дегидроэпандростерона сульфат, кортизола, ТТГ методом ИФА с использованием набора реактивов «DSL» и Алкор Био. Содержание грелина определяли методом «конкурентного» ИФА с помощью стандартного набора для определения грелина фирмы натощак и через 2 часа после пищевой нагрузки. Уровень гликемии в сыворотке капиллярной крови определялся после 12-часового голодания

на анализаторе «ЭКСАН-Г». Резистентность к инсулину выявляли методом оценки «минимальной модели» гомеостаза с определением показателя HOMA-R (Homeostasis Model Assessment). Из психологических тестов использовали оценку эмоционально-личностной сферы, особенностей пищевого поведения с помощью голландского опросника DEBQ Van Strein T (1986) для выявления эмоционального, экстернального и ограничительного типов пищевого поведения. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета программ «STATISTICA for WINDOWS 5.5» с вычислением средней величины (M), среднего квадратичного отклонения ( $\sigma$ ), непараметрического критерия Манна-Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Во всех случаях уровень значимости  $p$  принимали менее 0,05.

**Результаты исследования:** У обследованных женщин средний показатель ИМТ составил  $39,02 \pm 6,36$  кг/м<sup>2</sup>, ожирение I степени отмечалось у 46 (32,9 %), II степени – у 51 (36,4 %), III степени – у 43 (31 %). Преимущественно абдоминальное распределение жировой ткани наблюдалось у 84 пациенток с ожирением (60 %), глутеофemorальное – у 56 (40 %) ( $p < 0,001$ ). Нарушение менструальной функции выявлено у 84 (60 %) и бесплодие – у 55 женщин с ожирением (39,3 %).

У женщин репродуктивного возраста с ожирением на фоне регистрируемой инсулинорезистентности, гиперинсулинемии и гиперлептинемии выявлено повышение уровня тестостерона, эстрогенов, базального уровня ЛГ и индекса ЛГ/ФСГ при сниженном содержании ФСГ и прогестерона, что, вероятно, является причиной нарушений менструальной и репродуктивной функций. Выявлена высокая частота нарушений пищевого поведения (93,8 %) и установлена статистически значимая взаимосвязь между типами пищевого поведения и содержанием гормонов лептина, инсулина, грелина, которая указывает на участие последних в формировании аппетита и поддержании избыточной массы тела у женщин молодого возраста с ожирением.

Исходя из полученных результатов обследования, разработаны принципы формирования индивидуальных программ лечения ожирения у женщин репродуктивного возраста. Основными

критериями деления пациенток на группы являлось: степень тяжести и тип ожирения; выраженность метаболических нарушений (оценивается состояние углеводного и липидного обменов, наличие инсулинорезистентности, артериальной гипертензии); состояние гормонального статуса; наличие нарушений менструальной и репродуктивной функции; особенности пищевого поведения; особенности эмоционально-личностной сферы (наличие тревоги, депрессии).

Для каждой группы пациенток установлена базисная и индивидуальная терапия. Базисная терапия ожирения включала обязательное для всех пациенток соблюдение диеты, режима физических нагрузок, элементы психотерапии и определенную медикаментозную коррекцию по показаниям. Индивидуальная терапия предусматривала назначение препаратов, корригирующих нарушения пищевого поведения, психо-эмоциональной сферы, нарушений менструальной и репродуктивной функции. 140 пациенток, получавших лечение, были разделены на 4 группы в зависимости от получаемой терапии: I группа (n = 45) – диета, прием метформина в дозе 1500 мг/сут, орлистата по 120 мг 2-3 раза в день; II группа (n = 42) – диета, метформин в дозе 1500 мг/сут; III группа (n = 30) – диета, орлистат по 120 мг 2-3 раза в день; IV группа (n = 23) – только диета. Из лечения выбыли 44 человека в связи с несоблюдением рекомендаций, отказом от лечения, сопутствующими заболеваниями.

Снижение массы тела зарегистрировано у 96 женщин (68,6 %): в I группе – у 26, в II группе – у 32, в III группе – у 18, в IV группе – у 20 пациенток. Индивидуальный подбор лечебных мероприятий в течение 12 месяцев позволил эф-

фективно снизить вес от 4 до 30 кг, в среднем на  $12,0 \pm 6,4$  кг (11,9 %), уменьшить выраженность абдоминального ожирения, что способствовало улучшению метаболических процессов: уменьшению атерогенных фракций липидов и повышению ХС-ЛПВП, снижению гликемии натощак, показателя инсулинорезистентности HOMA-R в 1,6 раза (до  $2,79 \pm 1,55$ ,  $p < 0,001$ ). Улучшение метаболических процессов способствовало нормализации артериального давления у 72 (75 %) пациенток. Отмечено снижение уровня лептина и гиперэстрогемии и повышение уровня прогестерона крови. Зарегистрировано статистически значимое уменьшение объема яичников (до  $9,88 \pm 3,45$  и  $9,95 \pm 2,81$  см<sup>3</sup>,  $p < 0,05$ ) и яичниково-маточного индекса (до  $2,26 \pm 0,62$ ,  $p < 0,001$ ). Восстановление овуляторных менструальных циклов имело место у 80 (83,3 %). Беременность наступила у 5 пациенток. На фоне снижения веса отмечено достоверное увеличение частоты ограничительного пищевого поведения (75 %,  $p < 0,001$ ) в сравнении с небольшим процентом эмоциогенного (16 %), экстернального (4,5 %) и нормы (4,5 %) ( $p < 0,001$ ). В динамике уменьшилась частота клинической тревоги и клинической депрессии, несколько снизилось количество пациенток с сочетанием тревоги и депрессии.

*Выводы:* Таким образом, дифференциальный подбор терапии ожирения, основанный на формировании индивидуальных программ лечения, является высокоэффективным и позволяет женщинам репродуктивного возраста с ожирением снизить массу тела, улучшить метаболические процессы, состояние гормонального статуса, восстановить менструальную и репродуктивную функцию, откорректировать пищевое поведение.

КРАСНОВА М.В., БАРАНОВА Е.Н., ШАМРАЙ М.А.

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ЗАВИСИМОСТЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГАСТРОПАТИИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

У больных циррозом печени достаточно часто наблюдаются различные повреждения слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: пятнистая или диффузная гиперемия, эрозии и язвы. В литературе такие изменения называют портальной гастропатией. В условиях портальной гипертензии в стенке верхних отделов ЖКТ образуются артериовенозные анастомозы. При нарастании портальной гипертензии кровотока в стенке желудка усиливается, однако при этом слизистая желудка ишемизирована, что ослабляет защитные способности сли-

зистой оболочки и предрасполагает к ее повреждению. Наиболее часто встречаются сосудистые эктазии и эрозии слизистой. Портально-гипертензионная гастропатия встречается у 37-58 % пациентов с циррозами печени, по данным различных авторов и часто является причиной желудочно-кишечного кровотечения и ухудшения прогноза болезни.

Изменения, характерные для портально-гипертензионной гастропатии одинаково часто встречаются в пищеводе, желудке и ДПК, однако у 80 % пациентов поражения слизистой оболочки

с угрозой развития кровотечения развиваются в желудке.

Всего пролечены 170 пациентов с циррозами печени классов В и С. Класс С по шкале Чайлда-Туркотта (10-15 баллов) 102 пациента, класс В (7-9 баллов) 68 пациентов.

По этиологии пациенты распределены на 4 группы: вирусные 41; вирусные + алкогольные 39; алкогольные 55; прочие (исход АИГ, ПБЦ, болезни Вильсона, ПСХ, а также те пациенты, где этиология не установлена) — 35 (не установлена этиология у 16 пациентов).

Всего с язвенными дефектами поступило 20 пациентов или 11,8 %. У 13 пациентов язвенные дефекты осложнились кровотечениями при поступлении (7,6 % от всего количества пациентов или 65 % пациентов, имеющих язвенные дефекты). Эрозивные поражения слизистой верхних отделов ЖКТ (эрозии пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки) были у 31 пациента (18,2 % от всех пациентов). Кровотечения у 7 пациентов с эрозиями желудка. Кровотечения из эрозивных поражений желудка у 4,1 % от общего количества пациентов или у 22,5 % пациентов, имеющих эрозии слизистой. Всего кровотечений, обусловленных эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ 20 или 11,8 % от всех пациентов.

В зависимости от этиологии циррозов эрозивно-язвенные поражения распределялись следующим образом:

Этиология цирроза	Язвы	Эрозии	Кровотечения	% эрозивно-язвенных поражений	% кровотечений
Алкогольный, n = 55	12	10	13	40	23,6
Вирусный, n= 41	3	6	2	21,9	4,9
Смешанный (вирусный + алкогольный), n= 39	4	9	3	33,3	7,7
Прочие, n= 35	1	6	1	20	2,8

Из таблицы видно, что большая часть тяжелых поражений слизистой желудка и желудочных кровотечений, обусловленных портальной гастропатией, приходится на алкогольные циррозы печени, на втором месте сочетанные пора-

жения — вирусные и алкогольные. Летальный исход за 3 года в отделениях гастроэнтерологии и печеночной хирургии у 40 пациентов, причем кровотечения из варикозных вен пищевода, считающиеся наиболее частой причиной смерти были у 16 пациентов (40 % всех умерших). Гастроинтестинальные кровотечения различной степени тяжести из эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки, обусловленные портальной гастропатией, обнаружены у 14 умерших пациентов, или у 35 % от пациентов, умерших от цирроза печени за 3 года. У 29 умерших пациентов имелась четкая анамнестическая связь с неумеренным употреблением алкоголя. Причем среди пьющих пациентов примерно одинаковое количество мужчин и женщин.

У 28 из 40 пациентов диагноз цирроза печени был впервые выставлен в приемном отделении.

Летальность от цирроза печени высока в трудоспособном возрасте (65 % от умерших пациентов моложе 60 лет), не зависит от пола и тесно связана со злоупотреблением алкоголем, недостаточным врачебным наблюдением, поздним обращением за врачебной помощью и является уже не только медицинской, но и социальной проблемой. Летальность от цирроза печени тесно связана не только с кровотечениями из пищеводных варикозов, как принято считать, но и с гастроинтестинальными кровотечениями, обусловленными портально-гипертензионной гастропатией. Поэтому

профилактика поражений слизистой желудка в период декомпенсации цирротического процесса необходима для того, чтобы предотвратить дальнейшее нарастание печеночно-клеточной недостаточности и продлить жизнь пациента.

ЛАСТОЧКИНА Л.А., АБРОСОВА О.Е., ЕВГЕНОВА О.В., НЕСТЕРОВ Ю.И.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово*

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

**А**номалии соединительной ткани (дисплазия соединительной ткани) широко распространены у лиц молодого возраста (Пильх А.Д., 1989, Земцовский Э.В., 2000).

Являясь генетически-детерминированным состоянием, дисплазия соединительной ткани (ДСТ) предрасполагает к развитию большого количества заболеваний.

*Цель исследования:* Определение частоты проявлений дисплазии соединительной ткани, особенностей в зависимости от пола, сочетания некоторых локомоторных проявлений ДСТ.

*Методы исследования:* Проведен анализ результатов медицинского осмотра 15730 учащихся и студентов 1 курсов 34 учебных заведений высшего, среднего и начального профобразования в 2002-2003 гг. Возраст обследованных 15-18 лет, девушки составили 56 %, юноши - 44 %.

Оценивались ведущие клинические проявления ДСТ: локомоторные: искривление позвоночника (сколиоз, кифоз, нарушение осанки), плоскостопие, ювенильный остеохондроз, остеохондропатии (болезнь Шеерман-Мау, Остуд-Шлаттера) и висцеральные – пролапс митрального клапана, вегетативная дисфункция, миопия, искривление носовой перегородки, нефроптоз, варикозное расширение вен.

*Результаты:* Частота выявления перечисленных диспластических проявлений составила 56,8 случаев на 100 обследованных. Различные формы деформаций позвоночника, преимущественно в виде нарушения осанки и сколиоза I-II степени, отмечены у 17,2 % обследованных (2704 чел.); плоскостопие – у 8,4 % (1323 чел.). Из висцеральных проявлений наиболее часто выявлялись миопия – в 16,5 % случаев (2890 чел.), вегетативная дисфункция, преимущественно ги-

потонический и кардиалгический варианты – 7 % (1102 чел.), пролапс митрального клапана – 3 % (466 чел.), искривление носовой перегородки – 2 % (315 чел.). Значительно реже отмечались другие симптомы, характерные для дисплазии соединительной ткани: дефицит массы тела – 1,9 %, остеохондропатии – 0,5 %, нефроптоз – 0,3 %, варикозное расширение вен – 0,3 %.

Учитывая распространенное мнение о преобладании среди лиц с ДСТ женщин, были проанализированы половые различия. Частота исследуемых патологических состояний и заболеваний, ассоциированных с ДСТ, значительно не различалась и составила 57,2 случая на 100 обследованных у девушек и 59,4 случая – у юношей. Однако отмечены различия в структуре этой патологии. У девушек, в сравнении с юношами, чаще выявлялась миопия – у 20,7 % и 12,1 %, соответственно, вегетативная дистония – 8 % и 5,5 %, но реже – плоскостопие, у 3,8 % и 13,2 %, искривление носовой перегородки – 1,7 % и 4,1 %, остеохондропатии – 0,1 % и 0,5 %, соответственно.

*Заключение:* Высокая частота диспластических проявлений у студентов, начинающих обучение в учебных заведениях, требует проведения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление их здоровья в дальнейшем.

МАКАРОВ С., АРТАМОНОВА Г., БАРБАРАШ Л.  
 Кемеровский кардиологический диспансер,  
 г. Кемерово

## ГРУППОВОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ – СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ

**П**рофилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в настоящее время является одной из приоритетных проблем здравоохранения. Это обусловлено теми значительными потерями, которые наносят данные заболевания в связи со смертностью и инвалидностью. В настоящее время становится аксиомой тот факт, что наибольших успехов в борьбе с ССЗ следует ожидать от профилактики. В мировой медицинской практике признано, что одним из прогрессивных подходов к решению проблем, связанных с лечением ССЗ, в том числе и гипертонической болезни (ГБ), является организация системы группового обучения пациентов, которое может проводиться как в стационаре, так и на амбулаторном этапе. В отечественном здравоохранении в настоящее время нет структуры, которая на догоспитальном этапе могла бы проводить такую работу. В течение 3-х

лет в Кемеровском кардиологическом диспансере (ККД) работает «Школа для больных с АГ» (ШАГ), в которой основное значение в обучении отводится врачам-кардиологам амбулаторного звена.

*Цель работы:* Оценить эффективность профилактических программ при обучении больных с АГ в условиях амбулаторного звена.

*Материалы и методы:* Изучена работа восьми ШАГ за период 2003-2004 гг. За это время в школах прошли обучение 1138 человек. Обследовано 195 пациентов, средний срок наблюдения 8,2 ± 1,2 месяцев.

*Результаты:* До применения обучающих программ знания о факторах риска АГ были у 27 % пациентов, из которых регулярное лечение получали 33,3 %, эффективно лечились 11 %. Все показатели артериального давления были выше у женщин, нежели у мужчин. При



обследовании в отдаленном периоде получены следующие результаты: информированность о факторах риска возросла до 98 % ( $p < 0,001$ ); регулярное медикаментозное лечение стали получать 92,6 % больных ( $p < 0,05$ ); эффективно лечились 64 % ( $p < 0,001$ ). Кроме того, полученные данные, позволяющие говорить об экономической эффективности ШАГ: частота развития гипертензивных кризов снизилась с 32,2 % до 5,9 % случаев; частота обращений за скорой медицинской помощью снизилась с 28,5 % до 2,3 %; частота экстренной госпитализации в

связи с обострениями ГБ снизилась с 21,4 % до 1,2 %.

Таким образом, полученные результаты подтверждают обоснованность внедрения ШАГ в клиническую практику. Проведенные исследования показали, что групповое обучение превосходит по эффективности получение знаний в ходе индивидуальных контактов с врачом. Групповой характер занятий позволяет сберечь время, свести к минимуму трудозатраты, чем выгодно отличается от низкой по своей экономичности индивидуальной профилактической консультации.

МАКАРОВ С.А., ГОРБУНОВА Е.В., БАРБАРАШ О.Л., ЯНИЦКИЙ М.С.  
*Кемеровский кардиологический диспансер,  
Кемеровский государственный университет,  
г. Кемерово*

## ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

**Ф**ункциональные сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в клинике психосоматических расстройств. Среди функциональных нарушений ритма наиболее распространенной является желудочковая экстрасистолия.

*Целью исследования* явилось изучение механизмов возникновения функциональных заболеваний сердца, а именно желудочковой экстрасистолии.

В исследовании приняли участие 83 человека, из них 40 здоровых и 43 больных с желудочковой экстрасистолией без органического поражения сердца. Группы сравнения сопоставимы по возрасту, полу, социальному статусу.

*Использовались:* методика выявления возможных психогенных факторов Холмса-Раэ, шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, сокращенный вариант миннесотского многомерного личностного теста ММРІ, позволяющий определить интрапсихические механизмы устранения тревоги. Среди больных с желудочковой экстрасистолией в 1,5 раза чаще встречались развод супругов, разрыв с партнером, проблемы с родственниками мужа (жены). Изменение условий работы, проблемы и конфликты с начальством выявлены в 2 раза, а сексуальные проблемы в 3,5 раза чаще у больных с нарушением ритма.

В исследовании выявлено, что у пациентов с желудочковой экстрасистолией достоверно ( $p < 0,05$ ) выше уровень реактивной и личностной тревожности, чем в контрольной группе. При этом у больных с желудочковой экстрасистолией доминировали механизмы интрапсихической адаптации или психологической защиты, направленные на устранение тревоги: отрицание и вытеснение, препятствующие осознанию факторов, вызывающих тревогу, и устранение тревоги за счет ее соматизации.

При анализе полученных результатов, основным психогенным фактором в возникновении функциональной желудочковой экстрасистолии является комплексное воздействие неблагоприятных жизненных событий, способствующих формированию высокого уровня тревожности с участием механизмов интрапсихической адаптации: отрицание, вытеснение и соматизация тревоги.

Возможными путями профилактики функциональной желудочковой экстрасистолии являются: уменьшение влияния психогенных факторов, снижение уровня тревожности, рефлексия и исключение неконструктивных способов поведения. Психологические методы коррекции следует считать ведущими в лечении больных с функциональными нарушениями ритма.

МАЛИНОВСКАЯ С.Ю.  
МУЗ Клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## МАДОПАР – «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

**П**аркинсонизм занимает одно из центральных мест среди хронических заболеваний центральной нервной системы.

Частота его колеблется от 20 до 140 случаев на 100 тыс. населения, значительно увеличиваясь с возрастом.

В г. Кемерово, согласно статистическим данным за 2004г., зарегистрировано больных с Паркинсонизмом 455 человек, 10 % из них лица в возрасте 50-65 лет.

Продолжающийся рост заболеваний, прогрессирующее течение, а также наступающая у больных тяжелая инвалидизация, делают Паркинсонизм не только медицинской, но и серьезной проблемой, требующей всестороннего изучения.

Следует заметить, что в патогенезе развития болезни Паркинсона основную роль играет снижение уровня дофамина в связи с дегенерацией nigrostriарных нейронов, и для повышения дофаминергической активности применяются препараты леводопы. Появление в конце 60 годов препарата леводопы привело к кардинальным изменениям в жизни пациентов с БП.

Начало заболевания чаще относится к возрасту 50-65 лет, изредка до 40 лет – паркинсонизм с ранним началом, либо ювенильный паркинсонизм.

В настоящее время имеется современный антипаркинсонический препарат Мадопар, который выпускается в 4-х формах, различной дозировки, что обеспечивает индивидуальное лечение каждого больного и позволяет минимизировать расходы на каждого пациента.

В доказательной медицине он получил признание «Золотой стандарт» в плане эффективности, переносимости и безопасности.

**Цель:** Определить клиническую эффективность и переносимость Мадопара, оценить влияние методов физической реабилитации в индивидуальных программах для лечения и профилактики гипокинезии, мышечной ригидности и тремора покоя у пациентов с БП.

**Методы:** Препарат Мадопар был использован у 36 человек. Из них у женщин – 19 человек, у мужчин – 17 человек, до 65 лет лечение получали 26 человек (72 %), в возрасте 70-79 лет – 8 чел. (22 %). Из этих больных 88 % имеют инвалидность 2-й группы, 5 % – инвалидность 1-й группы. Сроки заболевания – от 3 до 11 лет.

Многие из этих пациентов в начале применяли На-ком, который был заменен на Мадопар. В процессе лечения больных Мадопаром было отмечено, что он воздействует на организм в меньших дозах более эффективно, лучше переносится, менее токсичен, не вызывает толерантность, по сравнению с другими препаратами леводопы.

Преимущественные дозы Мадопара – 250 мг × 2 раза в день. Некоторые больные, в основном работающие, получали Мадопар быстродействующий и Мадопар пролонгированный.

У 27 человек использовалась восстановительная терапия, т.е. физическая реабилитация.

**Результаты:** Оценку проводили по клиническим показателям: уменьшению двигательных расстройств, ригидности и тремора.

Следует отметить, что у всех пациентов отмечались позитивные сдвиги в клинической картине, хорошая переносимость препарата. А проведенный курс физической реабилитации средствами ЛФК улучшил функцию кардио-респираторной, двигательной и пищеварительной систем. Улучшились равновесие, ходьба, осанка, уменьшились эмоционально-личностные расстройства.

**Выводы:** Внедрение Мадопара во всех его формах представляет новый этап оптимизации длительной фармакотерапии БП.

Комплексное лечение, включающие современные противопаркинсонические препараты (Мадопар во всех формах) и физическую реабилитацию, оказывает более положительное действие на клиническое течение, увеличивая продолжительность жизни и улучшая ее качество. Отмечена значительная экономическая эффективность, по сравнению с На-комом.

МАЛЮТА Е.Б., РОМАСЮК А.А., КОСТИН В.И., ЛИКСТАНОВ М.И.,  
ПРОСТАКИШИНА Ю.М., ВОСТРИКОВА Е.А.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОПРОЛОЛА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

**Ц**елью исследования явилось изучение динамики показателей variability ритма сердца (ВРС) и эффективности терапии препаратом «Эгилок» (компания «Эгис», Венгрия) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

**Материал и методы:** Обследовано 26 пациентов с гипертонической болезнью II-III стадии (9 женщин в периоде постменопаузы и 17 мужчин). Средний возраст больных составил  $53,7 \pm 5,1$  года, стаж ГБ –  $7,2 \pm 2,3$  лет. У 12 пациентов имелось сочетание ГБ и ишемической болезни сердца (ИБС), проявлявшейся стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса. Всем пациентам проводилась электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография, суточное мониторирование АД (СМ АД) и ЭКГ (СМ ЭКГ) с оценкой временных и частотных характеристик ВРС. Исследовались следующие показатели ВРС: стандартное отклонение всех синусовых интервалов R-R в течение 24 часов (SDNN, мс), процентное различие между соседними интервалами R-R с разницей более 50 мс (pNN50, %); общая мощность спектра (0,003-0,40 Гц; TP, мс<sup>2</sup>); спектральные мощности ультранизкочастотного (0,003-0,04 Гц; ULF, мс<sup>2</sup>) низкочастотного (0,04-0,15 Гц; LF, мс<sup>2</sup>), высокочастотного (0,15-0,40 Гц; HF, мс<sup>2</sup>) компонентов и их соотношение (индекс вагосимпатического баланса, LF/HF). Все пациенты принимали эгилок в средней суточной дозе  $87,2 \pm 5,1$  мг в течение  $6,2 \pm 1,7$  месяцев в комбинации с гидрохлортиазидом (25 мг в сутки). При недостаточном гипотензивном эффекте

добавлялись антагонисты кальция (кордафлекс 20-40 мг в сутки).

**Результаты исследования:** К концу периода наблюдения целевые цифры АД были достигнуты у 82,4 % больных; отмечено статистически достоверное снижение уровня систолического АД, со  $175,4 \pm 7,2$  до  $132,1 \pm 5,3$  мм рт. ст. ( $p < 0,001$ ), и диастолического АД, со  $106,3 \pm 3,2$  до  $82,6 \pm 3,1$  мм рт. ст. ( $p < 0,001$ ). Кроме того, выявлялось урежение частоты сердечных сокращений в покое с  $84,1 \pm 3,4$  до  $71,5 \pm 2,9$  в минуту ( $p < 0,01$ ). По данным СМ АД, прослеживалось достоверное снижение величины и скорости утреннего подъема систолического и диастолического АД, достоверное снижение variability для систолического (на 18,6 %,  $p < 0,01$ ) и диастолического (на 12,9 %,  $p < 0,01$ ) АД. При оценке влияния эгилока на показатели ВРС выявлено увеличение SDNN с  $100,15 \pm 6,95$  до  $112,52 \pm 6,38$  и pNN50 с  $6,10 \pm 1,85$  до  $8,91 \pm 2,76$  мс; TP с  $1353 \pm 226$  до  $1985 \pm 56$ , HF с  $289 \pm 62$  до  $413 \pm 84$ , LF с  $562 \pm 62$  до  $706 \pm 132$ , ULF с  $502 \pm 74$  до  $868 \pm 92$  мс<sup>2</sup>. Прослеживалось снижение LF/HF с  $1,94 \pm 0,4$  до  $1,7 \pm 0,3$ .

**Выводы:** Таким образом, терапия эгилоком оказывает хороший гипотензивный эффект, приводит к снижению variability АД, обеспечивая эффективный контроль АД в течение суток. Кроме того, на фоне приема эгилока происходит снижение симпатических и увеличение парасимпатических влияний на ритм сердца, повышаются показатели ВРС, что является благоприятным в плане снижения риска развития внезапной смерти.

МИРОШНИЧЕНКО О.Н.

МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПО ДАННЫМ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

**П**оследние годы отмечается тенденция к росту заболеваний бронхо-легочной системы, что имеет особое значение для амбулаторной службы, где основную часть пациентов составляют пожилые люди. Особенностью этих

больных является множественность патологии, с выраженными функциональными нарушениями, склонность к нетипичным клиническим проявлениям болезни, что требует особого внимания, интенсивной и объемной терапии заболеваний.

Существенную роль в этом играют стационаро-замещающие варианты лечения, в частности, дневной стационар.

Одним их наиболее распространенных острых заболеваний у пациентов старше 60 лет является пневмония.

Нами были проанализированы амбулаторные карты пациентов, пролеченных в дневном стационаре по поводу пневмонии в 2003-2004 годах. Всего за 2 года в дневном стационаре поликлиники пролечено 79 пациентов старше 60 лет с данной патологией. Из них мужчины составили 57,3 %, женщины 42,7 %.

70 больных (89 %) имели сопутствующую патологию:

- 32 человека (41 %) – хронические заболевания органов дыхания;
- 29 человек (37 %) – хронические заболевания сердечно-сосудистой системы;
- 4 человека (5 %) – хронические заболевания ЖКТ;
- 11 человек (14 %) – заболевания опорно-двигательного аппарата;
- 2 человека (2, 5%) – сахарный диабет.

Основными симптомами у пролеченных больных являлись одышка – 67 %, кашель – 59 %, синдром интоксикации (слабость, утомляемость) – 71 %, лихорадка – 29 %, боль в грудной клетке – 46 %, 11 % жалоб не предъявляли.

Рентгенография ОГК проводилась всем больным, но 21 % (17 человек) рентгенологическое обследование было проведено лишь на 9-17 день

от первичного обращения к участковому врачу. После рентгенологического подтверждения диагноза, в течение 1-2 дней пациенты поступали в дневной стационар. У 7 % больных диагноз Пневмония был установлен в дневном стационаре при направлении на лечение по поводу других заболеваний.

В 14 случаях, при поздней постановке диагноза, антибактериальная терапия до госпитализации в дневной стационар больным не назначалась. В 68 % для лечения пневмонии у данной категории больных применялись цефалоспорины II-III поколения, в 32 % применялись пероральные антибиотики (амоксциллин, доксициклин).

У 71 % больных (56 человек) на 14-15 день от начала лечения наступало клиническое рентгенологическое выздоровление; 27 % (21 человек) выписывались на долечивание у терапевта и пульмонолога; 2,5 % (2 человека) госпитализированы в специализированные отделения с осложнениями.

Таким образом, внебольничные пневмонии у пожилых людей имеют стертую клиническую картину, что затрудняет правильную постановку диагноза на ранних сроках заболевания. Клинические проявления и степень тяжести пневмонии у данной категории пациентов находится в прямой зависимости от множественной сопутствующей патологии. Адекватная и своевременная антибактериальная терапия способствует благоприятному исходу заболевания и уменьшению количества осложнений, даже на фоне тяжелой сопутствующей патологии.

МОЛДАВСКАЯ И.В., СЕМЕНОВ С.Е.

*МУЗ Клинический диагностический центр,*

*ГУ НПП лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН, г. Кемерово*

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

**Цель исследования:** Статистика основных симптомов и определение зависимости церебрального венозного тромбоза от возраста и пола пациентов, локализации и стадии процесса, факторов риска, выраженности внутричерепного венозного застоя.

**Материалы и методы:** Анализ проведен в выборке из 106 пациентов (в возрасте от 18 до 73 лет, в среднем 43,4; женщины – 70,7 %, мужчины – 29,3 %) с церебральным венозным тромбозом различной локализации, верифицированным при магнитно-резонансной и КТ-ангиографии, дигитальной субтракционной ангиографии и секции.

**Результаты:** Распределение тромбозов по половому признаку: женщины – 70,7 %; мужчины – 29,3 %; по возрасту: до 30 лет – 31,3 %, от 30 до 40 лет – 15,2 %, от 40 до 50 лет – 23,7 % и в группе старше 50 лет – 37,8 %. Частичный тромбоз выявлен у 22,7 % пациентов, полная окклюзия – у 77,3 %. Диагноз выставлен в хронической стадии в 69,9 %, подострой – 19,4 %, острой – 10,7 %. Основные коллекторы были тромбированы в 74,5 %. Тромбоз верхнего сагитального синуса выявлен в 3,7 %, поперечных синусов – 38,7 %, сигмовидных – 17,9 %, внутренних яремных вен – 13,2 % (в том числе в сочетании с тромбозом безымянных вен). Тромбоз



глубоких венозных структур диагностирован в 13,2 %, тромбоз кавернозных синусов – 8,3 %.

Из анамнеза и в результате обследования выявились наиболее часто встречающиеся патологические состояния, предшествующие началу клинических проявлений церебральной венозной патологии, которые вероятно, и способствовали развитию церебрального венозного тромбоза. В первом ряду основных патологических факторов стоит артериальная гипертония. Эта патология выявилась у 40 человек (37,7 %). У пациентов с тромботической окклюзией основных церебральных венозных коллекторов (тромбоз верхнего сагиттального синуса, тромбоз латеральных синусов, брахиоцефальных вен), это 81 пациент, артериальная гипертония выявилась в 29 случаях (35,8 %). У пациентов с тромбозом в системе венозного дренажа глубоких вен и синусов (14 человек), гипертоническая болезнь наблюдалась в 5 случаях (35,7 %). У пациентов с тромбозом кавернозных синусов (9 человек), артериальной гипертонией страдали 6 пациентов (66,6 %).

Другая частая патология, выявившаяся в нашем исследовании у больных с церебральным венозным тромбозом, это отит и пансинусит (16 человек – 15,1 %). У пациентов с тромбозом в системе основных церебральных венозных коллекторов отит и пансинусит были отмечены в 13 случаях (16 %), при тромбозе дренажа глубоких вен в 2 случаях (14,2 %), при тромбозе кавернозных синусов в 1 случаях (9 %).

Среди пациентов с тромботической окклюзией основных церебральных венозных коллекторов, у 11 человек выявилась экстравазальная компрессия брахиоцефальных вен, это (13,5 %). Гематогенная тромбофелия была выявлена у 8 человек (7,6 %), при тромбозе основных церебральных венозных коллекторов 6 случаев (7,4 %), при тромбозе дренажа глубоких вен 1 случай (7,1 %), тромбозе кавернозных синусов 1 случай (9 %).

Основной жалобой, встретившейся в 100 %, была головная боль. Постоянная головная боль

(более 15 дней в месяц) наблюдалась у 36 человек (34 %), эпизодическая (менее 15 дней в месяц) у 62 пациентов (58 %), редкая головная боль 4-5 раз месяц у 8 человек (8 %). Головная боль у пациентов с церебральным венозным тромбозом, чаще всего, носит характер распирающей и давящей, такую характеристику своей краниалгии дают 62 человека (58,5 %). Реже краниалгия пульсирующая – 23 случая (21,7 %). И у 21 пациента (19,8 %) головная боль имела смешанный характер. Оценка интенсивности головной боли проводилась по 4-балльной аналоговой шкале. Наиболее сильную боль (с оценкой 3-4 балла) отмечали больные с тромбозом кавернозного и верхнего сагиттального синусов. Пациенты с тромбозом поперечных, сагиттальных синусов и луковичу внутренней яремной вены оценивали головную боль в 2 балла.

Основной клинический синдром, выявляющийся у всех пациентов с церебральным венозным тромбозом это внутричерепной венозный застой. Наиболее выраженным, с общемозговой симптоматикой, он был у больных с острой стадией заболевания. Ангиодистонический синдром выявлен у 68,2 %. Микроочаговая и очаговая неврологическая симптоматика выявлялась у 52% больных. Астеновегетативный синдром встретился у 17,5 % пациентов. Психопатологический синдром наблюдался у 21,3 %.

**Заключение:** Таким образом, отмечено, что церебральный венозный тромбоз встречается чаще у женщин и в старшей возрастной группе. Чаще тромбируется латеральный синус, особенно – поперечный. Диагноз тромбоза чаще выставляется в хронической стадии заболевания при полной тромботической окклюзии и выраженных клинических проявлениях внутричерепного венозного застоя. Гипертоническая болезнь, наиболее частая патология, предшествующая церебральной венозной патологии при всех локализациях тромбоза. Основными в клинической картине заболевания являются гипертензионный и ангиодистонический синдромы.

МОСКАЛЕНКО О.А., ШЕЛЕПАНОВА О.А., ТОКМАКОВА В.И.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1,  
г. Кемерово*

## ВОЗМОЖНОСТИ СКЭНАР-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Ф**изические факторы, применяемые в медицине, в том числе и в стоматологии, занимают важное место в курации стоматологических больных. В настоящее время фи-

зиотерапия не только не утратила своего значения, но и укрепила свои позиции по целому ряду мероприятий, направленных на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию различ-

ных стоматологических заболеваний. Главным среди большого числа достоинств и преимуществ физиотерапевтических методов является то, что физические факторы, действуя на причину и патогенез заболевания, практически не вызывают значимых побочных эффектов, которые нередко характерны для средств лекарственной терапии, а индивидуальная непереносимость отдельных физических факторов встречается довольно редко.

В последнее время на медицинском рынке все чаще стали появляться новые разработки аппаратов и технологий с применением физических факторов. Одной из новейших, перспективных и популярных технологий является Скэнар-терапия. Скэнар-терапия относится к безлекарственной и неинвазивной методике лечения. Технология и сам прибор разработаны группой отечественных ученых и инженеров радиوفизического института г. Таганрога. В настоящее время выпускается серия подобных аппаратов с более совершенным управлением и улучшенным дизайном: Дэнас, ДиаДэнс-Т, ДиаДэнс-ДТ.

Скэнар — это аббревиатура названия прибора и метода лечения (самоконтролируемый энерго-нейро-адаптивный регулятор). Цель Скэнар-терапии: стимулировать эндогенную энергию самого организма, используя в качестве посредника нашу собственную внутреннюю формуляцию нейропептидов. Это позволяет организму сделать свой собственный выбор лечебных ингредиентов. Через биологическую обратную связь происходит взаимодействие между прибором и организмом, изменяются выходные сигналы прибора, оказывая общерегулирующее влияние на физиологические системы организма. Биоэлектрический диалог между прибором и организмом происходит в течение нескольких миллисекунд.

В отличие от узко специализированной медицины, данная методика не лечит какой-то один орган, а регенерирует все нарушенные функции организма. Универсальность Скэнара в том, что он применяется для диагностики, для оказания неотложной и реанимационной помощи, для лечения различных заболеваний, стимуляции защитных сил организма и для косметических целей. Генерируемые нейроподобные импульсы через нервные окончания, нейро-рефлекторную дугу и центральную нервную систему достигают органа, в проекции которого работает прибор. Врач ищет так называемую асимметрию, т.е. отличительные признаки воздействия на соседние участки кожи. Существует 5 основных критериев асимметрии: изменение окраски кожи (покраснение или побледнение); ощущение парестезии (гиперестезия или гипостезия); «залипание», когда прибор от-

стает в движении в сравнении с соседними участками кожи; изменение звучания аппарата; изменение в интервалах подачи выходного сигнала.

Задача Скэнар-терапии направлена на восстановление проводящих путей для проведения информации в организме, на использование гиперэнергии «патологического» очага в этих целях, на восстановление взаимодействия коры головного мозга и подкорки и целостности информационных связей. Скэнар-терапия способствует стимуляции защитных сил организма и его энергетических ресурсов для лечения различных заболеваний человека. Скэнар-технология рассматривает организм человека как единую функциональную систему органов, борется с генератором патологической системы методами растормаживания и упорядочивания, а также мобилизует адаптационные системы.

Противопоказанием для применения Скэнар-терапии являются: индивидуальная непереносимость, наличие искусственного кардиостимулятора, сильное алкогольное опьянение (относительное противопоказание).

Лечение Скэнаром можно сочетать с грязе-водными процедурами, галокамерой, пиявками, ингаляцией трав, хирургической практикой. Нельзя совмещать Скэнар с электорсенсорной терапией, барокамерой, мануальной терапией, УВЧ, фракколизацией.

В последнее время Скэнар-терапия находит все большее применение в стоматологии при лечении заболеваний воспалительно-дистрофического характера и особенно неврогенных состояний, связанных с поражением лицевого и тройничного нервов (невриты, невралгии, стомалгии). Так, по данным ДЭНАС-центра г. Екатеринбурга из 115 больных, пролеченных по поводу невралгии тройничного нерва, наблюдалось значительное улучшение у 82,9 %, улучшение — у 15,9 %, без перемен — у 1,2 %, ухудшения не наблюдалось (Чернышев В.В., 2002). По данным Brauan Hubbard (1999), при лечении заболеваний органов полости рта процент успешного лечения составил 91,0. Эффективность применения Дэнас и Скэнар-терапии, по наблюдениям стоматологов, занимающихся данной технологией в г. Кемерово и области, согласуется с выводами отечественных и зарубежных авторов. Однако следует отметить недостаточную информированность врачей-стоматологов о данной методике.

По нашему мнению, методику Скэнар-терапии необходимо рекомендовать для более широкого использования в стоматологической практике с целью диагностики и лечения некоторых стоматологических заболеваний.

## СИМПТОМ ОТМЕНЫ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ ТАБАКА

**Н**икотиновая зависимость, являющаяся результатом курения, до последнего времени не рассматривалась как лекарственная зависимость. Однако благодаря обобщению данных более 2500 научных работ, сделанному в Американском хирургическом отчете о влиянии курения на здоровье в 1988 г., сигареты и другие виды табачной продукции стали рассматриваться как наркотики. Никотин, содержащийся в табаке, вызывает развитие наркомании. Теперь никто не отрицает, что фармакологические и поведенческие процессы, которые определяют табачную наркоманию, очень похожи на аналогичные процессы при наркомании, вызванной другими лекарствами, такими как героин и кокаин.

Не будь никотина, который является важнейшим неканцерогенным компонентом табачного дыма, не было бы столь распространенного и обязательного злоупотребления фактором, вызывающим болезнь и смерть.

Вышесказанное объясняет, почему курильщики, резко бросившие курить, испытывают следующие симптомы отвыкания: подавленное настроение, бессонницу, раздражительность и злость, тревогу и грусть, трудность сконцентрироваться, беспокойство, снижение сердечного ритма, голод и повышенный аппетит, головные боли и головокружения.

Существует большое количество рекомендаций и способов лечения табачной зависимости, применяемых в течение многих лет. С позиций доказательной медицины был проведен мета-анализ эффективности различных методик, применяемых при лечении табачной зависимости, и определен вес доказательности для каждой из них: никотин-заместительная терапия (НЗТ) — 1,71; беседы врачей и медперсонала — 1,69; поведенческая терапия и психотерапия — 1,55; пособия для самостоятельного изучения — 1,23; условно-рефлекторная терапия — 1,05; акупунктура — 1,03; коллективные лекции — 1,02.

Таким образом, лечение препаратами, заменяющими никотин, является наиболее многообещающим фармакологическим методом, целью которого является контролируемое снижение уровня никотина в крови и стабилизация этого уровня без резких изменений, характерных для регулярного курения, и следовательно ослабление симптомов отвыкания от никотина с прекращением курения.

*Материал и методы:* В исследование были включены 165 курящих пациентов в возрасте 14–65 лет (в среднем,  $40,1 \pm 1,33$ ). Стаж курения со-

ставил от 1 года до 45 лет (в среднем,  $19,7 \pm 1,15$ ). Проводилось анкетирование с использованием теста для оценки степени никотиновой зависимости К. Fagerstrom, определялся тип курительного поведения (по опроснику D. Horn), выяснялось количество выкуриваемых в сутки сигарет, стаж курения. Лечение никотиновой зависимости проводилось по следующим программам: применение НЗТ с использованием жевательной резинки «Никоретте», иглорефлексотерапия; элементы психологического тренинга. Длительность наблюдения пациентов проводилась от года до трех лет.

Пациенты были распределены на четыре группы:

I. Мужчины и женщины, согласившиеся принять участие в анти табачной программе с использованием элементов психологического тренинга, беседы врача, НЗТ, и иглорефлексотерапии ( $n = 42$ ).

II. Мужчины и женщины, согласившиеся принять участие в анти табачной программе с использованием элементов психологического тренинга, беседы врача и НЗТ ( $n = 40$ ).

III. Мужчины и женщины, согласившиеся принять участие в анти табачной программе с использованием элементов психологического тренинга, беседы врача и иглорефлексотерапии ( $n = 39$ ).

IV. Мужчины и женщины, согласившиеся принять участие в анти табачной программе с использованием элементов психологического тренинга, беседы врача ( $n = 44$ ).

По данным наблюдения было выявлено: закономерность и последовательность проявления симптомов отмены во всех четырех группах оказались одинаковы. В первые две недели (расположены по мере убывания): признаки обострения бронхита, сильное желание закурить, раздражительность, бессонница, сонливость, головная боль, депрессия. Проявления симптомов отмены первый месяц (расположены по мере убывания): увеличение веса, головная боль, сонливость, раздражительность, депрессия, признаки обострения бронхита, сильное желание закурить, бессонница. Проявления симптомов отмены третий месяц (расположены по мере убывания): увеличение веса, сонливость, раздражительность, периодически желание закурить, депрессия, бессонница. Проявления симптомов отмены шестой месяц (расположены по мере убывания): увеличение веса, периодически желание закурить, сонливость, раздражительность. Однако отмечено, что проведение

НЗТ снижает интенсивность и частоту проявления симптомов отмены при отказе от курения. В группах, где применялась НЗТ, выраженность симптомов отмены не позволила продолжить курс антитабачной лечебной программы 10 пациентам (12,2 %). В группах, где применялась НЗТ, от-

казались от дальнейшего участия в программе 34 человека (41,5 %).

*Выводы:* НЗТ позволяет значительно уменьшить интенсивность проявления симптомов отмены при отказе от курения и повышает эффективность программ отказа от курения.

ПИРОГОВА И.Н., ТЕ Е.А.

*МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕРМЕТИЗИРУЮЩИХ ЛИКВИДОВ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Среди множества стоматологических проблем значительное место занимает повышенная чувствительность зубов. Из твердых тканей зуба чувствительностью обладает дентин, когда он остается незащищенным и не прикрытым эмалью. Эмаль зуба нечувствительна.

Гиперчувствительность часто возникает на фоне патологической стираемости твердых тканей, клиновидного дефекта, эрозии эмали, при оголении шеек и корней зубов в результате рецессии десны, сопровождающей заболевания пародонта. Кроме того, гиперестезия может возникнуть после проведения профессиональной гигиены полости рта и отбеливания зубов, вследствие появления микротрещин эмали в первом случае, и повышения ее проницаемости во втором.

Гиперестезия дентина характеризуется кратковременной болью, возникающей при воздействии на обнаженный дентин температурных, химических и механических раздражителей. Распространенность боли и ее интенсивность у разных людей варьирует. Некоторые имеют один или два зуба с гиперестезией, тогда как другие ощущают гиперчувствительность почти во всех зубах. Наиболее часто она выявляется в пришеечных областях клыков и премоляров.

Механизм развития повышенной чувствительности тканей зуба объясняется гидродинамической теорией (Браннсторм, 1973). Дентин состоит из основного вещества, пронизанного множеством тонких дентинных канальцев, внутри которых расположены отростки одонтобластов. При оголении дентина и раскрытии входных отверстий дентинных канальцев, внутри них происходит перемещение внутриканальной жидкости. Воздействие на дентин различных раздражителей обуславливает увеличение скорости тока жидкости, что вызывает раздражение свободных нервных окончаний и возникновение боли. Поэтому лечение гиперестезии должно основываться, прежде

всего, на блокировании движения внутриканальной жидкости.

*Цель исследования* – изучение эффективности применения эмаль- и дентин-герметизирующего ликвида (Humanchemie) при лечении гиперестезии зубов.

*Материалы и методы.* И эмаль- и дентин-герметизирующий ликвид представлены двумя препаратами, обозначенными, как жидкость № 1 – фторсиликатный комплекс магния-меди и жидкость № 2 – высокодисперсная гидроокись кальция, реагирующими друг с другом непосредственно внутри тканей зуба после проникновения, создавая при этом депо активных ионов. В результате последовательной двухфазной аппликации препаратов, в дентине образуются субмикроскопические кристаллы фторидов кальция, магния, меди в матрице геля кремниевой кислоты, что в итоге приводит к запечатыванию дентинных канальцев.

Действие препарата было применено у 26 пациентов в возрасте 18-54 лет на 74 зубах. Причиной гиперестезии у 46 зубов было оголение их шеек, у 28 зубов вертикальный и горизонтальный тип стираемости твердых тканей до дентина.

Оценку гиперчувствительности тканей зуба проводили на основании субъективных ощущений пациентов (по данным опроса) и объективных данных, полученных при зондировании и воздействии струей воздуха.

Зубы очищались от зубного налета, высушивались воздухом, изолировались от слюны и последовательно обрабатывались жидкостями № 1 и № 2 по 30 секунд. После процедуры остатки препаратов обильно смывались водой.

*Обсуждение результатов.* Опрос и обследование, проведенные через 1 неделю после лечения, показали, что у 21 пациента (80,8 %) произошло значительное снижение чувствительности тканей или болезненность полностью исчезла. У 5 пациентов в 8 зубах (19,2 %) ги-



перчувствительность снизилась, но была еще значительной. Этим больным процедуру повторили. Повторная обработка в 100 % случаев дала положительный эффект. При сборе анамнеза в отдаленные сроки 89,4 % пациентов отме-

чали полное отсутствие гиперестезии в течение 6-12 месяцев. Таким образом, исследования показали, что препараты являются эффективным средством для снижения гиперчувствительности твердых тканей зуба.

ПОЛТОРАЦКАЯ Е.В.  
МУЗ Клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСПИРАТОРНОГО ФТОРХИНОЛОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

**Д**олгое время деструктивные процессы в легких характеризовались тяжестью патоморфологических процессов, выраженностью интоксикации и, особенно, сложностью этиотропного лечения, вследствие наличия анаэробной, а также смешанной флоры.

В последние годы добавилась глобальная проблема резистентности возбудителей к основной массе антибиотиков. Все это предполагало лечение тяжелых воспалительных заболеваний и деструктивных процессов в условиях стационара. Появление респираторных фторхинолонов существенно изменило тактику ведения таких пациентов.

На прием обратилась пациентка Б., 29 лет, с жалобами на непродуктивный кашель, субфебрилитет, слабость, умеренную смешанную одышку. Жалобы появились более двух недель назад и сохранялись без существенной динамики. На рентгенограмме органов грудной клетки в нижней доле правого легкого выявлена полость, около 35 мм в диаметре с толщиной стенки 5 мм, выраженным перифокальным воспалением и реакцией костальной и междолевой плевры. Рентгенологом выставлен диагноз «Хронический абсцесс», что несколько не соответствовало анамнезу заболевания, а, следовательно, предполагало особую активность возбудителя. От предложенной госпитализации пациентка отказалась.

С учетом всего вышесказанного, в лечении сразу назначен левофлоксацин, представитель группы респираторных фторхинолонов, по

500 мг × 2 раза в день, курсом 7 дней. Дополнительно назначены дезинтоксиканты, муколитики, бронхолитики, препараты аскорбиновой кислоты, иммуностимуляторы. От физиолечения воздержались.

Проведенная через 10 дней рентгенография показала практически полное закрытие полости, с формированием локального фиброза, значительное уменьшение реакции окружающих тканей. Лечение продолжено препаратом цефотаксим по 1,0 г × 2 раза в день внутримышечно, курсом 10 дней, добавлено физиолечение. Последовавшая через 14 дней рентгенография показала разрешение деструктивного и воспалительного процессов, с формированием фиброза. Лабораторно также подтверждено отсутствие воспаления.

Можно предположить, что при условии своевременного обращения, а не запоздавшего на 2 недели, как имело место в данном случае, удалось бы добиться более качественного разрешения процесса, с менее выраженными фиброзными изменениями.

Таким образом, использование антибиотиков последнего поколения, таких как левофлоксацин, в амбулаторных условиях позволяет добиваться разрешения деструктивных процессов в легких (несомненно, исключая тяжелые формы течения), что предполагает:

- принцип комплайенса;
- финансовую выгоду для пациента;
- экономическую выгоду для здравоохранения.

ПРОСТАКИШИНА Ю.М., БАГРОВА Л.О., ЗАВРАЗИНА М.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ГИПЕРДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**П**невмония остается одним из наиболее распространенных заболеваний. Несмотря на значительные достижения в изучении пневмонии, расширении лабораторной диагностики, уровень правильной диагностики данного заболевания остается недостаточным, при этом высока вероятность как гиподиагностики, так и гипердиагностики. Частота гиподиагностики пневмонии колеблется от 2,2 % до 30,5 %, гипердиагностики – от 16 % до 55 %. Наиболее часты случаи расхождения диагнозов на догоспитальном этапе. Ошибочный диагноз пневмонии нередко устанавливается при лихорадочном синдроме, который может быть проявлением различных патологических процессов.

Гипердиагностика пневмонии также возможна при неправильной интерпретации аускультативных данных. С этой точки зрения представляется интересным проанализировать случаи несоответствия направительного и заключительного диагнозов и определить уровень гипердиагностики.

За 2004 год в приемно-диагностическое отделение ГКБ № 3 с направительным диагнозом «Пневмония» обратилось 410 человек. Из них, по скорой помощи доставлено 300 пациентов (73,1 %), по направлению из поликлиники – 110 человек (26,8 %). Основная масса больных была представлена неработающими пациентами – 290 человек (70,7 %), в том числе студентами и военнослужащими – по 32 человека (7,8 %), на долю работающих пациентов приходилось 120 человек (29,2 %). Возраст больных колебался от 17 до 80 лет.

Основными клиническими симптомами, на которые ориентировались врачи скорой помощи и поликлиник при постановке диагноза пневмонии, являлись лихорадка, кашель (чаще с отделением мокроты), боль в грудной клетке, аускультативная симптоматика (влажные либо крепитация). В результате дообследования, проведенного на уровне приемно-диагностического отделения, которое

включало исследование периферической крови, обязательное проведение рентгенографии легких, пневмония достоверно диагностирована в 290 случаях (70,7 %) – все пациенты были госпитализированы в профильное пульмонологическое отделение.

У остальных 120 пациентов (29,2 %) при проведении дополнительного обследования диагноз пневмонии был отвергнут, а выявлены различные заболевания. Наиболее часто встречались пациенты с острыми респираторными заболеваниями – 50 человек (41,7 %), обострением хронической обструктивной болезни легких – 15 человек (12,5 %), заболеваниями сердечно-сосудистой системы с признаками ХСН по малому кругу – 10 человек (8,3 %), межреберной невралгией – 10 человек (8,3 %), туберкулезом легких – 18 человек (15 %). При подозрении на туберкулез всем пациентам проводилась микроскопия мокроты на ВК, что позволило госпитализировать больных с выявленными в мокроте микобактериями в специализированный противотуберкулезный стационар, минуя соматические отделения. Были выявлены единичные случаи пиелонефрита, острой кишечной инфекции, острого холецистита, пневмоторакса, онкологических заболеваний, что потребовало подключения различных специалистов (невролога, кардиолога, хирурга, инфекциониста, онколога и т.д.). 4 пациента с лихорадкой неясного генеза были госпитализированы для дальнейшего обследования.

Таким образом, проведенный анализ историй болезней пациентов, доставленных в стационар с подозрением на пневмонию, показал, что гипердиагностика данного заболевания достаточно высока, и составляет 29,2 %. Однако, у многих пациентов на уровне приемно-диагностического отделения в результате дополнительного обследования выявлены различные заболевания, потребовавшие госпитализации в другие отделения многопрофильного стационара.

РОМАСЮК А.В., МАЛЮТА Е.Б., ВИННИЦКАЯ И.Н., ВОСТРИКОВА Е.А., ЛИКСТАНОВ М.И.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

**Ц**елью исследования явилось изучение особенностей течения псориатического артрита. В течение пяти лет наблюдались

22 больных с псориатическим артритом, из них 15 женщин и 7 мужчин. В исследование включены больные в возрасте от 17 до 56 лет, с длитель-



ностью заболевания псориазом от 2-х до 15 лет. У 3-х больных (13,6 %) суставной и кожный синдромы дебютировали одновременно, у 2-х больных (9,1 %) суставной синдром опережал кожные проявления на несколько месяцев. У 17 больных (77,3 %) псориагический артрит развился на фоне кожного псориаза.

Острое развитие суставного синдрома с высокой лихорадкой, асимметричным суставным синдромом, энтезопатиями наблюдалось у 68,2 % (15 больных), подострое – у 18,2 % (4 больных). Поражение почек в дебюте заболевания наблюдалось в 13,6 % случаев (3 больных).

У 18 больных (81,8 %) наблюдалась III ст. активности псориагического артрита, у 4-х больных (18,2 %) – II ст. активности. Все случаи поражения почек имели место при III ст. активности.

Псориагическая нефропатия проявлялась протеинурией и эритроцитурией различной степени выраженности, азотемией. Для диагностики ис-

пользовались общий анализ мочи, проба Нечипоренко, проба Реберга (из суточного количества мочи), проводилось ультразвуковое исследование почек. Купирование активности заболевания привело к нормализации анализов мочи и шлаков крови у 2-х больных, у 1 больного произошло формирование ХПН. Биопсия почек с целью уточнения морфологии поражения не проводилась.

У всех больных с максимальной степенью активности наблюдался выраженный кожный синдром (бляшки, поражение ногтей, эритродермия).

Явления асимметричного сакроилеита, спондилоартрита наблюдались в 91,2 % случаев, и проявлялись от 6 месяцев до 2,5 лет от дебюта суставного синдрома.

Таким образом, проведенное обследование подтверждает многообразие клинических проявлений псориагического артрита.

СИКОРСКАЯ Т.С., ПРОЦЕНКО Н.С., ТАРАСОВ Н.И.  
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,  
МУЗ Городской кардиологический диспансер,  
г. Кемерово

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Ц**елью исследования явилось изучение особенностей течения острого периода инфаркта миокарда (ИМ) на догоспитальном этапе у лиц пожилого возраста по результатам анализа вызовов скорой медицинской помощи (СМП)

В исследование включено 287 пациентов, у которых врачами СП диагностирован ИМ. Группу А из 111 человек составили пациенты в возрасте до 64 лет ( $61,3 \pm 2,4$ ), группу Б из 176 человек – в возрасте 65 лет и старше ( $72,5 \pm 3,2$ ). Диагноз ставился на основании болевого синдрома за грудной продолжительностью более 30 мин. и характерных ЭКГ-признаков.

Результаты анализа свидетельствовали, что в группе А в 76 % случаев пациентами были лица мужского пола, в то время как в группе Б преобладали женщины – 59 %. В группе Б регистрировали статистически значимое преобладание повторных ИМ по сравнению с группой А (64,9 % и 49,3 %, соответственно). В группе Б статистически не достоверно было больше пациентов, у которых диагноз ИМ не был подтвержден ЭКГ (отсутствовали характерные ЭКГ-признаки ИМ), 6,8 % в группе Б и 4,9 % в группе А.

В группе пациентов старшей возрастной группы (Б) достоверно чаще диагностировали атипич-

ные варианты начала ИМ (астматический, аритмический, церебральный) – 19,3 %, по сравнению с группой (А) – 10,2 %. Кроме того, следует отметить, что в группе более старшего возраста преобладали пациенты с осложненным течением ИМ (68,3 % по сравнению с группой А – 59,4 %) причем в той и другой группе значительно чаще в качестве осложнения регистрировали острую сердечную недостаточность, а летальных исходов в раннем периоде ИМ было в два раза больше в группе Б (21,9 %), по сравнению с группой А (10,8 %).

В обеих группах в качестве фоновых заболеваний регистрировали длительную артериальную гипертензию более чем в 60 % пациентов и сахарный диабет, а регулярное лечение получали лишь 47,8 % больных; 21,8 % пациентов лечились периодически по системе «курсовой» терапии, 30,4 % больных лечение не получали по различным мотивам (не обращались за медицинской помощью, материальные причины, отсутствие уверенности в эффективности лечения и т.д.). Следует также отметить, что в группе Б (лиц пожилого возраста) частота обращаемости в скорую помощь в течение первого часа от момента развития симптомов была значительно меньше, чем в группе А (16,5 % и 23,4 %, соответственно).

Таким образом, пациенты старших возрастных групп с диагнозом ИМ составляют группу крайне высокого риска в отношении неблагоприятного течения заболевания, подверженную наиболее частым осложнениям и смертельным исходам, что требует в свою очередь своевременной, адекватной диагностической и лечебной специализиро-

ванной помощи на догоспитальном этапе, а также эффективных мер вторичной профилактики. Более половины из всех обратившихся пациентов в СМП страдают артериальной гипертензией и не получают эффективного лечения, что влечет за собой развитие «коронарных катастроф» и летальные исходы.

СУББОТИН А.В., ДРЕМИНА Л.А., КОЛОСОВА А.С.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Клинический консультативно-диагностический центр,  
г. Кемерово*

## О РЕЗУЛЬТАТАХ РАБОТЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ДОРСОПАТИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Дорсопатии являются второй по частоте причиной обращения в амбулаторно-поликлинические учреждения. Существует серьезный диспаритет между количеством пациентов с дорсопатиями и доступностью специализированной помощи. В связи с этим, возросла необходимость поиска новых организационных подходов к лечению пациентов с дорсопатиями.

Целью работы является анализ результатов использования алгоритма ведения пациентов с дорсопатиями на амбулаторном этапе в свете экономически значимых показателей временной утраты трудоспособности.

Материалами исследования являются статистические данные деятельности поликлиники за 2003-2004 гг., а также данные официальной статистики. При подведении итогов работы использовались статистические методы обработки материалов.

В апреле 2004 г. на базе поликлиники МУЗ Клинического консультативно-диагностического центра организован «Комплекс восстановительного лечения», целью которого была клиническая отработка алгоритма ведения пациентов с дорсопатиями. В реализации программы принимали участие специалисты: неврологи, заведующие терапевтическими отделениями, заведующий физиотерапевтическим отделением, врачи игло-рефлексотерапии, лечебной физкультуры, врачи дневного стационара, 70 % из которых имеют высшую квалификационную категорию.

Согласно разработанного стандарта, врачи первого контакта (участковый терапевт, врач общей врачебной практики) по истечении 5-7 дневного срока, при котором многие болевые мышечно-тонические синдромы купируются, направили пациентов при необходимости на консультативно-отборочную комиссию. Для пациентов этой группы разработана «Программа восстановительного лечения», включающая различные виды лечеб-

но-медикаментозных блокад (аналгезирующие, миорелаксирующие, ангиоспазмолитические, трофостимулирующие), методы механотерапии, иглорефлексотерапии, лазеротерапию, массаж, лечебную физкультуру. После окончания курса лечения пациент, с целью профилактики последующих обострений, пользуется в домашних условиях мерами, изложенными в пособии «Ваш позвоночник — профилактика и лечение».

За период отработки стандарта лечения дорсопатий на амбулаторном этапе не было направлений на нейрохирургическое лечение. Уровень госпитализации пациентов с дорсопатиями снизился на 2,2 %.

При анализе показателей временной утраты трудоспособности, по поликлинике отмечается снижение в 2004 г., в сравнении с 2003 г., количества дней временной утраты трудоспособности на 7,6 %, снижение средних сроков пребывания на больничном листе на 4,3 %. За период с апреля 2004 г. (время начала отработки алгоритма ведения больных с дорсопатиями на амбулаторном этапе), в сравнении с аналогичным периодом 2003 г., отмечается снижение количества дней временной утраты трудоспособности на 11,3 % и снижение средних сроков пребывания на больничном листе на 6,4 %. При анализе временной утраты трудоспособности, который включает показатели поликлиники и общей врачебной практики, отмечается снижение количества дней временной утраты трудоспособности на 17972/19434 (2,4 %) и снижение средних сроков пребывания на больничном листе на 3,8 %.

Моделирование экономического эффекта проводилось на основании данных официальной статистики. Общий исчисленный экономический эффект складывался от получения общественного продукта и сохранения средств на выплату, связанную с временной нетрудоспособностью, что составило в 2004 году 151040 руб.



Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что использование данного алгоритма способствует оптимизации ведения больных с

дорсопатиями, увеличивает результативность лечебных мероприятий и ведет к сокращению сроков временной утраты трудоспособности.

ТАРАСОВ Н.И.

*Кемеровский кардиологический диспансер,  
г. Кемерово*

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАННЕЙ АКТИВАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Ц**елью исследования стали определение и обоснование оптимальных сроков госпитализации больных ИМ без ущерба для их здоровья и уточнение основных показаний к выписке из стационара в условиях отечественной клиники.

В исследование включили 187 больных в возрасте от 36 до 62 лет (в среднем  $49,7 \pm 0,7$  года) с крупноочаговым и мелкоочаговым ИМ, поступивших в стационар в первые 48 часов от начала заболевания. Больных, включенных в исследование, разделили на 2 группы: основную – 105 пациентов с ускоренной активизацией режима и ранней выпиской; сравнения – 82 пациента, которые проходили стационарное лечение по обычной (3-5-недельной) программе.

По результатам исследования составлены следующие рекомендации:

1. Программа ускоренной реабилитации больных может применяться у пациентов с мелко- и крупноочаговым ИМ, не имеющих осложнений к 3-му дню от начала развития заболевания.

2. Критериями сокращения сроков стационарного лечения до 12-14 дней могут служить:

- освоение контролируемой ускоренной программы физической реабилитации без осложнений и приступов стенокардии;

- стабилизация гемодинамических показателей, закономерная динамика подострого периода по ЭКГ и нормализация активности ферментов крови;

- удовлетворительные результаты велоэргометрической пробы, ограниченной частотой сердечных сокращений 120 в 1 мин с толерантностью к физической нагрузке не менее 50 Вт без клинических и ЭКГ-признаков коронарной недостаточности;

- отсутствие угрожающих нарушений ритма сердца по результатам суточного мониторирования ЭКГ (экстрасистолии выше 1-й градации по классификации Лауна, пароксизмальных тахикардий, атриовентрикулярных и внутрижелудочковых блокад) и эпизодов ишемии миокарда при частоте сердечных сокращений менее 100 в 1 мин.

3. Тактика ускоренной реабилитации определенной категории больных ИМ не вызывает осложнений в последующем постинфарктном периоде и позволяет сократить в среднем на 25-30 дней длительность временной нетрудоспособности.

ТЕМЕРХАНОВА Л.И., МАЛИН М.В., МАЛИНОВСКАЯ С.Ю.

*МУЗ клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово*

## ПРОБЛЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТАМИ

**Ц**еребральный инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости. Ежегодно в мире переносят инсульт 6 млн. человек, в России более 450 тыс. Наблюдается увеличение распространенности инсультов у лиц трудоспособного возраста до 65 лет. Инсульт занимает 2-е место в структуре общей смертности в нашей стране. Летальность у больных с инсультами во многом зависит от условий лечения в остром периоде: в стационаре

она составляет 24 %, а у лечившихся дома – 43 % (Веленский Б.С., 1995).

Социальные последствия инсульта весьма тяжелы. После инсульта 70-80 % больных становятся инвалидами, причем примерно 20-30 % из них нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Тяжелой инвалидности у перенесших инсульт способствуют: малое количество экстренно госпитализированных (их число не превышает 15-30 % по России), неадекватный объем помощи в

острейший период этой группе больных, недостаточно учитывается необходимость активной реабилитации больных (в реабилитационные от-

поликлиники, увеличения общего числа инсультов, но уменьшения случаев геморрагических ОНМК (табл. 1).

**Таблица 1**  
**Распределение инсультов по районам города**

Район	2003 год				2004 год			
	Кировский	Центральный	Ленинский	Город	Кировский	Центральный	Ленинский	Город
Геморрагический инсульт	95	148	226	459	65	104	182	351
Ишемический инсульт	914	805	2040	3759	1116	825	2224	4165
ПНМКА	59	118	157	334	62	82	154	298
Всего:	1068	1071	2423	4562	1243	1011	2560	4802

деления переводится лишь 15-20 % перенесших инсульт по России).

Таким образом, видны огромная роль догоспитального этапа и его резерв (недоработки) в ведении инсультных больных в острейший и реабилитационный периоды.

Основными принципами лечения ОНМК на догоспитальном этапе являются: экстренность, этапность, интенсивность, патогенетическая направленность, комплексность. Эти положения закреплены в приказе МЗ РФ «О мерах по улучшению медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения» № 25 от 25.01.99 г.

Экстренность предусматривает быстрое распознавание признаков начала инсульта, его симптомов, экстренное догоспитальное вмешательство, предельно раннюю госпитализацию больных в специализированное неврологическое отделение (до 4 часов от начала развития инсульта).

Это требование базируется на современном представлении об инсульте не как об одномоментном событии, а как о процессе, развивающемся во времени и пространстве, с эволюцией очаговой церебральной ишемии: от незначительных функциональных изменений до необратимого структурного поражения мозга – некроза.

В связи с этим, получила дальнейшее развитие концепция «окна терапевтических возможностей» – периода времени, непосредственно следующего за возникновением инсульта, в течение которого проведение адекватной терапии может уменьшить степень повреждения мозга и улучшить исход инсульта. Основной мишенью воздействия служит оставшееся жизнеспособным в зоне ишемии мозговое вещество, так называемая область «ишемической полутени» или пенумбры. Формирование большей части инфаркта заканчивается через 3-6 часов с момента появления первых симптомов инсульта.

Приводим некоторые данные работы догоспитального этапа с инсультными больными в г. Кемерово за период 2003-2004 гг.

За последние 2 года сохраняется тенденция, как в городе, так и в районе обслуживания 5-й

В нашем районе обслуживания количество инсультов на 1 тыс. населения больше, чем в других районах города (табл. 2). В 2004 г. на 1,7 случаев больше, чем в среднем по городу, с тенденцией к увеличению на 0,6 случаев в год. Соотношение числа геморрагических и ишемических инсультов благоприятнее, чем по городу.

**Таблица 2**  
**Количество инсультов на 1 тыс. населения по районам города**

Районы города	2003 год	2004 год
Центральный	7,09	6,69
Ленинский	10,2	10,8
Кировский	7,79	9,07
Всего:	8,68	9,1

На нашей территории обслуживания самый высокий процент заболеваемости с инсультами у людей до 60 лет и с самой низкой тенденцией к его снижению.

В районе обслуживания 5-й поликлиники процент госпитализации инсультных больных составляет 52 %, что ниже, чем в среднем по городу на 3,6 %, но за последний год количество госпитализированных увеличилось на 1,7 %. В районе 5-й поликлиники только 45,1 % больных вызывают бригаду скорой помощи в течение первых 6 часов с начала развития инсульта, а 16,8 % обращаются в поликлинику.

Таким образом, в районе обслуживания 5-й поликлиники за последние годы отмечается неуклонный рост числа ОНМК; пациенты с ОНМК недопустимо поздно обращаются за медицинской помощью, когда исчерпываются возможности использования «терапевтического окна»; остается низким уровень госпитализации больных с ОНМК.

Задачи ССМП и МУЗ клинической поликлиники № 5 на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи больным с инсультами:

1. Продолжить преемственность в работе ССМП и МУЗ клинической поликлиники № 5.
2. Расширить работу по профилактике инсультов:



- продолжить работу кабинета по первичной и вторичной профилактике инсульта;

- подбор и обязательный контроль участка работы терапевтами базисной терапии больным с артериальной гипертензией, гиперлипидемией, нарушением ритма, сахарным диабетом.

3. Проведение широкой разъяснительной работы с населением через школы гипертоников, больных сахарным диабетом; через средства массовой информации:

- о факторах риска инсультов,  
- о необходимости немедленного вызова СП при первых симптомах инсульта.

4. Увеличение числа экстренно госпитализированных больных с инсультами.

5. При категорическом отказе больных от госпитализации спец. бригадам СП проводить дифференцированную терапию инсульта, обязательно включая препараты первичной нейропротекции (препараты магния, нимодипин) с целью прерывания быстрых реакций глутамат-кальциевого каскада, свободно-радикальных механизмов. Этот вид нейропротекции следует начинать с первых минут инсульта и активно продолжать в течение 12 часов для уменьшения очага ишемии.

6. Не госпитализированные больные с инсультами должны в ранние сроки начинать лечение в неврологическом стационаре на дому.

ТЕРЕШИНА М.Г., СТРАЖНИКОВА Л.П.  
*МУЗ Клинический консультативно-диагностический центр,  
г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ СИНОСИТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

**В**оспалительные заболевания околоносовых пазух составляют ведущий процент среди заболеваний верхних дыхательных путей на амбулаторном этапе. В настоящее время синусит является одним из самых распространенных заболеваний ЛОР-органов. В России пациенты с синуситом составляют 20-30 % среди всех госпитализированных.

Проведен анализ заболеваемости острым синуситом по данным отоларингологического приема поликлиники Клинического консультативно-диагностического центра г. Кемерово за 2004 год.

За отчетный период зарегистрировано 597 случаев заболевания острым синуситом, из них 240 случаев гнойной патологии, из них госпитализированы в стационар с изолированным или сочетанным поражением лобной пазухи 26 человек. За год проведено 557 пункций верхнечелюстных пазух, из них с диагностической целью 32.

Острые синуситы – это не только местный процесс, а заболевание всего организма с реакцией многих органов и систем. Проявлениями общей реакции на воспаление околоносовых пазух являются лихорадочное состояние и типичные изменения в крови, а также общее недомогание, слабость, головные боли. Первостепенное же значение приобретают местные проявления воспаления. Наиболее частыми жалобами при воспалении околоносовых пазух являются головные боли, затруднение носового дыхания, патологическое отделяемое из носа и носоглотки, расстройство обоняния. Из объективных симптомов при риноскопии характерно гиперемия слизистых

оболочек носа, отечность носовых раковин, гнойное отделяемое в среднем носовом ходе, но оно может отсутствовать при блоке соустья.

Для уточнения диагноза, установления характера и распространенности процесса, применяются специальные методы исследования – рентгенография или компьютерная томография носа и придаточных пазух или диагностическая пункция пазух. Следует отметить, что рентгенографически снижение пневматизации пазух по типу отека слизистой не всегда является признаком острого синусита. Утолщение слизистой верхнечелюстных пазух рентгенологически определяется у пациентов с различными формами хронического ринита в 82 %, а при аллергической форме – в 96 %. По данным компьютерной томографии, у 87 % пациентов с симптомами простуды более двух суток подтверждается наличие синусита, также при обострении бронхиальной астмы всегда отмечается отек в придаточных пазухах, как содружественная реакция слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Следует ли трактовать эти находки как синусит? Так называемый катаральный процесс может быть сопутствующим признаком заболевания, или начальной стадией процесса, и при присоединении патогенной флоры или отсутствии адекватной терапии может перейти в гнойную форму.

В этиологии острых и хронических синуситов, значительную роль играют хронические заболевания носа – риниты. 50,7 % больных острым синуситом анамнестически отмечали симптомы хронического ринита. Соответственно, своевре-

менная диагностика и адекватное лечение хронических ринитов могут значительно уменьшить заболеваемость синуситами и, как следствие, число риногенных внутриорбитальных и внутричерепных осложнений. За последние годы многие авторы отмечают их рост.

Этиопатогенетическая терапия острых синуситов зависит от стадии процесса. При катаральной форме предпочтение должно отдаваться местной противовоспалительной и местной антибактериальной терапии. Одновременно большое влияние должно уделяться разгрузочной терапии, направленной на восстановление дренажной и вентиляционной функции соустьев околоносовых пазух. Важно отметить применение секретомоторной и секретолитической терапии. При острых гнойных синуситах следует назначать системную антибиотикотерапию препаратами широкого спектра действия с одновременной системной противовоспалительной терапией.

При наличии в пазухах слизисто-гнойного отделяемого и затруднении его эвакуации проводи-

лась пункция пазухи с последующим промыванием раствором антисептика.

В большинстве руководств по лечению острых синуситов системная антибиотикотерапия относится к средствам первого ряда. Соответственно методическим рекомендациям по лечению острых синуситов, применялся амоксициллин внутрь у 96 % наблюдаемых пациентов. Как антибиотики второго ряда, использовались макролиды.

Проведение данной медикаментозной терапии позволило сократить количество пункций до 2,2 на пациента (в 2001-2003 гг. среднее количество пункций при остром синусите составило 2,7), сократились сроки временной нетрудоспособности, приводящие к экономическим затратам.

Исходя из изложенного, применение своевременной комплексной медикаментозной терапии, имеющей в основе антибактериальный препарат амоксициллин, позволяет улучшить качество и сроки заболевания острым синуситом, и, соответственно может быть рекомендовано для успешного лечения данной патологии на амбулаторном этапе.

УВАРОВА Н.И., АЙЗЕНШТАДТ С.Я.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВОВ

Эндопротезирование сустава — это хирургический метод лечения. Чаще всего этому виду лечения подвергаются больные с деформирующим остеоартрозом III-IV ст. заболевания, с поражением головки бедренной кости асептическим некрозом, с ревматоидным артритом. При длительном безуспешном консервативном лечении заболеваний суставов показано оперативное лечение — эндопротезирование суставов (тазобедренного, коленного). В результате эндопротезирования восстанавливается функция и опороспособность сустава. Основная цель функционального лечения в послеоперационный период — раннее восстановление функции оперированного сустава, укрепление околосуставных мышц, улучшение микроциркуляции в тканях, окружающих оперированный сустав-эндопротез. Программа послеоперационного восстановительного лечения состоит из 3-х этапов:

- I этап занимает 2-3 недели (пока пациент находится в стационаре);

- II этап — до 3 месяцев после операции; включает амбулаторное лечение в восстановительном центре;

- III этап — послеоперационный, длится около года.

Физиотерапевтическое лечение проводится большинству больных (до 89 %). За 2004 г. в физиотерапевтическом отделении было пролечено 22 пациента после операции эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов. Из них 20 пациентов с эндопротезированием тазобедренного сустава и 2 пациента с эндопротезированием коленного сустава.

Аппаратную физиотерапию назначали строго индивидуально в соответствии с общепринятыми правилами, совместимости процедур и последовательности их применения. Со 2-3 дня после операции назначали магнитотерапию на поясничные сегменты и местно на послеоперационный шов, до 10 процедур. С обезболивающей и противовоспалительной целью назначали ГНЛ на послеоперационный шов и акупунктурные точки. С целью профилактики инфицирования послеоперационного шва, со 2-3 дня можно применять УФО п/о шва, с 1,5-2 биодоз, на курс 5-6 процедур. При выраженном отеке бедра, голени проводили продольную гальванизацию конечности 6-8 процедур, а затем, по мере уменьшения отека бедра, голени, проводили электростимуляцию четырехглавой мышцы бедра и ягодичных мышц. При этом уменьшается атрофия мышц, улучшается



венозный отток. Электростимуляцию проводили от аппарата «Амплипульс», на курс 10-15 процедур. Важно, кроме того, проводить воздействие импульсными токами на сегментарно-рефлексогенные зоны. С 10-14 дня проводили УФО на симметричную здоровую конечность, с 1 биодозы до 2-3 биодоз, на курс 5-6 процедур. Для улучшения адаптации эндопротеза, улучшения кровообращения в конечности, суставе, уменьшения отека мягких тканей оперированной конечности, применяли поляризованный свет от аппарата «Биоптрон» на послеоперационный шов. С 3-й недели после операции можно уже проводить ультразвуковую терапию на поясничные сегменты и оперированный сустав, 10 процедур на курс лечения.

Восстановительное лечение в стационаре проводилось до 2-3 недель, кроме того, пациенты в стационаре получали массаж, ЛФК и иглорефлексотерапию. В дальнейшем реабилитация для пациента проходила в амбулаторных условиях или в восстановительном центре. ВЧ, эпУВЧ, СВЧ-ДМВ, СМВ в реабилитации послеоперационных больных по поводу эндопротезирования суставов исключаются (т.к. присутствует металл или металлокерамика). На амбулаторном этапе лечения для улучшения кровообращения, увеличения объема движений в суставе следует назначать теплотечение: озокерит, парафин на соответствующий сустав 50-52°, 20-30 минут, на курс 10-12 процедур.

Курортное лечение после эндопротезирования сустава способствует достижению у пациента наибольшего объема движений в оперированном суставе. Направлять больных на курорт лучше всего через 4-5 месяцев после операции, когда они адаптированы уже к новым условиям и могут закрепить результаты операции и послеоперационной реабилитации. Если больные поступают в более поздние сроки после операции (через 6-8 месяцев), то положительное воздействие курортных факторов на оперированный сустав проявится в меньшей степени, т.к. функция сустава стабилизируется с определенным объемом движений, который нельзя уже будет увеличить.

Чрезвычайно полезной для выработки правильной ритмичной походки и улучшения опорной функции конечности является ходьба по дну бассейна, плавание в бассейне. Все эти мероприятия укрепляют ягодичные мышцы и мышцы спины. Условия проведения занятий в бассейне: температура воды 30-32°, длительность процедуры 30-35 минут, 3-4 раза в неделю, 10-15 процедур на курс лечения.

Для пациентов после операции эндопротезирования сустава (коленного, тазобедренного) препятствием для направления на курорт может стать нестабильность фиксирующих конструкций, отсутствие сращения фрагментов кости, наличие послеоперационных осложнений (нагноение, свищи, бронхопневмония, тромбофлебит с элементами активности).

УВАРОВА Н.И., АЙЗЕНШТАДТ С.Я.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## МАГНИТОТЕРАПИЯ ОТ АППАРАТА «МАГНОЛИЯ» ПРИ ПАНСИНУИТАХ

**В** МУЗ ГКБ № 3 с 2004 года функционирует ЛОР-отделение. Больные из этого отделения направляются во ФТО, в основном, с острым и обострением хронического пансинуита. Синуситы — это воспалительные заболевания околоносовых пазух. В зависимости от локализации воспалительного процесса в околоносовых пазухах, различают: этмоидит, фронтит, сфеноидит, гайморит. Чаще всего больные поступали с воспалением нескольких пазух — пансинуитом. Физические методы лечения назначались после пункции и эвакуации гнойного содержимого из пазух и нормализации температуры тела у больного. Тем больным, у которых фиксировалась металлическая канюля в проекции лобной пазухи, на 3-4 день после эвакуации гнойного содержимого и промывания пазухи антисептическими препара-

тами, применялось воздействие магнитным полем от аппарата «Магнолия». Магнитное поле улучшает кровообращение тканей, уменьшает воспаление и отек, стимулирует репаративные процессы в тканях, снижает артериальное давление, оказывает антиаллергическое действие. В послеоперационном периоде быстро купируется болевой синдром, уменьшается отек тканей.

Аппарат «Магнолия» является источником постоянного вибрирующего магнитного поля и оптического излучения инфракрасного диапазона. Магнитная индукция МП (магнитного поля) на рабочей поверхности индуктора составляет 10-40 мТл. Преимущество магнитотерапии заключается в том, что позволяет использовать ее в тех случаях, когда к применению других физических факторов имеются противопоказания: наличие

фиксированных металлических канюль, полипы или гипертрофический процесс в пазухах носа.

Было пролечено 18 больных с гнойным воспалением лобной и гайморовых пазух. Воздействие постоянным вращающимся МП проводили после пунктирования и промывания пазух через 2-3 часа. После 5-8 процедур все больные отмеча-

ли уменьшение боли, заложенности носа, уменьшение выделений из носа. Из этого следует, что данный метод может быть использован у больных с пансинуситами в ранние сроки заболевания в стационарных условиях, после пунктирования гнойного содержимого пазух, а также при гиперпластическом процессе в пазухах носа.

ЧЕРНЫХ М.В., УЛЬЯНОВА О.В., ГОРЛАНОВА Л.Л.  
МУЗ Городская инфекционная клиническая больница № 8,  
г. Кемерово

## ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПОСЛЕДУЮЩИХ НАБЛЮДЕНИЙ (КПН) МУЗ ГИКБ № 8

**К**абинет последующих наблюдений (КПН) был организован в 1986 году на базе МУЗ ГИКБ № 8 для повышения качества и преемственности в лечении больных с острыми и хроническими вирусными гепатитами.

Учитывая рост уровня заболеваемости хроническими вирусными гепатитами и в целях совершенствования специализированной помощи больным, с 1997 года КПН функционирует в составе городского центра хронических инфекций. Этим в городе завершилось внедрение общемировой практики диспансерного наблюдения и лечения больных хроническими вирусными гепатитами в специализированных амбулаторных центрах при крупных клиниках.

КПН, как специализированный центр хронических вирусных гепатитов, оказывает консультативно-диагностическую, лечебно-профилактическую помощь больным, а также разрабатывает планы социальной реабилитации пациентов, включая психологическую и психотерапевтическую помощь.

В диагностике с 1998 года применяется качественная ПЦР, с 2002 года — количественная ПЦР (определение вирусной нагрузки) и генотипирование вируса гепатита С. С 2000 года широко используется ИФА-тест — системами 3-го поколения.

Применение современных методов обеспечивает качественную диагностику с определением фазы инфекционного процесса и его активности, что, в свою очередь, позволяет выбирать адекватную по дозе и длительности противовирусную комбинированную терапию. Важно, что ПЦР дает возможность осуществлять мониторинг эффективности противовирусной терапии, как в ходе лечения, так и после ее окончания, для определения достигнутого вирусологического ответа.

В течение последних восьми лет для этиотропной терапии применяются стандартные интерфероны-б отечественного и зарубежного производ-

ства (реаферон, роферон А, интрон А). Внедрение пегилированных интерферонов позволило повысить частоту стойкого вирусологического ответа и качество жизни пациентов, как во время лечения, так и в последующий период.

Лечение интерферонами в комбинации с нуклеозидными аналогами зеффиксом и рибавирином («золотой стандарт» терапии) обеспечивает у большинства больных (до 94 %) устойчивый вирусологический ответ.

В настоящее время внедряется тритерапия хронического вирусного гепатита С у больных, не ответивших на комбинированную терапию.

Квалифицированные кадры и современный уровень диагностико-лечебного процесса позволили городскому центру хронических инфекций стать участником международного клинического исследования по изучению эффективности комбинированной противовирусной терапии хронического гепатита С.

Считаем важнейшим компонентом в лечении и реабилитации больных их психологическую и социальную адаптацию, поскольку заболевание сопровождается психической дезадаптацией и формированием пограничных нервно-психических расстройств, которые усугубляют тяжесть состояния больных и ухудшают качество их жизни и эффективность терапии.

Городской центр хронических инфекций располагает специалистами, сертифицированными одновременно как врач-инфекционист и психотерапевт, что позволяет реализовать комплексную терапию пациентов.

Восьмилетний опыт работы «Школы для больных хроническими вирусными гепатитами» позволил отработать методологические подходы и содержание занятий, форму их проведения. Полученные результаты дают основание считать, что эта «Школа...», по сути дела, является органической частью лечебно-реабилитационного процесса.



В рамках «Школы...» больной в доступной форме получает точную информацию о своем заболевании, узнает о необходимости ответственного отношения к лечению и режиму жизни, о профилактике осложнений. Итогом является формирование у пациента установки на полноценную активную жизнь, что в значительной мере предотвращает развитие пограничных нервно-психических расстройств. Качество жизни пациента оцениваем по «розе качества жизни» И.А. Гундарова (1995). Важным компонентом «Школы...» явля-

ется работа с членами семьи больного (семейная психотерапия) для создания благоприятного психологического климата в семье, с адекватным восприятием личности больного. Немаловажным является предупреждение внутрисемейных заражений вирусным гепатитом.

Психологическая помощь больному и членам его семьи, а при необходимости и психофармакотерапия, значительно повышает эффективность основной патогенетической и этиотропной терапии и, в целом, качество жизни больных.

ЧЕРНЫХ М.В., КУЛАГИНА О.И.  
*МУЗ Городская инфекционная клиническая больница № 8,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА, КАК СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

**Н**есмотря на определенное улучшение санитарного состояния окружающей среды, повышение санитарной грамотности населения, хронический описторхоз остается распространенной региональной патологией и имеет важное медико-социальное значение. Ежегодно в РФ регистрируется 90 тысяч новых случаев описторхоза. В 2004 году в г. Кемерово зарегистрировано 289 случаев описторхоза, что составило 55,4 на 100 тысяч населения. Особенно следует отметить повышение заболеваемости данной патологией среди детей до 14 лет на 87,5 %.

В свете современных представлений, хронический описторхоз следует рассматривать как системное заболевание человека, вызываемое трематодой *Opistorchis felineus*, паразитирующей в протоках печени, желчном пузыре и поджелудочной железе, оказывающей аллергическое, механическое, нейрогенное воздействие с возможным присоединением вторичной инфекции и поражающей органы постоянного обитания гельминта, расположенные на путях его миграции, а также интактные органы и системы.

Клиническая картина хронического описторхоза полиморфна. При всем своем разнообразии она сводится, в основном, к следующим клиническим вариантам: хронический холангиохолецистит, хронический холангиогепатит, хронический гастродуоденит, хронический панкреатит и комбинированная или смешанная форма. С высокой частотой встречаются следующие клинические синдромы: холестаз, дискинезия желчевыводящих путей, аллергический, гастроинтестинальных проявлений, холангиохолецистита, нарушения микробиоценоза, вегетососудистой дистонии,

панкреатопатии и, реже, холангиогепатита. Степень их выраженности зависит от длительности и интенсивности инвазии.

Хронический описторхоз у местного и, особенно, у коренного населения Сибири часто протекает субклинически или с малыми проявлениями. Вместе с тем, тщательный сбор анамнеза, пристальное, целенаправленное обследование позволяют выявить целый ряд характерных признаков для патологии желчевыводящей системы. Дискинетический синдром при хроническом описторхозе диагностируется в 91 % случаев. В первые три года после заражения у 86 % больных наблюдается гиперкинетический тип дискинезии желчевыводящих путей, у 11 % – нормокинетический, и только у 3 % – гипокинетический. Спустя 5-7 лет, в 87 % случаев определяется гипокинетический тип дискинезии, в 6 % – нормокинетический, в 7 % – гиперкинетический. Знание особенностей дискинетического синдрома позволяет своевременно понять внутреннюю сущность болезни и назначить обоснованную терапию.

Как показывают исследования последних лет, аллергический синдром встречается значительно чаще, чем это принято считать. В 90 % случаев и более при хроническом описторхозе у больных наблюдаются изменения конъюнктивы век, что проявляется гиперемией различной интенсивности, отеком, инъекцией сосудов, пролиферативными изменениями в виде мелких высыпаний белого или желтого цвета. По степени выраженности этих явлений можно судить о длительности и интенсивности инвазии. Яркая гиперемия, инъекция сосудов, отчетливый отек свидетельствуют о высокой интенсивности инвазии, часто

суперинвазии. Мелкие высыпания отражают текущий процесс, нередко с реинвазией. Подробное описание изменений конъюнктивы век при хроническом описторхозе стали называть по имени автора – симптом Пальцева.

Желудок и кишечник не являются местом постоянного обитания описторхисов, вместе с тем, они вовлекаются в патологический процесс более чем в 90 % случаев. Так, болевой синдром наблюдается у 93 % больных, а диспепсический – у 78 %.

Инвазия *Opisthorchis felinus* в 83 % случаев сопровождалась нарушением микробиоценоза. Для нарушения микробиоценоза характерными являются изменения языка в виде его увеличения в объеме, нередко малиновой окраски и «трещин» на нем, больших или меньших размеров, что зависит от степени дисбактериоза. Последний симптом диагностируется в 83 % случаев.

Различные проявления вегетосудистой дистонии наблюдаются у 78 % пациентов, при этом характеристики ее зависят от интенсивности и особенно длительности инвазии. Так, до трех лет инвазии нормотонус вегетативной нервной системы определяется в 32 % случаев, симпатический – у 49 % и парасимпатический у 19 % пациентов. Спустя 5-7 лет после инвазии, процент лиц с нормотонусом ВНС составляет 17 %, симпатический тонус ВНС регистрируется у 7 % и парасимпатический у 76 % пациентов. Более чем у 90 % больных регистрируется тремор языка.

Синдром панкреатопатии диагностируется у 74 % пациентов. Синдром холангиогепатита диагностируется в 13 % случаев. Ведущими симптомами являются астенический, диспепсический, холестатический, возможны анемия, лихорадка, гиповитаминозы, снижение массы тела.

В настоящее время, в силу разных причин, описторхоз существенно изменил клиническое течение, что позволяет говорить о его патоморфозе. Клиническое течение хронического описторхоза за последние полвека претерпело существенные изменения, что требует от клиницистов новых подходов к диагностике. Пальцев А.И. выделяет триаду симптомов, характеризующихся высокой специфичностью и чувствительностью: изменения конъюнктивы – симптом Пальцева, тремор языка и «трещины» языка. Наличие указанной триады позволяет клиницисту ставить конкретные задачи перед лаборантом, проводящим исследование.

На базе МУЗ ГИКБ № 8 г. Кемерово в центре хронических инфекций проводится обследование и лечение больных с описторхозом. Лабораторная диагностика включает: копроовоскопию методами Като и эфирусусным, исследование желчи на наличие яиц описторхисов и иммунологические тесты (Ig M, Ig G). Предлагаемые методы иммунологической диагностики могут на сегодняшний день использоваться преимущественно, как скрининговые.

Лечение больных хроническим описторхозом осуществляется в три этапа, включающих подготовительную терапию, специфическую химиотерапию и реабилитационную.

Подготовительная терапия требует учета влияния патогенетических факторов на клинические проявления болезни, структуры основных клинических синдромов. Следует особо подчеркнуть важность проведения этого этапа, так как эффективность следующего во многом зависит от того, насколько качественно проведен первый. Продолжительность его составляет, в среднем, 10-14 дней. Необходимым является назначение современных противоаллергических препаратов, которые назначаются во время курса подготовительной терапии, при проведении специфической и по показаниям в период реабилитации.

Проведение желчегонной терапии должно осуществляться дифференцированно, с учетом типа дискинезии желчевыводящих путей: при этом используются холекинетики, холеретики или препараты смешанного действия. Назначаются они на срок не менее трех месяцев. В лечении патологии желчевыводящей системы при хроническом описторхозе у всех пациентов особое значение имеют препараты, обладающие разнонаправленным действием. К таким средствам с полным основанием можно отнести галстену, гепабене, гепатофальк-планту, холагогум. По показаниям проводится противовоспалительная терапия (антибиотики, нитрофураны, сульфаниламиды), спазмолитики (дюспаталин, но-шпа), антихолестатическая терапия (урсосан, гептрал), ферментативные препараты (креон, мезим-форте), пре- и пробиотики, седативная терапия, витамины группы В и С, дезинтоксикационная терапия, физиолечение (микроволны).

При нормализации температурной реакции, уменьшении или исчезновении симптомов общей интоксикации и аллергических проявлений, при клиническом улучшении общего состояния и функций органов пищеварения, билиарной системы больным проводится специфическое лечение. Празиквантель (билтрицид) является высокоэффективным антигельминтиком при лечении описторхоза. Препарат оказывает влияние на ионную регуляцию, способствует усиленному выходу ионов кальция и нарушению вследствие этого самих клеточных мембран. Выявлено его прямое влияние на катаболизм гликогена. Препараты этой группы считаются индукторами спастического паралича у описторхисов. Назначается в суточной дозе 60-75 мг на кг массы больного в течение 1 дня в 3 приема после еды, запивается небольшим количеством воды. А.И. Пальцев разработал щадящую методику применения празиквантеля, когда указанная суточная доза делится на двое суток. Антигельминтная эффективность при этом остается такой же.



Через неделю после приема празиквантела применяется парафармацевтик экорсол, состоящий из экстракта коры осины — 25 %, экстракта солянки холмовой — 1 % и глюкозы — 74 %. Исследования проведенные в клиниках Новосибирска и Томска показали, что его эффективность составляет 70-85%. Механизм его действия остается неясным. При гибели паразита возможно обострение аллергического синдрома, нарастание явлений интоксикации, в связи с чем проводится десенсибилизирующая терапия, назначают дезинтоксикационную терапию, сорбенты.

После лечения в стационаре реконвалесценты выписываются под наблюдение врачей КИЗа. В дальнейшем, не менее 3 месяцев, пациент получает дифференцированную, в зависимости от выраженности определенных синдромов, терапию, в обязательном порядке холекинетики или холеретики и спазмолитики — курсы 10 дней с перерывом 10 дней в течение 3-х месяцев. Слепое зондирование с минеральной водой или сорбитом

проводится ежедневно 3 дня, затем 1 раз в неделю — 3 месяца. Пациенту может быть рекомендовано лечение в гастроэнтерологическом санатории или питье минеральных вод в домашних условиях. В некоторых случаях целесообразно использование грязелечения (иловые и торфяные грязи).

Через 3 месяца проводится трехкратное дуоденальное зондирование с недельным интервалом, после чего делается вывод о гельминтологическом выздоровлении. Окончательный вывод об эффективности лечения делается через 6 месяцев после лечения празиквантелом. При необходимости проводят 2-3 повторных курса лечения с интервалом не менее 6 месяцев. Диспансерное наблюдение продолжается до 2 лет.

Таким образом, описторхоз, являясь системным заболеванием, остается важной медицинской проблемой, но решать ее нужно только в комплексе государственных, санитарно-противоэпидемических, ветеринарных и некоторых других мероприятий.

ШАДЧИНЕВА Т.Э., ТАРАСОВ Н.И.

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,  
г. Кемерово*

## ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Согласно демографическим данным разных стран мира, число людей старшего возраста (старше 70 лет) продолжает увеличиваться, поэтому перед современной медициной возникает глобальная проблема оказания помощи человеку пожилого и старческого возраста. Известно, что заболеваемость и смертность от острого инфаркта миокарда с возрастом повышаются, инфаркт миокарда является одной из основных причин смерти лиц пожилого и старческого возраста.

*Целью работы* является сравнительный анализ двух групп больных с установленным диагнозом инфаркта миокарда в зависимости от возраста.

Все больные были доставлены бригадами скорой медицинской помощи в отделение острой коронарной патологии Кемеровского Кардиологического центра в течение 2002 года.

Первая группа — больные в возрасте до 70 лет, вторая — больные в возрасте старше 70 лет.

В 2002 году бригадами СМП в ККЦ было доставлено 699 больных, у которых впоследствии подтвердился диагноз инфаркта.

Из всего количества больных инфарктом миокарда, в возрасте до 70 лет было 435 человек (62 %), старше 70 лет — 264 человека (38 %). В

первой группе преобладали мужчины — 313 человек (72 %), во второй — женщины — 164 человека (62 %).

Повторный инфаркт миокарда зарегистрирован у 212 человек, что составляет 30,3 % от общего количества. В первой группе повторным инфаркт миокарда был у 112 человек (26 %), во второй — у 100 (38 %).

В предшествующем анамнезе больных проанализированы такие факторы риска развития инфаркта миокарда, как артериальная гипертензия и сахарный диабет. Артериальная гипертензия регистрировалась у 477 человек, что составляет 68,2 % всех больных инфарктом миокарда. У больных в возрасте до 70 лет артериальная гипертензия встречалась в 275 случаях (63,2 %), в возрасте старше 70 лет — в 202 случаях (76,5 %), разница достоверна. Также достоверно чаще у больных второй группы регистрировался сахарный диабет. Из общего количества больных инфарктом миокарда сахарный диабет регистрировался в 111 случаях, что составляет 15,8 % от общего количества больных инфарктом миокарда, причем в первой группе — в 54 случаях (12,4 %), во второй группе — в 57 случаях (21,6 %).

Для исхода острого инфаркта миокарда большое значение имеет время с момента появления

первых симптомов заболевания до госпитализации, поскольку от этого в значительной мере зависят возможности применения современных методов лечения.

В первые 6 часов от начала ангинозного приступа в стационар поступили 364 человека (52 %), в срок от 7 до 24 часов – 147 человек (21 %), в срок свыше 24 часов – 188 человек (27 %).

На догоспитальном этапе инфаркт миокарда осложнился у 193 больных (27,6 %). В возрасте до 70 лет – в 108 случаях (24,8 %), в возрасте старше 70 лет – в 85 случаях (32,2 %). У больных в возрасте старше 70 лет чаще встречались такие осложнения инфаркта миокарда, как сердечная недостаточность и нарушения ритма и проводимости.

При лечении инфаркта миокарда на догоспитальном этапе при наличии ангинозного болевого синдрома использовались наркотические и ненаркотические анальгетики, таблетированные и аэрозольные формы нитроглицерина в 41,5 % случаев. В стационаре в течение года умерли 98 больных

острым инфарктом миокарда, из них 31 больной умер в течение первых суток нахождения в стационаре. Госпитальная летальность больных острым инфарктом миокарда составила 14 %, досуточная госпитальная летальность – 4,4 %.

#### *Выводы:*

Среди всех больных острым инфарктом миокарда более 1/3 составляют больные старше 70 лет.

Достоверно чаще у больных пожилого и старческого возраста регистрировался повторный инфаркт миокарда, в предшествующем анамнезе чаще определялись артериальная гипертензия и сахарный диабет.

Больные этой группы госпитализируются в стационар спустя большее время от начала первых признаков инфаркта миокарда, течение догоспитального периода осложнялось чаще, чем у больных в возрасте до 70 лет.

Больные в возрасте старше 70 лет умирали чаще, как в течение первых суток нахождения в стационаре, так и в течение всего госпитального периода.

ШАНГИНА О.А., КОТУРГА Л.И.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

**Цель:** Выявление особенностей распространенности и оценка тяжести депрессии у больных пожилого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца.

**Материалы и методы:** В исследование включены 120 пациентов (58 женщин и 62 мужчины) в возрасте от 60 до 84 лет (средний возраст  $75 \pm 1,5$  лет), с верифицированным не менее года назад диагнозом ишемическая болезнь сердца. Контрольную группу составили 60 пожилых пациентов (28 женщин и 32 мужчины), имеющих патологию органов дыхания и цереброваскулярную болезнь (средний возраст  $74,4 \pm 2,4$  лет). Среди пациентов было проведено анкетирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P. Snaithe, 1983).

**Результаты:** В группе пожилых больных с ИБС у 85 % анкетированных лиц выявлены симптомы депрессии различной степени выраженности, в то время как в контрольной группе симптомы депрессии обнаружены лишь у 50 % пациентов. Данные различия были достоверны ( $p < 0,001$ ). Выявлена статистически значимая корреляция

между классом стенокардии и уровнем депрессии ( $r = 0,57$ ,  $p < 0,007$ ). Средний балл депрессивных расстройств в группе пациентов со стенокардией ФК I (27 больных) составил  $9,5 \pm 0,2$ , в группе ФК II (40 больных) –  $10,5 \pm 0,2$ , в группе ФК III (35 больных) –  $11,5 \pm 0,2$ . В исследуемой группе достоверной корреляции между возрастом пациента, длительностью заболевания и уровнем депрессии не выявлено.

Восемь пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), на момент обследования имели II ФК стенокардии и НК II функционального класса по NYNA. Не было выявлено достоверных различий между уровнем депрессии у пациентов со стенокардией ФК II, перенесших ИМ, и не имеющих ИМ в анамнезе (средний балл депрессии –  $10,5 \pm 0,2$ ;  $10,6 \pm 0,2$ , соответственно).

#### *Выводы:*

1. Среди пожилых пациентов с ИБС выявлен более высокий уровень распространенности депрессивных расстройств, чем у пожилых лиц, не имеющих данную патологию.



2. Имеется статистически значимая корреляционная связь между функциональным классом стенокардии и уровнем депрессивных расстройств.
3. Наличие в анамнезе ИМ с невысоким функ-

циональным классом недостаточности кровообращения не вызывает достоверного ухудшения депрессивных расстройств у пациентов со стабильной стенокардией.

ШУКЕВИЧ Т.С., ТАЧКОВА О.А., ОЛЕНЕВА И.Н., ЛИКСТАНОВ М.И.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ДАННЫМ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКБ № 3 ИМ. М.А. ПОДГОРБУНСКОГО

**И**звестно, что сахарный диабет (СД) и его осложнения являются более частой причиной обращений к врачу, по сравнению с другими заболеваниями. Анализ причин развития острых осложнений СД представляет несомненный научно-практический интерес, как с клинической, так и с экономической позиций, поскольку летальность и инвалидизация при данном заболевании не имеют тенденции к снижению, а ежегодные затраты на лечение неуклонно увеличиваются.

*Цель работы:* провести анализ основных причин острых осложнений СД, послуживших основанием для экстренной госпитализации в ГКБ № 3.

Изучены и проанализированы 204 случая экстренной госпитализации больных с острыми осложнениями СД за период 2003-2004 гг. Из них, в 2003г. — 91, в 2004г. — 113. В том числе, СД 1 типа — 157 больных (77 %), средний возраст которых составил 27,2 лет (15-69 лет), из них мужчин — 68 (43 %), женщин — 89 (57 %). СД 2 типа — 47 больных (23 %), средний возраст — 56,6 лет (42-76 лет), мужчин — 4 (7 %), женщин — 43 (93 %).

Впервые выявленный СД 1 типа послужил причиной госпитализации 36 человек (18 %). Все больные поступали в экстренном порядке, из них в состоянии кетоза госпитализировано 25 человек (69 %), кетоацидоза — 8 (23 %), кетоацидотической прекомы — 3 (9 %). Впервые выявленный СД 2 типа наблюдался у 10 больных (5 %), во всех случаях диагностировался кетоз.

Анализ данных показал, что основными причинами декомпенсации являлись грубые и/или регулярные нарушения диеты — 10 %, прекращение введения инсулина — 20 %, прием алкоголя — 21 %, острые воспалительные заболевания (чаще ОРВИ, обострение хронического бронхита, пневмонии, синуситы, обострение хронического пиелонефрита, туберкулез, сепсис — 2 случая) — 32 %, острая хирургическая патология — 5 %. У

12 % больных причину декомпенсации СД установить не удалось. В ряде случаев имело место сочетание нескольких причин, чаще — прием алкоголя, нарушение диеты, отмена инсулина.

Среди осложнений кетоз диагностирован у 69 больных (57 %), кетоацидоз — у 27 больных (22,3 %), кетоацидотическая прекома — у 24 больных (19,9 %), кетоацидотическая кома — 1 случай (0,8 %). Из них, 20 человек (14 %) госпитализированы в реанимационное отделение для проведения интенсивной терапии, коррекции гомеостаза.

Среднее пребывание больных в стационаре составляло 12,8 койко-дней (2-28) и определялось исходной тяжестью СД и его осложнений, сопутствующей патологией, клиническим эффектом от проводимой терапии.

На фоне проводимого лечения в 98,6 % случаев больные выписывались с положительной динамикой под амбулаторное наблюдение. Умерло 2 больных, среди них 1 — кетоацидотическая кома, 1 — тяжелый кетоацидоз на фоне грубой сопутствующей патологии.

### *Выводы:*

1. Более половины причин развития острых осложнений СД (51 %) связаны с социальными факторами и несознательным отношением больных к состоянию своего здоровья, что требует проведения мероприятий, направленных на повышение уровня знаний, ответственности и информированности пациентов о своем заболевании и возможных осложнениях, повторного обучения больных в Школе сахарного диабета.

2. Подавляющее число госпитализированных больных (76 %) — лица молодого трудоспособного возраста, страдающие СД 1 типа, что является актуальной социально-экономической проблемой, требующей поиска адекватных путей решения.

3. Необходимо более раннее выявление СД 2 типа на амбулаторном этапе с целью предупреждения развития кетоза.

4. Летальность от осложнений СД, по данным эндакринологического отделения ГКБ № 3, за период исследования составила 1,4 %, что не выходит за пределы общеевропейских показателей.

ЮРКИН Е.П., ТАРАСОВ Н.И., ЗЕМЛЯНУХИН Э.П.  
Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,  
г. Кемерово

## ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Ц**елью работы явилось пилотное исследование клинической эффективности применения тромболитической терапии при лечении острого ИМ на догоспитальном этапе, реализованное в условиях скорой медицинской помощи. В исследовании принимали участие наиболее квалифицированные врачи-кардиологи бригад интенсивной терапии станции скорой медицинской помощи г. Кемерово. Для проведения тромболитической терапии был использован препарат стрептокиназа в дозе 750000 МЕ отечественного производства. Указанный препарат был выбран в силу наименьшей вероятности возникновения осложнений при лечении, возможности болюсного введения, доступности и дешевизны.

В исследовании приняли участие 34 пациента с острым инфарктом миокарда. Возраст больных колебался в пределах от 45 до 85 лет и составил, в среднем, 54 года. В контрольную группу вошли 17 человек, получавших стандартную терапию в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) без тромболитической терапии: бета-адреноблокаторы, нитраты, аспирин, гепарин, адекватное обезболивание. В опытную группу вошло 17 пациентов, получавших не только стандартную, но и тромболитическую терапию стрептокиназой. По возрастным категориям, основным клиническим параметрам, предшествующим факторам риска, сопутствующей патологии и первичным осложнениям ИМ, пациенты обеих групп были полностью сопоставимы.

Методика тромболитической терапии заключалась в следующем. Больным опытной группы в течение 30 минут внутривенно капельно вводилась стрептокиназа в дозе 750000 МЕ. В дальнейшем проводилось введение гепарина в средней дозе 1000 ЕД в час. При этом перорально все пациенты получали 125-300 мг аспирина.

В опытной группе пациентов тромболитическая терапия (далее ТЛТ) была проведена в срок до 3 часов от момента заболевания в 12 случаях

или 70,5 %; в срок от 4 до 6 часов – в 4 случаях или 23,5 %; в одном случае ТЛТ была проведена в срок более 6 часов от начала заболевания. В срок от 15 до 45 минут от момента обращения за скорой медицинской помощью ТЛТ была проведена 15 пациентам или 88,2 % всей опытной группы. В 3-х случаях ТЛТ была проведена в срок от 46 до 60 минут от обращения.

После проведенной терапии ИМ все описываемые пациенты были госпитализированы в инфарктное отделение Кемеровского кардиологического диспансера. По их историям болезней было выяснено, что характер последующего течения ИМ в исследуемых группах значительно различался. Частота случаев не осложненного ИМ в опытной группе почти в 2 раза превысила таковую в контрольной. Из всех осложнений, зарегистрированных в контрольной группе, в опытной присутствовали только ранняя постинфарктная стенокардия и перикардит. Отсутствовали такие грозные осложнения ИМ, как блокады проводимости, аневризма левого желудочка, отек легких, рецидив ИМ.

После завершения стационарного лечения почти треть пациентов опытной группы были выписаны из стационара через 10 дней после госпитализации, остальных пациентов выписали через 14 дней. В контрольной группе показатели хуже: никто не выписан в 10-дневный срок, 12 % пациентов выписаны через 21 день.

По результатам проведенного пилотного исследования можно сделать следующие выводы:

- частота случаев не осложненного ИМ в группе пациентов с примененной уже на догоспитальном этапе ТЛТ почти в 2 раза превысила таковую в группе с традиционным лечением;

- из всех осложнений ИМ, в группе пациентов с проведенной ТЛТ присутствовали только ранняя постинфарктная стенокардия и перикардит; отсутствовали такие грозные осложнения ИМ, как блокады проводимости, аневризма левого желудочка, отек легких, рецидив ИМ;



---

- в группе пациентов с проведенной ТЛТ, в среднем, на неделю сократилось время пребывания в стационаре.

Таким образом, современные возможности скорой медицинской помощи в плане оператив-

ности восстановления коронарного кровотока при ИМ неопределимы, а проведенная уже на догоспитальном этапе тромболитическая терапия положительно влияет на течение заболевания и его прогноз.



БЕДИН В.В., ШИН И.П., БАЕВА И.С., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., ЧУРКИН М.В.  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

## МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Н**арастание числа больных со злокачественными опухолями панкреатодуоденальной зоны (рак поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка) является одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. 90 % больных раком головки поджелудочной железы поступают с длительно протекающей механической желтухой и явлениями печеночно-почечной недостаточности. Хирургическое вмешательство на высоте желтухи сопровождается высокой послеоперационной летальностью (15-60 %). В связи с этим, хирургическое лечение в большинстве клиник в настоящее время проводится в два этапа. На первом этапе выполняется декомпрессия желчевыводящих путей. Этот этап позволяет улучшить функциональное состояние печени, уменьшить отрицательное влияние эндотоксинов на организм, снизить послеоперационную летальность.

Кузбасский областной гепатологический центр выполняет функцию областного специализированного онкологического подразделения, занимающегося диагностикой и лечением больных с опухолевым поражением органов панкреатодуоденальной зоны.

В 2004 г. было пролечено 62 пациента. Сред-

ний уровень билирубина составил  $216 \pm 12$  мкмоль/л.

Первым этапом больным выполнили декомпрессию желчевыводящих путей. Пациентам применили следующие минимально инвазивные способы декомпрессии: чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) под контролем ультразвука и электронно-оптического преобразователя – 35, чрескожно-чреспеченочная холецистостомия (ХС) под контролем ультразвука – 16, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллотомией и транспапиллярным стентированием холедоха (ТПС) – 14 пациентов. В 3-х случаях выполнили двойное дренирование: холецистостомия и транспапиллярное стентирование холедоха. 27 пациентов, после разрешения желтухи, в дальнейшем оперированы.

Проанализированы лабораторные результаты минимально инвазивных способов декомпрессии желчных путей – темп снижения билирубина и печеночных ферментов (АЛТ, АСТ, ЩФ) сыворотки крови в зависимости от продолжительности желтухи (до 10 суток, 11-20 суток, свыше 20 суток). Результаты представлены в таблицах 1 и 2.

**Таблица 1**  
**Темп снижения билирубина и ЩФ**

	Билирубин (мкмоль/л в сутки)			ЩФ (U/L в сутки)		
	< 10 суток	11-20 суток	> 20 суток	< 10 суток	11-20 суток	> 20 суток
ЧЧХС	10,7	11,2	13,6	73,5	44,5	48,2
ХС	11,7	8,0	9,7	44,9	40,5	43,1
ТПС	9,3	8,1	10,4	31,2	41,9	33,7

**Таблица 2**  
**Темп снижения АЛТ, АСТ**

	АЛТ (U/L в сутки)			АСТ (U/L в сутки)		
	< 10 суток	11-20 суток	> 20 суток	< 10 суток	11-20 суток	> 20 суток
ЧЧХС	17,5	9,9	8,5	10,2	8,6	6,4
ХС	5,8	9,9	7,9	6,8	6,0	5,1
ТПС	7,7	7,5	5,6	5,8	4,0	4,6

ди пациентов было 43 мужчины (69,4 %) и 19 женщин (30,6 %). Средний возраст мужчин – 60,5 лет, женщин – 65,2. Выявлена следующая локализация опухолевого процесса: рак головки поджелудочной железы (ГПЖ) – 44 (71 %), рак большого дуоденального сосочка (БДС) –

Применение чрескожно-чреспеченочной холангиостомии приводит к нормализации билирубина, АЛТ, АСТ, ЩФ сыворотки крови быстрее, чем при холецистостомии или транспапиллярном стентировании холедоха. Осложнения после дренирования желчных протоков: миграция ХС –



2 случая (12,5 %), миграция ЧЧХС – 1 случай (2,8 %), перфорация желчного пузыря при ХС – 2 случая (12,5 %).

*Выводы:*

1. Больным раком панкреатодуоденальной

зоны, осложненным механической желтухой, показано этапное лечение.

2. Оптимальным способом декомпрессии желчных путей является чрескожно-чреспеченочная холангиостомия.

БОЛОШКО В.А.

*МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово*

## ПРИМЕНЕНИЕ КВЧ – ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

**П**роблема заживления раневой поверхности после вскрытия гнойников сохранила свою актуальность. Длительно заживают раны при хронической венозной недостаточности и сахарном диабете.

*Цель работы:* определить эффективность влияния КВЧ-терапии на динамику заживления ран.

*Метод:* Лечение проводили от аппарата «ЯВВ-1» длиной волны 5,6. Рупор аппарата ставили на область раны. Время воздействия 15-30 минут ежедневно. Курс лечения – 15-20 процедур. Длительность лечения определяется степенью заживления. Лечение проводили у 45 больных: женщин – 22 чел., мужчин – 23 чел., в возрасте от 18 до 60 лет, в том числе:

- 13 пациентов с ранами на фоне хронической венозной недостаточности;

- 12 пациентов после вскрытия абсцессов;

- 10 пациентов после гнойно-некротических флегмон;

- 10 пациентов с сахарным диабетом.

Контрольная группа, 45 человек, получала электрическое поле УВЧ и ультрафиолетовое облучение.

*Результаты:* В опытной группе сроки заживления сократились в полтора-два раза, по сравнению с контрольной.

*Выводы:* КВЧ-терапия при лечении гнойных ран стимулирует репаративные процессы, повышает клеточный и гуморальный иммунитет, оказывает обезболивающее действие.

БОЯРИНОВ А.Г., СИМАГАЕВ Р.О., ШМУЛЕВИЧ М.В.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА СПОСОБОМ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ

**П**о литературным данным вывихи надколенника составляют 0,3-0,5% от всех травм коленного сустава. Всего с 1995 г. по 2005 г. нами на коленном суставе выполнено 2243 артроскопических операций, из них стабилизация надколенника при вывихе – 88 (3,9 %).

Вывихи надколенника происходят вследствие не прямой травмы у больных преимущественно молодого возраста, от 12 до 30 лет (81 %), чаще у женщин (70 %), имеющих анатомические особенности строения бедренно-надколенникового сочленения, и сопровождаются повреждением медиальной поддерживающей связки и суставных поверхностей медиальной фасетки надколенника и латерального мыщелка бедра, с возможностью образования свободных костно-хрящевых внутрисуставных тел, приводящих к болевому син-

дрому, нарушению функции коленного сустава, нестабильности надколенника.

Современная классификация различает острый или первичный травматический, повторный или рецидив острого, привычный или хроническую нестабильность надколенника. По степени смещения надколенника различают подвывих и вывих, а по локализации – наружный, внутренний и торсионный.

Факторами, предрасполагающими вывиху надколенника, являются: вальгусная деформация коленных суставов; дисплазия наружного мыщелка бедра; анатомическая форма надколенника (3-5 тип по Вибергу); латеропозиция бугристости большеберцовой кости; гипотрофия четырехглавой мышцы. Диагностика вывиха надколенника складывается из следующих данных: анамнеза;

диагностической пункции; рентгенографии коленного сустава в прямой и боковой проекции и рентгенографии обоих пателло-фemorальных суставов; МРТ (признаки трансхондрального перелома и хондропатии наружного мыщелка бедра и надколенника); диагностической артроскопии (типичная картина вывиха).

Консервативное лечение больных с острыми травматическими наружными вывихами надколенника, по данным литературы, позволяет получить положительные результаты только у 30-36 % пациентов, у остальных больных этот метод лечения влечет за собой развитие хронического подвывиха и привычного вывиха надколенника.

Эффективным способом лечения больных с вывихами надколенника является его артроскопически-контролируемая стабилизация, включающая чрескостный (оригинальный) шов медиальной поддерживающей связки в сочетании с рассечением латеральной поддерживающей связки (латерорелиз). При первичном травматическом вывихе нами выполнено 74 операции, при привычном — 14.

В послеоперационном периоде проводилась временная иммобилизация конечности задней гипсовой шиной сроком до 7 дней, затем ношение брейса в течение 6 недель, с ограничением сгибания до 90°, ограничение физической нагрузки и спорта до 3-х месяцев. В комплекс лечения входят обезболивающая и противовоспалительная

терапия, курс хондропротекторов (местно и внутрисуставно), лечебная гимнастика, физиолечение, массаж, плавание.

Результаты предложенного оперативного лечения оценивались в течение от 1 до 3 лет по следующим критериям:

1. Наличие болевого синдрома.
2. Объем движений в коленном суставе.
3. Степень восстановления четырехглавой мышцы.
4. Наличие нестабильности надколенника.

В 97,2 % случаев наблюдали хорошие и отличные результаты, в 2-х случаях рецидив вывиха в результате повторной травмы, в последующем прооперированы.

#### *Выводы:*

1. Своевременно выполненная артроскопическая стабилизация надколенника позволяет профилактировать его привычный вывих и нарушение функции сустава.

2. Малоинвазивность метода обеспечивает хороший косметический эффект, по сравнению с другими видами стабилизаций.

3. Применение оригинального шва позволяет начать раннюю реабилитацию, направленную на восстановление объема движений в суставе, и избежать развития осложнений, связанных с длительной иммобилизацией конечности.

4. Предложенная нами методика оперативного лечения в среднем вдвое сокращает период лечения при этой патологии.

БАВИН Г.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ВЛИЯНИЕ ИНФУЗИИ ПЕРФТОРАНА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМИЧЕСКОГО МОЛЕКУЛЯРНОГО ЗВЕНА ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

**А**немический синдром вследствие острой массивной кровопотери играет ведущую роль в патогенезе травматической болезни (Дерябин И.И., Насонкин О.С., 1987), уменьшение минутного объема кровообращения и, вследствие этого, количества транспортируемого к тканям кислорода, приводит к гипоксии (Агаджанян В.В., 2003).

Функционирование компонентов транспорта и поглощения кислорода нарушается с первых часов после травмы. Одной из основных задач интенсивной терапии при политравме является своевременная и адекватная антигипоксическая коррекция (Мороз В.В., 2002).

Традиционно измеряемым параметром для оценки степени гипоксии является напряжение кислорода в артериальной крови, но этот показатель, к сожалению, не информирует о состоянии следующих этапов транспорта кислорода: способности крови переносить кислород к тканям, а также доступности кислорода для тканей и способности тканей утилизировать кислород (Wandrup J.H., 1991). К показателям, оценивающим транспорт кислорода кровью, относятся: общая концентрация гемоглобина в крови, измеренная сатурация или насыщение гемоглобина кислородом. Показатель сатурации адекватен при отсутствии в крови дисгемоглобинов, при нали-



чии в крови дисгемоглобинов, не способных переносить кислород и резко сдвигающих кривую диссоциации оксигемоглобина влево, адекватным для оценки гипоксии будут такие показатели, как фракция оксигемоглобина, фракции деоксигемоглобина в артериальной и венозной крови (Samsel R.W., Schumacker P.T., 1991; Hall J.B., Schmidt G.A., Wood L.D.H., 1992).

Обследовано 45 больных с политравмой (автодорожная травма 58 %, падение с высоты 31 %, производственная травма 11 %). В контрольную группу вошли больные со стандартной терапией (25 человек). В основную группу вошли больные, в комплексную терапию которых был включен перфторан (однократно внутривенно капельно в дозе 4-5 мл/кг массы тела). Пострадавшие обеих групп стандартизированны по возрасту, полу, тяжести политравмы и стандарту терапии. Исследованию подвергали порции крови, взятые ежечасно с момента поступления больного на протяжении первых 10 часов, затем через каждые 12 часов в течение последующих пяти суток болезни и каждые сутки до десятых суток болезни. Для оценки газотранспортной функции крови исследовали парциальное давление кислорода в артериальной крови, фракцию оксигенированного гемоглобина в артериальной крови, уровни деоксигенированного гемоглобина в венозной и артериальной крови (по данным анализатора «BAYER RapidLab 865» с СО-оксиметром). Статистическую обработку цифрового материала проводили с использованием t-критерия Стьюдента.

Парциальное давление кислорода в венозной крови пациентов I группы было достоверно ниже нормального уровня в 1,17 раза, нормализация показателя регистрировалась к 130 часу исследования. У пациентов II группы величина парциального давления кислорода была достоверно выше нижней границы нормы в 1,11 раз, к 82 часу исследования регистрировали стойкую нормализацию показателя.

Фракция оксигенированного гемоглобина у пациентов I группы была достоверно ниже, чем у пациентов II группы (в 1,04 раза), стабильно нормальные значения этот показатель приобрел в I группе к 130 часу, а во II группе уже к 82 часу исследования.

Уровень деоксигенированного гемоглобина в артериальной крови пациентов I группы на всем протяжении исследования, в среднем, достоверно превышала (в 1,48 раза), подобный показатель во II группе пациентов. В венозной крови пациентов I группы фракция доксигенированного гемоглобина была достоверно ниже, чем у пациентов II группы (в 1,25 раза).

Таким образом, установлено, что у пациентов, в комплексную терапию которых был введен перфторан, наблюдалась более ранняя нормализация ключевых показателей кислородно-транспортной функции крови (парциальное давление кислорода, фракция оксигенированного гемоглобина как критерий потенциального транспорта кислорода), что может свидетельствовать об увеличении способности крови к переносу кислорода под влиянием перфторана. Повышение уровня деоксигенированного гемоглобина в венозной крови в группе больных, получавших перфторан при снижении его в артериальной крови говорит об улучшении отдачи гемоглобином кислорода тканям. Выявленный эффект связан со способностью перфторана создавать дополнительный подпор для кислорода при его потреблении, поддерживать более высокий уровень парциального давления кислорода в крови (Иваницкий Г.Р., 2002). Кроме того, перфторан, изменяя реологические свойства крови, способствует улучшению доставки и облегчению диффузии газов крови, увеличивает резервные возможности газотранспортной функции крови (Кузнецова И.Н., 2003), восстанавливая баланс гуморальных реакций организма, связанных с газообменом, ускоряет оксигенацию и деоксигенацию эритроцитов, улучшает метаболизм красной клетки (Ярочкин В.С., 1988).

ВОЛОДИН В.В., ПАРХОМЕНКО И.С., ТОРГУНАКОВ С.А.  
МУЗ Городская клиническая больница № 2,  
г. Кемерово

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЕКТОМИЯ

**А**ппендэктомия при остром аппендиците является одной из наиболее распространенных операций в экстренной хирургии. Наряду с традиционным выполнением операции, в практику хирургических отделений стала внедряться видеондоскопическая технология, которая позволяет уточнить диагноз в 95-98 %, избежать необосно-

ванное проведение операции при возможности выполнить лапароскопическую аппендэктомию (ЛА). В литературе имеются разноречивые взгляды о целесообразности ЛА – от скептически воздержанных до признания ЛА операцией выбора.

В клинике общей хирургии КГМА с 1999 г. у 137 больных с диагнозом острый аппендицит

или подозрением на аппендицит была применена видеолапароскопия. В 23 случаях лапароскопия носила диагностический характер, которая позволила у 7 больных исключить острые заболевания органов брюшной полости, у 12 больных выявлена гинекологическая патология и у 4 больных диагностированы заболевания, не связанные с острым аппендицитом. Конверсия на открытый способ аппендэктомии осуществлена у 7 больных. У этих больных лапароскопически подтверждены деструктивные формы аппендицита с развитием тифлита, перфорации основания червеобразного отростка, забрюшинной его локализации, что не позволило продолжить операцию эндохирургическим путем.

ЛА выполнена у 107 больных в возрасте от 15 до 65 лет, средний возраст составил 28,5 лет. Срок от начала заболевания до операции составил от нескольких часов до 2-х суток. По морфологическим формам воспаления червеобразного отростка больные распределились следующим образом: простой аппендицит был у 9 больных (8,4 %); флегмонозный аппендицит — у 77 больных (71,9 %); гангренозный и гангренозно-перфоративный — у 21 больного (19,6 %). ЛА выполнялась интракорпорально лигатурным способом. Брыжейка отростка коагулировалась или на нее накладывалась эндолигатура. На культю отростка накладывались эндолигатуры или 8 мм клипсы и эндолигатура под клипсы. Отросток извлекался контейнером или через расширитель 10/20 мм, все больные в послеоперационном периоде получили антибиотики.

Осложнение первого троакара наблюдалось у 1-го больного (0,9 %), когда во время введения троакара было нанесено точечное повреждение стенки правой подвздошной артерии. Развивающаяся гематома забрюшинного пространства диагностирована на 3-и сутки послеоперационного периода, дефект в стенке артерии ушит с последующим выздоровлением пациента.

Диффузный перитонит в раннем послеоперационном периоде наблюдался у 4 больных (3,7 %). Из них, у 2 больных причиной перито-

нита явились коагуляционные поражения купола слепой кишки, которые привели в одном случае к некрозу и несостоятельности культи червеобразного отростка, а в другом — коагуляционному тифлиту. Эти больные были оперированы, выздоровление наступило после продолжительного лечения. Еще у двух больных с гангренозными аппендицитами причиной перитонита послужила, на наш взгляд, недостаточная санация подвздошной ямки, малого таза, что привело к распространению воспаления. Из них, одному больному выполнена лапаротомия, а у другого ограничилась санационной лапароскопией. Все больные выписаны с выздоровлением.

Послеоперационный воспалительный инфильтрат в правой подвздошной области наблюдался также у 4 больных (3,7 %). Нагноения инфильтратов нами не отмечалось, всем больным проводилось комплексное лечение, включая внутрикостные блокады с подведением антибиотиков.

Исходя из полученных данных, мы пришли к следующим выводам. ЛА показана больным в первые сутки от начала заболевания. В более поздние сроки заболевания выбор способа аппендэктомии должен решаться индивидуально, с учетом характера морфологических изменений, степени распространения воспалительного процесса. Мы полностью отказались от применения монополярной коагуляции для обработки слизистой культи отростка и его брыжейки. В случаях гангренозного аппендицита, наличия экссудата в подвздошной ямке, малом тазу, санация брюшной полости должна завершаться ее дренированием. Своевременная конверсия по «благоразумию» или переход на видеоассистированную аппендэктомию не должны рассматриваться как профессиональная «слабость» эндохирурга.

За последний двухлетний период, используя эту тактику у 53 больных, нам удалось избежать специфических для эндохирургии осложнений, уменьшить количество местных и внутрибрюшных инфекционных осложнений — 70 % всех осложнений приходится на первый период проведения ЛА.

ВОЛЫНСКАЯ С.В., ОРЛОВ А.Б., КАРМАДОНОВ А.В., ЗАХВАТОВ С.В., ПАШКИН К.П.  
МУЗ Городская больница № 11,  
г. Кемерово

## УСПЕШНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**В**есьма редкой формой перитонита является хилезный перитонит, возникающий из-за накопления в брюшной полости лимфы. Причинами хилоперитонеума чаще являются

травматическое повреждение брюшного отдела главного лимфатического протока, гиперпрессия лимфы и ее диапедез вследствие препятствия на уровне средостения (опухоль, стриктуры).



Оперативное лечение рекомендуют в случаях сильного истечения лимфы, либо при присоединении инфекции и развитии явных признаков перитонита. Операция показана в случае неэффективности консервативных методов лечения в течение недели.

Приводим наше наблюдение успешного оперативного лечения хилезного перитонита.

Больной Г., 42 лет, поступил в хирургическое отделение больницы № 11 09.11.04 с клинической картиной острого перитонита. В состоянии средней степени тяжести больной доставлен бригадой СМП. При поступлении жалобы на боли по левой половине живота, тошноту, сухость во рту. Указанные жалобы появились 1,5 суток назад. Сначала отметил резкую боль в эпигастрии, затем по всему правому фланку живота. Боли спустились в правую подвздошную область, стали нетерпимыми, стало больно лежать. Травмы живота больной отрицал, накануне отмечал прием большого количества пищи (был на свадьбе).

При осмотре состояние больного средней степени тяжести, адекватен, положение — лежа на больном боку. Кожные покровы бледные, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, Р8 110 уд/мин., АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот обычной формы, болезнен по правому флангу. Определяется напряжение по правой половине живота, в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, положительные симптомы Воскресенского, Ситковского. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При обследовании в анализе крови лейкоцитоз  $15,9 \times 10^9/\text{л}$ , НВ — 162 г/л. По ЭКГ — умеренные изменения миокарда. Б/х крови — билирубин общий 18,4 ммоль/л, прямой 2,7 ммоль/л, непрямой 15,7 ммоль/л, глюкоза 4,6, мочевины 4,3, амилаза крови 34,0 г/л. УЗИ органов живота при поступлении не проведено.

Поставлен диагноз: «Острый аппендицит. Перитонит». Больному предложено оперативное лечение.

09.11.04 больному проведена операция под ЭТН: «Лапаротомия, ревизия, дренирование брюшной полости».

Протокол операции: Под ЭТН проведена средняя, затем верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости до 500 мл густой белой жидкости без запаха (лимфа). Осушена брюшная полость. Осмотрен червеобразный отросток, желудок, двенадцатиперстная кишка, патологии нет. Вскрыта сальниковая сумка, задняя стенка желудка, поджелудочная железа не изменены. Забрюшинно, по корню брыжейки тонкой кишки, по поперечной ободочной кишке, по правому боковому каналу, от реберной дуги до подвздош-

ной области, определяется плотное пропитывание забрюшинной клетчатки белой жидкостью (лимфой). Рассечена париетальная брюшина по корню брыжейки тонкой кишки, по правому боковому каналу. Протока с разрывом не найдено. Другие органы брюшной полости б/о. Осушена брюшная полость. Счет тампонов совпал. Дренажные трубки к Винслоу отверстию и по правому боковому каналу в Дугласово пространство, выведены в правом подреберье. Перчаточный дренаж в правой подвздошной области. Дренажная трубка по левому боковому каналу, выведена в левой подвздошной области. Наложены швы по Савельеву. Асептическая повязка.

Дальнейшее лечение проводилось в условиях реанимационного отделения.

Через сутки проведена плановая санация брюшной полости, на которой выявлено прекращение лимфоистечения. Проведено ушивание брюшной полости наглухо. Следующие 4 суток больной находился в реанимации, где проводилось ЭПА лидокаином, инфузионная терапия, коррекция электролитных нарушений, антибиотикотерапия, переливание компонентов крови.

На третьи сутки послеоперационного периода по дренажам отделяемого до 200 мл (серая лимфатическая жидкость), активная перистальтика кишечника, был стул. Вздутие живота сохранялось, проводился пассаж бария, стимуляция кишечника. На Rg-легких: «Нижнедолевая пневмония справа». Б/х крови: билирубин 15,7 ммоль/л, прямой 2,2 ммоль/л, мочевины 6,4, креатинин 0,06, амилаза 51,5, белок 56 г/л, глюкоза 4,2, Na 143, K 4.2. Общий анализ крови - Нв 143 г/л, лейкоциты  $7,4 \times 10^9/\text{л}$ .

На 5-е сутки у больного по дренажам до 10-0 мл серозно-геморрагического отделяемого, был стул с барием, газы отходят, вздутие живота незначительное. Живот мягкий без перитониальной реакции, в дыхании участвует. Больной переведен в общую палату хирургии. Назначен «О» стол.

На 7-е сутки состояние больного удовлетворительное, удалены дренажные трубки, сняты кожные швы. Назначен «1-й» стол.

После антибиотикотерапии пневмония разрешилась, на УЗИ свободной жидкости в брюшной полости нет, лейкоциты крови  $7,4 \times 10^9/\text{л}$ , амилаза 18,3 г/ч  $\times$  л, температура тела нормальная, анализ мочи б/о.

Больной выписан на 20-й день после операции, в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 2 месяца после операции. Рана зажила первично. Жалоб нет. Работает на прежней работе. Ограничений физической нагрузки нет.

В литературе нам встретилось лишь несколько случаев похожей патологии. Авторы рекомендовали следующую тактику:

1. Перевязать место отрыва в каудальной части протока.

2. При невозможности найти место отрыва, рекомендована перевязка протока в месте выхода через диафрагму, рядом с аортой.

3. При неэффективности подобных методов и лимфорее более 1-й недели, показана оперативная перевязка грудного протока в типичном месте через торакотомический доступ.

Интерес данного наблюдения состоит, прежде

всего, в редкости подобной патологии, распознавание которой проведено только во время операции. Кроме того, наше наблюдение показывает, что при значительном накоплении жидкости и инфицировании ее, целесообразно оперативное лечение, со стремлением перевязать место разрыва лимфатического протока и последующим дренированием брюшной полости.

ГАТИН В.Р., ЧЕПРОВ А.Г., ДУБОВОЙ А.В., МИТЮКОВ А.Е., ГАТИН Д.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

**П**овреждения верхнешейного отдела позвоночника являются наиболее тяжелыми в клиническом отношении и составляют 10-19 % всех травм позвоночника. Частота повреждений С1-С2 позвонков составляет от 1 % до 27 % всех повреждений шейного отдела позвоночника. Повреждения на уровне С1-С2 позвонков являются наиболее сложными для оперативного лечения. Высокая летальность после травмы с одной стороны, минимальная неврологическая симптоматика при наличии грубой посттравматической костной патологии ставят хирурга перед выбором способа оперативного лечения.

Суть травматического спондилолистеза С2 позвонка сводится к двухстороннему перелому корней дужек аксиса и дислокации головы, атланта и тела аксиса кпереди. Наиболее часто данные повреждения возникают при автомобильных катастрофах, нырянии на мелководье, падении на голову.

За период 1997-2004 гг. в ГКБ № 3 прооперировано 15 пациентов с травматическим спондилолистезом С2 позвонка. Возраст пациентов от 15 до 57 лет, 7 мужчин и 8 женщин. Всем больным проводилось стандартное рентгенологическое обследование. В остром периоде прооперировано 11 пациентов, в подостром – 4 пациента. Уровень

неврологических нарушений оценивался по шкале ICSCI (ASIA IMSOP). 3 пациента относились к группе С, 9 пациентов – к группе D, 3 пациента – к группе E. Оперативное вмешательство проводилось через правосторонний переднебоковой подчелюстной доступ. Проводилась дискэктомия С2-3, вправление спондилолистеза, передний межтеловой спондилодез С2-3 аутокостью (2 случая), кейджем «Дальмит» (3 случая), кейджем «Медбиотех» (1 случай), имплантатом из пористого никелида титана (9 случаев). В 8 случаях проводилась дополнительная фиксация оперированного сегмента цервикальной блокирующей пластиной. В послеоперационном периоде пациент активизировался на следующий день после операции. Проводилась иммобилизация шейного отдела позвоночника съемным ортезом в течение 3-х месяцев после операции.

Во всех случаях отмечено формирование надежного вентрального блока. Имеющиеся у пациентов неврологические нарушения практически полностью регрессировали. Все больные вернулись к обычному образу жизни.

Таким образом, активная хирургическая тактика позволила достичь оптимальных клинических, ортопедических результатов.

ГИНЗБУРГ Е.Р., БАРБЫШЕВ В.А., ДАНИЛИН В.Е., ДУБОВОЙ А.В., ЕЛАГИН С.В.,  
КАШИН А.В., КОЧУРОВА Г.И., МИТЮКОВ А.Е., СЕМЕНОВ В.В., СОКОЛ Е.А.,  
СТАРЫХ В.С., УЛУНОВ Ю.Д., ЧЕПРОВ А.Г.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## НОВАЯ МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СВОДА ЧЕРЕПА

**В** условиях непрерывно возрастающего травматизма, в основном, населения трудоспособного возраста, увеличивается удельный

вес тяжелой черепно-мозговой травмы, а вместе с ней и частота экстренных оперативных вмешательств на черепе и головном мозге, а также



последующих восстановительных операций у больных с дефектами костей черепа и твердой мозговой оболочки после резекционных трепанаций черепа. Посттрепанационные дефекты самостоятельно не восстанавливаются, а замещаются чаще всего рубцовой соединительной тканью. Наличие костных дефектов черепа приводит больных к страданиям, утрате трудоспособности и инвалидности.

Краниопластика создает оптимальные условия для восстановления функций, уменьшает сроки реабилитации, частоту и степень инвалидности, являясь завершающим этапом хирургического лечения больных с дефектами в черепе.

В нейрохирургическом отделении Кемеровской городской клинической больницы № 3 дефекты твердой мозговой оболочки замещали аналогичной консервированной тканью, апоневрозом или амниотической оболочкой, а замещение дефектов костей свода черепа осуществляли сохраненной собственной костью или протезом из самотвердеющей пластмассы.

В 2004 году на оперативном лечении находилось 66 пациентов, которым проведены пластические операции. Как правило, это были мужчины и редко — женщины, в возрасте от 16-ти до 70-ти лет. Костно-пластическая трепанация проведена у 9 больных. Однако у многих других больных были противопоказания к первичной пластике дефекта свода черепа. В раннем и последующих периодах краниопластика консервированной аутокостью в 0,5 % растворе формалина осуществлена у 13-ти человек. Краниопластика монолитным фрагментом из собственной кости не всегда была возможной, поэтому у 33 пациентов для протезирования дефектов костей черепа применили самотвердеющую пластмассу (чаще протакрил). В подавляющем большинстве случаев протез изготавливали рентгеноконтрастным. Протезирование обеспечивало быструю защиту мозга от внешних механических воздействий, но под протезом сохранялся анатомический дефект черепа, являвшийся основанием для определения больным группы инвалидности.

Для улучшения результатов хирургического лечения при дефектах костей свода черепа, наши поиски были направлены на разработку способов краниопластики биологическими материалами. В результате разработаны и испытаны способы пластики малых и средних дефектов черепа и твердой мозговой оболочки консервированной оболочкой и костью плода человека, направленной на регенерацию их в дефекте (патенты РФ № 2197911, № 2199287, авторы Старых В.С. и Гинзбург Е.Р.). Известно, что консервированная брезентовая ткань является универсальным остеоиндуктивным материалом, обладающим малой антигенной активностью, простой в заготовке, консервации и хранении (Бусарев В.В., Костандян Л.И., Полежаев Л.В., Абрамов А.А., Архипов В.Д., Горюн Т.Т.).

Например, один из изобретенных способов осуществляют следующим образом. После хирургического разреза с обнажением дефекта черепа у края дефекта и обработкой его костного края в трех точках у края дефекта просверливают отверстия в кости. Из заготовленного черепа плода человека вырезают костную пластинку вместе с твердой оболочкой на ней, при этом костную пластинку формируют размером меньше, а оболочку больше дефекта черепа. Костную пластинку берут на лигатуры из длительно рассасывающегося материала, например, полисорба. Удерживая за лигатуры, твердую мозговую оболочку подводят под края кости в дефекте, а костную пластинку размещают в костном дефекте. Лигатуры проводят через сформированные отверстия в костях и нитями трансплантат прикрепляют к черепу. Такая методика исследована у 11 больных. При наблюдении в послеоперационном периоде воспалительные реакции не наблюдались, и в последующем отмечена регенерация в костном дефекте с уменьшением его размеров.

Изобретенные способы замещения дефектов костей черепа являются эффективными методами реконструктивной нейрохирургии, расширяют возможности выбора способа хирургического вмешательства, улучшают качество лечения и повышают функциональные возможности больных.

ДЕМИДОВА Н.Ю., ГРИГОРЬЕВ Е.В., РАЗУМОВ А.С., ШЕВЕЛЕВ В.В.,  
АГАФОННИКОВА Л.П., РУБАН С.Э.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

**О**бширные резекции печени, выполняемые по поводу злокачественных и доброкачественных опухолей, паразитарных кист

являются чрезвычайно травматичными оперативными вмешательствами. Учитывая, что в печени происходит синтез практически всех факторов

свертывания крови, можно предполагать возможность развития геморрагических осложнений у данной категории больных, как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде. Однако, основная исходная патология пациентов, продолжительность и травматичность этих операций составляют высокую степень риска развития тромбозомболических осложнений. Таким образом, перед врачом анестезиологом стоит вопрос как тромбопрофилактики, так и профилактики интраоперационных и ранних послеоперационных коагулопатических кровотечений, связанных с особенностями данных оперативных вмешательств. В литературе проблема тромбопрофилактики, в частности путем выбора низкомолекулярного гепарина фраксипарина у больных при обширных резекциях печени, освещена не достаточно.

*Цель работы:* Обосновать дифференцированный выбор антикоагулянтной терапии с использованием низкомолекулярных форм гепарина при обширных резекциях печени.

*Материалы и методы:* Изменения системы гемостаза исследованы у 15 пациентов в возрасте 20-55 лет во время обширных резекций печени: правосторонние гемигепатэктомии – 9 (60 %), левосторонние гемигепатэктомии – 6 (40 %) и в раннем послеоперационном периоде. Средняя продолжительность операций составила  $7 \pm 2$  часа. Степень анестезиологического риска II по ASA. Всем больным проводилось комбинированное анестезиологическое пособие: эндотрахеальный наркоз (закись азота и кислород 2 : 1) + кетамин 2 мг/кг/ч микроструйная инфузия в комбинации с длительной эпидуральной анестезией лидокаином 2 % из расчета 1 мг/кг массы тела в час. Кровопотеря составила  $600 \pm 100$  мл. Оценка фаз свертывания крови и фибринолитической активности проводилась на 5 этапах: начало операции (1), в конце травматичного этапа (2), в конце оперативного вмешательства (3), 1-е сутки (4) и 3-и сутки (5) послеоперационного периода. Исследование изменений гемостаза проводилось экспресс-

методом интегральной оценки агрегатного состояния крови на основе непрерывной регистрации резонансных колебаний элемента в образующемся и лизирующемся сгустке анализатором АРП-01 «Меднорд» (метод гемовискозетрии). Использовали параметрические методы статистической обработки по программе «Statistica 5.5».

*Результаты и обсуждение:* Проведенное исследование показало, что в начале операции у всех больных имелась умеренно выраженная гиперкоагуляция в 1 и 2 фазах свертывания крови при нормальной фибринолитической активности. На 2-м этапе происходит незначительное усиление образования протромбиназы, ускоряется тромбинообразование, а фибринообразование остается в норме. Фибринолитическая активность на данном этапе резко угнетена. К концу операции (3-й этап) определяются практически нормальные показатели всех трех фаз свертывающей системы крови, а также значительная активизация фибринолиза. В первые сутки (4-й этап) после операции отмечается незначительное ускорение образования протромбиназы, тромбинообразование не превышает норму, а фибринообразование замедляется; при этом общее время формирования фибрин-тромбоцитарной структуры сгустка остается в пределах нормальных показателей; фибринолитическая активность не увеличивается.

*Заключение:* Больные с обширными резекциями печени не нуждаются во введении низкомолекулярных форм гепарина с целью предоперационной тромбопрофилактики. Прогрессирующая незначительная гиперкоагуляция на травматичном этапе операции в дальнейшем компенсируется коагулопатией потребления, а так же активацией фибринолиза, развивающихся к концу оперативного вмешательства. С целью тромбопрофилактики фраксипарин следует назначать дифференцированно не ранее, чем через 12 часов после окончания оперативного вмешательства, 1 раз в сутки из расчета 0,01 мг/кг массы тела, и продолжать в течение 3 суток, до активизации больного.

ИВАНОВ А.В., ИСТОМИН М.В.

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА

Среди заболеваний предплечья и кисти нередко встречается синдром карпального канала. Дегенеративные изменения ладонной поперечной связки запястья приводят к сдавлению проходящих под ней сухожилий сгибателей, срединного и локтевого нервов, что сопровождается болью в области лучезапястного сустава, парестезиями пальцев и ладони. Основным

условием возникновения синдрома карпального канала являются перелунарные вывихи кисти, ложные суставы костей запястья, в частности ладьевидной кости, но чаще всего это переломы дистального метаэпифиза лучевой кости.

Техника известного оперативного вмешательства путем рассечения утолщенной поперечной связки запястья имеет ряд существенных недо-



статков: сохранение парастезий в пальцах кисти, атрофия мышц кисти и предплечья, что приводит к трофическим нарушениям, сохранению болевого синдрома. Необходимость качественно изменить подход к выполнению операций для восстановления чувствительности и предотвращения дегенеративно-дистрофических процессов в области лучезапястного сустава предопределило поиск новой техники операции.

Нами при синдроме карпального канала выполняется рассечение ладонной поперечной связки запястья, невролиз, эндоневролиз срединного и локтевого нервов до пучков второго порядка с использованием микрохирургической техники. При этом оперативном вмешательстве мы всегда наблюдали гипертрофированную ладонную поперечную связку запястья, рубцовые перетяжки срединного и локтевого нервов, нарушение трофики последних в виде цианотичности и уменьшения в диаметре на протяжении сдавления. Во время операции отмечено восстановление первоначальной формы нерва и исчезновение его цианоза.

В нашей клинике за период 1997-2005 гг. по выше описанной методике оперировано 45 пациентов в возрасте 45-65 лет с синдромом карпального канала, развившегося как осложнение после перелома дистального метаэпифиза лучевой кости. Сроки после травмы составили от 2 месяцев и более. Все пациенты получили консервативное лечение у невропатолога по поводу невропатии срединного и локтевого нервов в течение длитель-

ного времени без выраженного терапевтического эффекта. По результатам игольчатой электромиографии до операции у пациентов имелось выраженное снижение проведения импульсов по срединному и локтевому нервам. Через 1 месяц после операции по выше изложенной методике по результатам электромиографии определялась четкая положительная динамика, а через 3 месяца отмечено восстановление проведения импульсов по срединному и локтевому нервам. Купирование болевого синдрома наступало в течение 2-4 недель в зависимости от степени сдавления и давности заболевания.

Таким образом, результаты использования микрохирургической техники в лечении синдрома карпального канала позволяют сделать следующие выводы:

1. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 1 месяца, подтвержденного результатом электромиографии, показано оперативное лечение.

2. При оперативном лечении данной категории больных необходимо не только рассечение ладонной поперечной связки запястья, но и невролиз, эндоневролиз срединного и локтевого нервов до пучков второго порядка с использованием микрохирургической техники.

3. Данный метод позволяет в достаточно короткие сроки снять болевой синдром, вернуть пациента к полноценному качеству жизни и восстановить трудоспособность.

КАМЕНЕВА Е.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., ШЕВЕЛЕВ В.В., ЛИ Г.А.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

**И**нтенсивная терапия тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) является одной из актуальных проблем современной медицины. Это связано, в первую очередь, с высокой летальностью и развитием тяжелых последствий с временной или стойкой утратой трудоспособности. Эффективность терапевтических мероприятий при ТЧМТ в конечном итоге определяется не только своевременной коррекцией нарушений со стороны ЦНС, но и своевременной диагностикой и лечением экстракраниальных осложнений, отягочающих течение основного заболевания. Наиболее часто встречаются осложнения со стороны легочной ткани.

Система дыхания — это единственная вегетативная функция, целиком, находящаяся под контролем нервной системы. В организме чело-

века не существует другой важной для жизни вегетативной функции, которая находилась бы в такой зависимости от сохранности путей и центров, заложенных на различных уровнях нервной системы. Только после полного восстановления проходимости дыхательных путей можно определить форму нарушения дыхания центрального типа. На первый план обычно выступает нарушение дыхания периферического типа. Доказательными исследованиями 1-го класса установлено, что наличие гипотонии и гипоксемии на догоспитальном этапе у пациентов с ТЧМТ увеличивает летальность в 1,5-3 раза (Царенко С.В., 2003).

Целью нашего исследования является разработка патогенетически обоснованного стандарта профилактики легочных осложнений у больных

с ТЧМТ. Ретро- и проспективно подвергнуты исследованию больные с тяжелой ЧМТ (ушибы головного мозга, сдавление головного мозга острыми внутречерепными объемами). На основании проведенных исследований, нами выработан следующий стандарт интенсивной терапии больных с ТЧМТ, направленный на профилактику развития пневмоний, трахеобронхитов, РДСВ:

1. Всем больным с нарушением сознания до сопора и комы (по школе ком Глазго (ШКГ) менее 8 баллов) проводится интубация трахеи и вспомогательная ИВЛ, вне зависимости от наличия или отсутствия нарушений дыхания. Показанием для перевода больных на ИВЛ служит факт угнетения сознания, а не констатация гипоксемии. В последнее время в литературе все чаще говорится о необходимости проведения у больных с ЧМТ ИВЛ в прессоциклическом режиме (РС): давление на вдохе не выше 15-17 см вод. ст., соотношение вдох-выдох 1 : 1,2 или 1 : 1,5, частота дыхания – 16-20 в минуту, фракция кислорода во вдыхаемой смеси (FiO<sub>2</sub>) не менее 40 %. При этом снижается систолическое давление в легочной артерии, общее легочное сопротивление и центральное венозное давление. Применение ИВЛ управляемой по давлению (PaCO<sub>2</sub> = 34-40 мм рт. ст., PaO<sub>2</sub> до 150 мм рт. ст., но не менее 80 мм рт. ст., дыхательный объем (ДО) – 6-7 мл/кг) приводит у больных с ТЧМТ к снижению внутричерепного давления и повышению церебрального перфузионного давления. Создание повышенного давления в конце выдоха (ПДКВ) в пределах до 10 мм водного ст. позволяет предупредить развитие ателектазов в легких.

2. Для синхронизации дыхания больного с респиратором применяются седативные (реланиум, инфузия барбитуратов), опиатные анальгетики и/или миорелаксанты (исключить факт «борьбы с вентилятором»). Обязательное условие эффек-

тивности респираторной терапии – нормовентиляция с нормокапнией.

3. Многократный лаваж трахеобронхиального дерева с использованием одноразовых стерильных аспирационных катетеров на фоне постоянной инфузии смеси в трахею: 120 мл физиологического раствора + раствор диоксида 10-20 мл + 2,5 мг гидрокортизона.

4. Проведение ежесуточной санации трахеобронхиального дерева с помощью фиброволоконной оптики в период наибольшей опасности развития нейродистрофического трахеобронхита (10-15 суток). Во время эндоскопического исследования выполняется лаваж ТБД раствором антисептика (диоксидин), гидрокортизона. При ФБС оценивается степень уменьшения просвета бронхов, наличие и выраженность воспаления и кашлевого рефлекса.

5. Ингаляции с использованием небулайзерной техники (муколитики).

6. Повороты больного с проведением постурального дренажа.

7. Ранняя трахеостомия. Показанием для трахеостомии является перспектива длительного проведения ИВЛ, а также пребывание интубационной трубки в трахеи более 3-х суток.

8. Профилактика развития ИВЛ-ассоциированных пневмоний с применением непрямого электрохимического окисления (0,06 % раствор гипохлорита натрия – ГХН) и инкубации клеточной массы (ИКМ). Использование ГХН основывалось на том, что, являясь переносчиком активного кислорода, он моделирует детоксикационную функцию цитохрома P450 печени и фагоцитарную функцию нейтрофильных лейкоцитов.

Таким образом, стандартизация интенсивной терапии больных с ТЧМТ приводит к уменьшению количества легочных осложнений и снижению летальности при ТЧМТ.

КАРМАДОНОВ А.В., ОРЛОВ А.Б.  
МУЗ Городская больница № 11,  
г. Кемерово

## ОСТРЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ У БОЛЬНОЙ С SITUS VISCERUM INVERSUS

**И**нверсия внутренних органов – очень редкое состояние. При этом любая острая хирургическая патология имеет свои особенности. Представляем наблюдение случая острого флегмонозного аппендицита у больной с инверсией внутренних органов.

Б-ная К., 27 лет, поступила в хирургическое отделение 14.09.04 г. в 4 часа, через 16 часов после начала заболевания. При поступлении жалобы

на постоянные, тупые боли в левой подвздошной области, слабость. Заболела постепенно, боли в эпигастрии, которые постепенно переместились в левую подвздошную область. Состояние ближе к средней степени тяжести. Температура 37,4°C. Кожа бледно-розовая. Язык суховат, обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. PS 85 ударов в мин. АД 110/80. Живот обычной формы симметричный, правильной формы. При пальпации



живот напряженный, болезненный в левой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительные в левой подвздошной области. Перистальтика выслушивается, равномерная. Больная знала о своей особенности, что позволило правильно поставить диагноз клинически.

Учитывая анатомическую особенность больной, решено выполнить лапароскопическую аппендэктомию. Расположение троакаров: Видеопорт в параумбиликальной точке; 10-и мм троакар по параректальной линии, на 5 см ниже пупка справа; 5-и мм троакар в точке Мак-Бурнея слева. При осмотре все органы расположены «зеркально».

Червеобразный отросток расположен в левой подвздошной области: утолщен, напряжен, с налетом фибрина, размерами 7 × 0,8 см. Брызжейка коагулирована биполярным электродом, на основании отростка наложены 2-е петли Редера. Отросток отсечен, удален из брюшной полости. Брюшная полость промыта, осушена. Послеоперационный период протекал без особенностей. Температура нормализовалась на 2-е сутки. Больная выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии.

**Выводы:** Использование эндохирургической техники позволило подтвердить диагноз и выполнить аппендэктомию без технических трудностей.

КАРМАДОНОВ А.В., ОРЛОВ А.Б., РЫТИК К.В.  
МУЗ Городская больница № 11,  
г. Кемерово

## ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

**О**стрый аппендицит – очень распространенное заболевание в ургентной абдоминальной хирургии. Больные с подозрением на эту патологию составляют 20-50 % всех экстренно госпитализируемых в хирургические стационары больных (Скрипенко Б.Д., 1986; Тлеуф Б.Д., 1989). В связи с этим, актуальны вопросы точной диагностики острого аппендицита и снижения количества «напрасных аппендэктомий». Внедрение лапароскопии в практику хирургических отделений позволило во многом решить эту проблему, поскольку диагностическая точность метода составляет 98,3 % (Власов В.В., 1988). Использование эндохирургической техники позволяет объединить диагностические и лечебные мероприятия.

В 2004 г. в хирургическом отделении МУЗ больницы № 11 по поводу острого аппендицита прооперировано 178 больных. 1-я группа из 151 больного, больные прооперированные обычным доступом. 2-я группа из 27 больных, прооперированы лапароскопическим способом. В 1-й группе у 29 больных был простой, у 91 больно-

го флегмонозный, у 31 больного гангренозный аппендицит. У 5 % процентов больных в послеоперационном периоде развились различные осложнения (нагноение, серомы, гематомы в области послеоперационных ран). Во 2-й группе у 25 больных был флегмонозный, у 2-х больных гангренозный аппендицит. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

**Выводы:** Основными преимуществами лапароскопической аппендэктомии являются: точная диагностика, отсутствие напрасных аппендэктомий; меньшая травматичность вмешательства; хороший косметический эффект; быстрое восстановление трудоспособности;

Противопоказаниями к лапароскопическому вмешательству являются: аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, разлитой перитонит, требующий интубации тонкого кишечника, общие противопоказания к лапароскопическому вмешательству (поздние сроки беременности, инфаркт миокарда, выраженная сердечная недостаточность), тифлит с выраженной инфильтрацией основания червеобразного отростка.

КАРМАДОНОВ А.В., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И.  
МУЗ Городская больница № 11, Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО КСЕНОПЕРИКАРДА В ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

**В**недрение пластических материалов в хирургическую практику расширило возможности реконструктивной хирургии и

сделало возможным повысить эффективность оперативного лечения больных со сложными формами грыж передней брюшной стенки. При-

менение пластических материалов позволило снизить число рецидивов в плановой хирургии до 2,2-14 % (Федоров В.Д. 2000).

Существует мнение, что применение имплантатов при операциях по поводу ущемленных грыж нежелательно (Савельев В.С., 1976). Однако некоторые хирурги (Туровец И.Г., 1965; Меников Г.А., Новодержкин Б.А., 1966; Янов В.Н., 1972) применяют пластические материалы при ущемленных грыжах и получают при этом хорошие результаты.

*Цель исследования:* Апробация модифицированного ксеноперикарда в качестве имплантата у больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки.

*Материалы и методы:* На базах МУЗ больницы № 11 и ГКБ № 3 г. Кемерово за 2003-2004 гг. Было прооперировано 19 больных с разными формами грыж. У всех больных грыжи осложнились ущемлением с разными сроками с начала ущемления. Возраст больных был от 19 до 72 лет. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом или перидуральной анестезией. Все больные с вентральными грыжами были оперированы Onlay способом, больные с паховыми грыжами опери-

ровались с пластикой по Лихтейнштейну. Дренирование подкожной клетчатки не проводилось.

*Результаты:* С 3-х суток проводились исследования послеоперационной раны с помощью аппарата УЗИ, при необходимости выполнялись пункции. У 40 % больных отмечалось скопление серозной жидкости в подкожной клетчатке, которые ликвидировались с помощью пункций. Других осложнений мы не наблюдали. Средний срок пребывания составил 9 дней. 12 из 19 повторно осматривались нами в сроки до 1,5 лет, поздних послеоперационных осложнений не выявлено, рецидивов грыж не было.

*Заключение:* Первый клинический опыт применения модифицированного ксеноперикарда у больных с ущемленными грыжами говорит о том, что он обладает всеми необходимыми свойствами для использования его в качестве имплантата при операциях по поводу грыж передней брюшной стенки. Первые результаты использования ксеноперикарда в хирургии ущемленных грыж говорят о его эффективности, низком проценте осложнений. Дальнейшее применение ксеноперикарда может улучшить результаты лечения больных с грыжами передней брюшной стенки.

КАРМАДОНОВ А.В.  
МУЗ Городская больница № 11,  
г. Кемерово

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

По данным эпидемиологических исследований последнего десятилетия, проведенных Институтом питания РАМН, в России ожирением страдают 20 % мужчин, 30-40 % женщин трудоспособного возраста.

Установлено, что ожирение способствует возникновению многих заболеваний: артериальной гипертензии, сахарного диабета 2-го типа, нарушений репродуктивной функции у мужчин и женщин, ЖКБ, дискинезии желчевыводящих путей и др. Кроме того, ожирение утяжеляет течение и затрудняет лечение практически всех заболеваний человека. В основе заболевания лежит переизбыток, чрезмерное употребление высококалорийной пищи, в сочетании с низкой физической активностью у лиц с наследственной предрасположенностью.

В настоящее время используются терапевтические и хирургические методы лечения. К сожалению, в среднем показатель снижения избыточной массы тела при терапевтическом лечении не превышает 5-7 % от изначальной, что явно недостаточно для пациентов с любой степенью ожирения. Прекращение лечения в подавляющем большинстве случаев ведет к развитию синдрома отмены,

при этом масса тела возвращается к первоначальной, а в некоторых случаях и увеличивается.

Отсутствие стабильных результатов при терапевтическом лечении привело к широкому внедрению хирургических методов лечения ожирения.

Показаниями для хирургического лечения являются:

1. Все больные с ожирением 3 ст. и сверхожирением. Доказано, что терапевтическое лечение данной категории больных бесперспективно.
2. Больные 1-2 ст. ожирения, с наличием сопутствующих заболеваний, которые являются следствием ожирения.
3. Все категории больных, у которых имеется прогрессирование ожирения, при отсутствии эффекта от терапевтического лечения.

Все хирургические вмешательства можно разделить на две основные группы: рестриктивные вмешательства, в основе которых лежит уменьшение объема желудка; шунтирующие операции, направленные на уменьшение всасывающей поверхности тонкой кишки.

Наиболее широкое распространение получили рестриктивные вмешательства, к которым можно отнести:



1. Установка внутрижелудочного баллона. В основе механизма действия баллона лежит принцип биологического безоара. Баллон, заполняя большую часть желудка, способствует появлению чувства раннего насыщения во время еды. В результате у больного развивается рефлекс, который надолго закрепляется после его извлечения, без развития «синдрома отмены». Баллон находится в желудке 6-7 месяцев. Установка и удаление проводятся с помощью эндоскопа, процедура сопоставима по сложности с ФГДС.

2. Оперативное уменьшение объема желудка. Оперативные вмешательства могут быть выполнены как открытыми, так и эндохирургическими методами. В результате у больного формируется, так называемый, «малый желудочек». При этом пациент физически не может принимать большое количество пищи. Насыщение наступает при приеме 1-2 столовых ложек пищи. Эти методы позволяют добиться более высокого и стойкого результата.

3. Шунтирующие операции являются самыми сложными и применяются у больных со сверхожирением.

На базе хирургического отделения больницы № 11 с успехом применяются все вышеуказанные

методы. Предлагаем вашему вниманию два клинических примера:

Больная К., 32 года. Диагноз при поступлении «Ожирение 1 ст., прогрессирующее. Соп: Гипертоническая болезнь 1 ст.». Начальный вес — 92 кг, ИМТ — 33. С целью коррекции лишнего веса больной установлен внутрижелудочный баллон. Лечение проводилось в течение 7 месяцев. За время нахождения баллона снижение веса составило 19 кг. Масса тела после лечения 73 кг. ИМТ — 28.

Больная С., 41 год. Диагноз при поступлении «Ожирение 3 ст. Соп: Гипертоническая болезнь 1 ст.; Деформирующий артроз коленных суставов». Начальный вес 125 кг. ИМТ — 41. С целью коррекции лишнего веса больной была выполнена операция «Лапароскопическая неконтролируемая ленточная гастропластика». Срок госпитализации 3 дня. Осложнений нет. В течение 8 месяцев снижение массы тела составило 32 кг. Через 8 месяцев после операции масса тела 92 кг, ИМТ — 34.

**Заключение:** Хирургические методы лечения показаны всем больным с ИМТ более 40; больным с индексом более 35, при наличии заболеваний, обусловленных ожирением; при неэффективности терапевтических методов лечения.

КОТОВ М.С., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ВОСЬМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ГЕРНИОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У МУЖЧИН

**Х**ирургические операции по поводу паховых грыж занимают по частоте первое место среди всех плановых герниопластик. При пластике больших дефектов укрепить брюшную стенку, избежав натяжения тканей, нельзя, несмотря на большое количество методов предложенных для достижения этой цели. Внедрение пластических материалов в хирургическую практику расширило возможности реконструктивной хирургии и сделало возможным повысить эффективность оперативного лечения больных, в том числе и с паховыми грыжами. Пластические материалы (эксплантаты) активизировали работу герниологических центров, где приступили к активной разработке новых способов герниопластики с их помощью. В последнее десятилетие процентное соотношение способа герниопротезирования по Лихтенштейну в структуре операций при паховых грыжах заметно повысилось. Способ, предложенный I.L. Lichtenstein более 30 лет назад, стал широко использоваться. Это связано с внедрением одного из дешевых и инертных ма-

териалов — полипропилена, и наиболее используемых разновидностей его плетения: «Marlex» и «Surgipro».

Полипропиленовые сетки отвечают требованиям, предъявляемым к эксплантатам: устойчивость к тканевым сокам и инфекции, химическая инертность, отсутствие канцерогенных свойств и реакций воспаления и отторжения, механическая прочность, пригодность к стерилизации. Полипропилен не вызывает аллергии или сенсibilизацию, обладает ценовой доступностью.

В клинике госпитальной хирургии МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово, на базе которой создан и функционирует городской герниологический центр, за период с 1997 по 2004 годы оперировано 354 пациента мужского пола с паховыми грыжами по Лихтенштейну. Показаниями к герниопротезированию задней стенки полипропиленовой сеткой по Лихтенштейну (методом заплатки) были большие и гигантские грыжи с широким паховым промежутком, разрушенной задней стенкой пахового канала и значительно расширенным входом

в паховый канал, рецидивные, скользящие, не-вправимые грыжи. Операция Лихтенштейна выполнялась больным старше 25 лет с заболеваниями, повышающими внутрибрюшное давление или выполняющими тяжелый физический труд и всем пациентам после 50 лет.

Из общего количества пролеченных 66 больных оперировано по поводу рецидивных (от 1 до 4 рецидивов) грыж. За 7 лет работы центра достигнуты хорошие результаты у оперированных больных, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде. Изучается влияние герниопротезирования на герминативную функцию, совершенствуются индивидуальные подходы при сложных

формах грыж, в условиях значительного «дефицита» местных тканей.

При первичных паховых грыжах (прямых, косых, комбинированных) за последние 4 года не отмечено ни одного рецидива. При рецидивных формах процент возврата заболевания приближается к 1 %. Отошли в прошлое такие ранние осложнения, как орхиты, гематомы, стойкие боли в ране, проблемы с мочеиспусканием в раннем послеоперационном периоде. В настоящее время ведется работа по индивидуальному подбору диаметра окна Кукса в сетчатом протезе с целью нивелирования влияния на семенной канатик и профилактирования рецидивов.

КРАПИВИН Е.А., КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ГАЛЕЕВ И.К., ДРОБOTOV В.Н., ЧЕРНОБАЙ Г.Н., СМЕРНОВ М.В., ЕЩИН Е.Е., ЛОСКУТНИКОВ С.Ю. ПОПОВ П.В.

*МУЗ Городская больница № 11,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
Кемеровский областной центр медицины катастроф,  
г. Кемерово*

## ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ТЕЧЕНИЕ ОТКРЫТОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ТРАВМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

**Ц**ель: Определить роль перфторана в профилактике и лечении осложнений открытой компрессионной травмы.

**Материалы:** В качестве модели открытого повреждения выбрана случайная рана мягких тканей и кости бедра у наркотизированных крыс, после нанесения которой мягкие ткани поврежденного бедра подвергались длительному сдавлению в течение 6 часов по методике Калиниченко-Ефремова. Исследование проведено над 28 животными, из них 14 животных составили контрольную группу и 14 животных – основную.

**Методы:** Рана наносилась электропилой со скоростью вращения диска 7000 оборотов в минуту. Условия нанесения раны были одинаковыми: пила контактировала с поврежденными тканями 0,5 секунды. Помимо повреждения кожи, подкожной клетчатки и мышц происходило повреждение кортикального слоя кости без ее перелома. При этом в месте контакта пилы и кости ткани нагревались до 50°C. Такая рана заживает без ПХО вторичным натяжением, что приближает данную модель к условиям катастроф, когда при завалах может возникать ушибленная, разможенная, рвано-ушибленная рана и т.п. с открытыми переломами костей типа «ИБ», «ПВ», IV по А.В. Каплан и др. (1975).

После снятия через 6,5 часов пресса, в опытной группе проведено паравульнарное обкалывание тканей вокруг раны оксигенированным перфтораном (0,5 мл) с рО<sub>2</sub> 200 + 10 мм рт. ст. Обкалывание повторялось 3 дня подряд в одно

и то же время. В контрольной серии лечение подобных ран не проводилось.

Наблюдение за животными проводили в течение 15 суток после нанесения травмы. Помимо клинической картины течение раневой болезни, через 3, 5, 9 и 15 суток проводились исследование веса животных, количества микробных тел в 1,0 г поврежденных тканей, в 1,0 мл раневого отделяемого, мазков – отпечатков раневой поверхности, лейкоцитарного индекса интоксикации крови по Кальф-Калифу, белка крови. Велось наблюдение за летальностью. Погибшие животные подвергались аутопсии, ткани ран и внутренние органы погибших подвергались морфологическому исследованию.

**Результаты:** Животные контрольной группы, начиная с 3-х суток наблюдения, отличались малой подвижностью, в то время как животные основной группы сохраняли активность и съедали весь корм. До окончания срока наблюдения, к 15 дню из 14 животных контрольной группы 5 погибли. Животные этой группы начинали погибать с 2 дня. У 8 из них до конца наблюдения были гнойные и гнойно-некротические изменения в ранах, размеры которых не уменьшались. Отек, цианотичный оттенок конечностей и некроз сохранялись до конца наблюдения. Активных движений в поврежденных конечностях не наблюдалось.

В основной группе к 15 дню наблюдения погибло одно животное, у которого обнаружена флегмона травмированных тканей. Травми-



рованные конечности у них имели розовый цвет, отек и некроз конечностей не наблюдали. К 9-м суткам наблюдения раны у 11 из 14 уменьшились в размерах, по сравнению с исходными, на 9-е сутки на 50 %, а на 15-е в 8 раз, и были покрыты сухим струпом. К 15-м суткам у 3-х животных раны имели точечные размеры. У 1 животного на 9-е сутки поверх струпа выросла шерсть.

Количество белка в контрольной группе по сравнению с основной снизилось достоверно ( $p < 0,05$ ) на  $5 \pm 1$  г/л. В обеих группах была выражена анемия.

Из патогенной микрофлоры выделен *St. aureus*, количество колоний которого в 1 грамме веса ткани колебалось в контрольной группе 0-10-8, в опытной на 1 грамм веса ткани 0-10-6. Остальные виды микрофлоры либо непатогенные, либо условно патогенные (*E. coli*, *Pr. vulgaris*).

Приведенные результаты позволяют предполагать, что разница в течении раневого процесса контрольной и основной серии коррелирует с различием кислородного режима по показателю  $pO_2$  в мягких тканях сдавленной конечности, до и после введения в ишемизированные ткани перфторана.

*Обсуждение результатов:* Сопоставляя данные наблюдений за течением раневого процесса с микробиологическими данными, можно предположить, что улучшение кислородного режима в сдавленных тканях с помощью введения паравульнарно оксигенированного перфторана, может способствовать оптимизации раневого процесса. Вместо нагноения, рана заживает под сухим струпом.

*Заключение:* Приведенные данные о течении раневого процесса в контрольной группе подтверждают данные о местной и общей инфекции, связанной как со случайными, так и с хирургическими ранами длительно сдавленных ишемизированных тканей — воротами раневой инфекции (Шраер Т.И. и др., 1981; Кричевский А.Л., 1975; Рогачевский В.Д. и др., Светухин А., 1996, 1997; Самохвалов И.М., 2002; Кузин М.И., 1972; Комаров Б.Д. и др., 1984). В эксперименте эти проявления раневой инфекции отчетливо наблюдаются в ближайшие дни после нанесения ран: животные становятся малоподвижными, теряют вес, подтверждаемый анемией и гипопротенемией, приводящее к септическому раневому истощению — одной из наиболее известных причин летальности больных с краш-синдромом, леченным методом «хирургической детоксикации» (Брюсов П.Г., Лизанец М.Н. и др. 1989). И, наконец, высокая летальность в контрольной группе (5 животных из 14).

Сопоставление данных с аналогичными в опытной группе убеждает в том, что основную роль в развитии тяжелой раневой инфекции решает ишемический фон поврежденных тканей. А нормализация их кислородного режима с помощью оксигенированного перфторана практически сводит на нет те инфекционные осложнения раны, которые наблюдаются в контрольной группе.

Особенно убедительным аргументом в пользу этого заключения является то обстоятельство, что данная разница имеет место без ПХО ран, главного элемента профилактики раневой инфекции по канонам лечения случайных, тем более разрозненных и подобных им.

КРАСНОВ О.А., ГРЕКОВ Д.Н., ООРЖАК О.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

**П**оследнее десятилетие характеризуется статистически значимым повышением заболеваемости язвенной болезнью 12-перстной кишки. Несмотря на проводимую современную консервативную терапию, значительно снижающую кислото-продуцирующую функцию желудка, количество осложнений язвенной болезни остается на достаточно высоких цифрах.

За последние годы количество операций в России по поводу перфоративной язвы 12-перстной кишки увеличилось в 2-3 раза. Ушивание перфоративной язвы, при сравнительно низкой летальности и технической простоте, без последующей консервативной терапии, сопровождается рециди-

вами язвенной болезни в 60-70 %, из числа которых 25-50 % требуют повторных операций. Такие высокие цифры рецидива заболевания показывают, что простое ушивание никак не вмешивается в механизм язвообразования, и после этой операции требуется антисекреторная и дорогостоящая эрадикационная терапия. Опыт показывает, что даже после современной консервативной терапии у 20-30-летних пациентов в 21-27 % наблюдается рецидив заболевания в течение первых 3-х лет.

В настоящее время целесообразность ваготомии в лечении язвенной болезни 12-перстной кишки ни у кого не вызывает сомнений, т.к. операция влияет на патогенетические механизмы язвообразования,

что, в свою очередь, приводит к снижению рецидива заболевания до 5-8 %. Ваготомия уменьшает среднесуточные показатели кислотности в различных отделах желудка минимум на 40-60 %.

С 1995 по 2005 гг. в клинике оперировано 82 пациента с перфоративными язвами пилородуоденальной зоны, в сочетании с селективной проксимальной ваготомией методом химионевролиза (СПВХ). Из них мужчин было 79 (95,4 %), женщин 3 (4,6 %).

Время, затраченное на операцию ушивания язвы в сочетании с СПВХ, колебалось от 30 мин. до 1 часа 15 мин., составив в среднем  $41,9 \pm 2,5$  мин. ( $n = 82$ ). Время, непосредственно затраченное на селективную проксимальную ваготомию методом химионевролиза, колебалось от 7 до 12 мин., составив в среднем  $9 \pm 1,5$  мин.

Но у внедренного метода сохранялись недостатки, характерные для лапаротомии. Внедрение в практику видеолапароскопии дало новый толчок в лечении данной нозологии. Появились возможности выполнять лапароскопическое ушивание при перфоративной язве. Ранее озвученные подходы к радикальному лечению перфоративной язвы мы сохранили и при видеолапароскопической операции. Это стало возможным благодаря разработанной и внедренной методике химионевролиза, которой мы дополнили эндоскопическое ушивание язвы.

У 44 пациентов, оперированных малоинвазивным способом, не было осложнений и летальности после видеолапароскопического ушивания с ваготомией. После видеолапароскопического

ушивания и СПВ методом химионевролиза с последующей амбулаторной эррадикационной терапией, рецидив заболевания в течение 1-4 лет составил 6,9 %. После выполнения операции по описанной методике мы не выявили проявлений демпинг-синдрома и диареи. Полученный процент неудовлетворительных результатов не превышает общероссийских показателей рецидива заболевания при лечении больных с перфоративными язвами пилородуоденальной зоны с использованием СПВ методом скелетирования, который колеблется от 3,1 до 11,5 %.

Таким образом, при отсутствии противопоказаний, целесообразно применять первично радикальные малоинвазивные операции: видеолапароскопическое ушивание язвенного дефекта и селективную проксимальную ваготомию методом химионевролиза. Такой подход призван не только спасти жизнь больного, но и избавить его от рецидива и дальнейшего прогрессирования язвенной болезни, так как подавляющее большинство больных, перенесших перфорацию язвы, характеризуются низким социально-экономическим уровнем и кэмплайенсом. Учитывая высокую стоимость, не следует уповать на эррадикационную терапию, рассчитывать на ее высокую эффективность у данной категории больных. Прогрессивной методикой лечения перфоративной язвы является оперативное вмешательство с применением видеолапароскопической техники, что сопровождается минимальной операционной травмой, низкой частотой осложнений и быстрой реабилитацией больных.

ЛИ Г.А., ЛИКСТАНОВ М.И., ГАТИН В.Р., ШЕВЕЛЕВ В.В., ПАНАСЕНКО А.В.,  
МИТЮКОВ А.Е., ОЛЕНЕВА И.Н., КРАСНОВА М.В., ИВАНОВ А.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ФЕТАЛЬНЫХ КЛЕТОК: ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

**В** настоящее время накопилось значительное количество экспериментальных и клинических данных, которые обосновывают применение трансплантации клеток фетальной ткани при лечении больных с повреждениями центральной нервной системы, миокарда, сахарным диабетом, циррозом печени и некоторыми другими заболеваниями. С возрастом репаративный потенциал тканей организма значительно уменьшается. Поэтому терапия хронических заболеваний, тяжелых травм спинного и головного мозга, периферических нервов зачастую не дает ощутимых результатов. Медицина на настоящем уровне развития не позволяет лечить эти заболевания ради-

кально, а только улучшает качество жизни таким больным. Развитие клеточной терапии вселяет надежду, что когда-нибудь мы научимся «обновлять» органы и ткани человека.

Известно несколько механизмов регенерационного действия клеток фетальной ткани: с одной стороны, эти клетки создают микроокружение, благоприятное для роста клеток органа, а с другой стороны, обеспечивается замещение поврежденных клеток функционально полноценными донорскими клетками.

С начала 2005 года, на базе отделения анестезиологии и реаниматологии ГКБ № 3, проводится исследование клинической эффективности



трансплантации фетальных клеток при лечении повреждений центральной и периферической нервных систем, хронических заболеваний. Из 11 пролеченных больных: 5 с тяжелой спинно-мозговой травмой, 2 с тяжелой черепно-мозговой травмой, 2 с сахарным диабетом, 1 пациент с циррозом печени и 1 с повреждением периферического нерва. В зависимости от вида поврежденной ткани, внутривенно или субарахноидально вводились соответствующие фетальные клетки. Используемые клетки были сертифицированы, подготовлены к трансплантации и введены в соответствии с международными требованиями. Во время проведения трансплантации и в течение дальнейшего наблюдения ни у одного больно-

го осложнений выявлено не было. Существенный клинический эффект был зарегистрирован у одного больного с тяжелой черепно-мозговой травмой. На фоне проведенного оперативного лечения и консервативной терапии уровень сознания по шкале ком Глазго в течение 3-х недель не превышал 8 баллов, после проведенной субарахноидальной трансплантации фетальных клеток нервной ткани на 4-е сутки у больного появилось сознание; на 9-е сутки пациент переведен в нейрохирургическое отделение с оценкой уровня сознания по шкале ком Глазго 12 баллов. Исследование клинической эффективности трансплантации фетальных клеток у остальных пациентов продолжается.

ЛИ Г.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., МЕРЛУШКИН С.А., ШЕВЕЛЕВ В.В., КАМЕНЕВА Е.А.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

Среди всех нозокомиальных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), наиболее распространенной и опасной, с точки зрения вероятности летального исхода, является вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП). Развитие ВАП сопровождается увеличением продолжительности лечения в ОРИТ в 1,4-2,2 раза и приводит к смерти у 29-43 % больных, вне зависимости от исходной патологии.

Одним из основных факторов, влияющих на развитие ВАП, является длительность искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Большинством зарубежных авторов принято считать, что к ВАП следует относить только пневмонии, развившиеся через 48 часов пребывания больных на ИВЛ.

В связи с высокой актуальностью данной проблемы, нами был проведен ретроспективный анализ. В исследование были включены больные, находившиеся на лечении в ОРИТ в 2004 г. Кри-

терии включения в исследование: длительность проведения ИВЛ более 48 часов; отсутствие пневмонии до начала проведения и в течение 48 часов ИВЛ.

В исследование были включены 315 больных. Среди нозологических форм наибольшее количество составили больные с черепно-мозговой травмой (27 %), политравмой (15 %), инсультами (21 %) и перитонитами (9 %). ВАП была диагностирована у 39 % исследованных больных и развивалась в основном на 5-7-е сутки ИВЛ. У 89 % вентилируемых больных на 10-е сутки проведения ИВЛ развивалась ВАП. Непосредственной причиной летального исхода ВАП явилась у 27 % больных.

Таким образом, проблема ВАП требует более глубокого изучения для разработки эффективных методов профилактики и лечения с целью снижения летальности в ОРИТ.

МАМОНТОВ О.К., ПОТКИНА Т.Н.

*МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово*

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРОТКИХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Согласно исследованиям авторов, длительное время занимающихся травматологией кисти, переломы этой локализации со-

ставляют до 30% повреждений костей скелета. Большая часть переломов отмечается у молодых людей в возрасте 16-40 лет в результате бытовых

травм, полученных при ударах о твердые предметы. Для этой категории больных особенно важно скорейшее восстановление трудоспособности.

Все пациенты с открытыми переломами направлялись на госпитализацию, т.к. репозиция и остеосинтез могли быть проведены в срочном порядке при первичной хирургической обработке раны.

В случае неудачной или недостаточной репозиции закрытого перелома больному предлагалась госпитализация в стационар или дальнейшее лечение в ЦАХ.

Большая часть больных выбирала лечение в ЦАХ, объясняя это следующими причинами:

1. Нежеланием смены привычной обстановки на срок до 10 дней.
2. Необходимостью нахождения среди страдающих больных с более тяжелой травмой.
3. Боязнь получения инъекционных препаратов.
4. Отдаленность расположения некоторых стационаров и возникающие в связи с этим трудности для родственников-посетителей.

В случае лечения в ЦАХ, всю предоперационную подготовку и обследование больной получает амбулаторно. В определенный день и час оперируется, и посещает ЦАХ для проведения перевязок и необходимого комплекса восстановительных мероприятий.

С сентября 2001 года в ЦАХ проведено 153 остеосинтеза различных костей скелета (119 мужчин – 77,7 %, 34 женщины – 22,3 %), из них 111 (72 %) остеосинтезов костей кисти выполнены различными способами (92 мужчин – 82,8 %, 19 женщин – 17,2 %); пластиной – 47 (42,3 %), спицей Киршнера – 54 (48,6 %), винтами – 10 (9 %).

В своей работе мы придерживались положения, что фиксирующая конструкция после выполнения своей функции является инородным телом, поэтому, при наличии рентгенологически подтвержденной консолидации, больным, в случае их согласия, металлоконструкция удалялась. За это время удалено 74 различных погруженных металлоконструкций (46 мужчин – 62,1 %, 28 женщин – 37,9 %). Во всех случаях удаления металлоконструкций признаков металлоза не обнаружено.

Использовались различные методы остеосинтеза, по строгим показаниям для каждого вида переломов: поперечный диафиза – спица Киршнера; косой диафиза – накостная пластина или конструкции с термомеханической памятью; оскольчатый и субкапитальный – пластина.

При наличии перелома двух или более пястных костей проводился остеосинтез пластиной в комбинации с любой другой металлоконструкцией. Все операции выполнялись под проводниковой анестезией лидокаином. В случае индивидуальной непереносимости местных анестетиков

проводилось анестезиологическое пособие, после которого больной в течение 24 часов находился под наблюдением врача. Временно, до 10-12 дней, проводилась гипсовая иммобилизация для снятия болевого синдрома, уменьшения отека, лучшего заживления раны, что по нашим наблюдениям не вызывало увеличения сроков восстановления функции кисти. Все больные в послеоперационном периоде получали комплекс только пероральных антибиотиков и анестетиков.

В результате лечения в ЦАХ во всех случаях удалось избежать различных послеоперационных осложнений и добиться первичного заживления ран.

Трудоспособность больных после операции, в зависимости от выполняемой ими работы и количества поврежденных костей, восстанавливалась в сроки от 4 до 6 недель и не отличалась от сроков восстановления трудоспособности после операций, проведенных в стационарных условиях.

Таким образом, результаты работы в ЦАХ позволяют сделать следующие выводы:

1. Оперативное лечение открытых переломов трубчатых костей кисти и стопы в амбулаторных условиях невозможно из-за отсутствия необходимых условий (отсутствие круглосуточного дежурства травматолога, имеющего опыт проведения остеосинтезов, и ассистента, большой поток пациентов, требующих неотложной помощи) и требует госпитализации в стационар.

2. Оперативное лечение закрытых переломов в условиях ЦАХ возможно врачами высокой квалификации, имеющими опыт проведения остеосинтезов, с полным набором инструментов и металлоконструкций и оборудованной операционной.

3. Выбор применяемой металлоконструкции для остеосинтеза может быть различным и определяется видом перелома.

4. Качественно проведенная операция позволяет добиться идеальной репозиции отломков, устранить косметический дефект, исключить развитие гипермозолеобразования и металлоза.

5. Прием комплекса парэнтеральных антибиотиков достаточно для профилактики различных послеоперационных осложнений.

6. Сроки восстановления функции кисти и трудоспособности пациента зависят от качества, атравматичности выполненной операции, правильно выполненной послеоперационной реабилитации и индивидуальных особенностей с возможной сопутствующей патологией.

7. Оперативное лечение в ЦАХ несомненно привлекательно для пациентов, т.к. позволяет сохранить обычный образ жизни.

8. По данным городской больницы кассы «Кемерово», операция на костях кисти в ЦАХ обходится городскому бюджету более чем в 3 раза дешевле, чем аналогичная операция в стационаре.



9. Дальнейшее развитие оперативной травматологии в ЦАХ позволит уменьшить диспропорцию в объемах оказания медицинской

помощи с дорогостоящей и ресурсоемкой стационарной на стационар-замещающие, догоспитальной формы.

МИТЮКОВ А.Е., ГАТИН В.Р., ПОНАСЕНКО А.В., ГИНЗБУРГ Е.Р., ДУБОВОЙ А.В.,  
ЛИ Г.А., ФАНДИКОВ В.В., УЛУНОВ Ю.Д., БАРБЫШЕВ В.А., ЧЕПРОВ А.Г., СОКОЛ Е.А.  
*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ НЕЙРОТРАНСПЛАНТАЦИИ НЕЙРАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

**Т**яжелая травма позвоночника, осложненная повреждением спинного мозга в виде его компрессии, разможжения, частичном или полном разрыве, ведет к глубокой инвалидизации пострадавших и остается одной из актуальных медико-социальных проблем современной медицины.

По данным различных авторов частота возникновения этого вида травмы в разных странах колеблется от 11 до 112 человек на 100000 жителей, а последствия ее проявляются вялым или спастическим параличом, в лучшем случае парезом конечностей и дисфункцией тазовых органов. В настоящее время не существует действительно эффективных методов лечения травматического повреждения спинного мозга, особенно когда после травмы прошли месяцы и годы. Даже несмотря на раннее использование современных препаратов ноотропного, холиномиметического, сосудорасширяющего действия, кортикостероидов, различных регуляторных пептидов, а также адекватных и современных методов хирургического вмешательства, возвращение утраченных функций спинного мозга не удается достигнуть. Применение методов электростимуляции мышц конечностей и стимуляции функций тазовых органов, для предотвращения развития в них нейродистрофических изменений после травмы, также позволяет достигнуть лишь некоторого ослабления клинических проявлений — последствий травматического повреждения спинного мозга: развившиеся параличи и органические дисфункции обычно остаются резистентными к применяемым лечебным воздействиям.

В последние годы стали интенсивно изучаться свойства различных типов стволовых клеток и возможность их применения в медицине, в частности при травмах ЦНС. На моделях травмы спинного мозга было показано, что нейральные стволовые клетки могут выживать, интегрироваться с мозгом хозяина, а также дифференцироваться в нейроны и глию. Было высказано предположение, что плюрипотентные свойства нейрональных стволовых клеток позволяют использовать их в

качестве источника донорских клеток для трансплантации при травме спинного мозга.

Мы располагаем небольшим опытом введения стволовых нейральных клеток при позвоночно-спинальной травме. Клетки, полученные из незрелой нервной и кроветворной тканей (16-22 недельной гестации) однократно вводили в субарахноидальное пространство на поясничном уровне пяти пациентам в возрасте от 21 до 52 лет с тяжелым травматическим повреждением спинного мозга на шейном или грудном отделе, с давностью травмы от одного месяца до двух лет.

Все пациенты оперированы в первые сутки после травмы, им проведена декомпрессия спинного мозга и стабилизация поврежденного сегмента позвоночника с помощью имплантатов. До трансплантации состояние всех пациентов характеризовалось тяжелым неврологическим дефицитом, который выражался в потере двигательной активности, в нарушении функции тазовых органов и расстройстве всех видов чувствительности. В результате проведенного лечения у двух пациентов отмечается положительная динамика восстановления неврологического статуса. У одного пациента с поражением спинного мозга на уровне С5 через полтора месяца после введения нейральных клеток появились движения в конечностях, преимущественно в руках, минимальные движения в пальцах стоп с восстановлением глубокой чувствительности и регрессом бульбарных нарушений. У второго пациента с повреждением спинного мозга на уровне Th7, давностью шесть месяцев, отмечается восстановление двигательной активности в нижних конечностях, восстановление чувствительности. Пациент способен стоять, опираясь на костыли. У остальных трех пациентов не выявлены изменения в неврологическом статусе (срок введения стволовых клеток до одного месяца) и давности травмы до двух лет.

### *Выводы:*

1. Усиленное развитие современных биомедицинских технологий, освоение методов культивирования стволовых клеток, открыли перспективу для изучения возможностей заместительной кле-

точной и тканевой терапии последствий травмы спинного мозга.

2. Донорские клетки должны: обладать высоким донорским потенциалом, дифференцироваться в нейрональном направлении, не подвергаться малигнизации и не вызывать иммунной агрессии со стороны реципиента. Получение клеток в достаточном количестве не должно иметь ограничений этического и юридического порядка. Кроме того, трансплантированные клетки должны

интегрироваться спинным мозгом реципиента и индуцировать спрутинг для устранения асинопсии и восстановления функции поврежденных органов.

3. Введение стволовых клеток в нейрональном направлении и их ранняя трансплантация в зону повреждения может оказаться наиболее оптимальным способом хирургического восстановительного лечения больных с тяжелой травмой спинного мозга.

МИТЮКОВ А.Е., ГАТИН В.Р., ДУБОВОЙ А.В., ПОНАСЕНКО А.В., ГИНЗБУРГ Е.Р.,  
 ФАНДИКОВ В.В., БАРБЫШЕВ А.В., УЛУНОВ Ю.Д., ЧЕПРОВ А.Г., СОКОЛ Е.А., ЛИ Г.А.  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 г. Кемерово

## НЕЙРОТРАНСПЛАНТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОМЕ

**Т**яжелая черепно-мозговая травма характеризуется значительным повреждением активирующих систем головного мозга. Клинически это проявляется длительным коматозным состоянием, нередко переходящим в вегетативный статус. Наряду с принятыми способами лечения тяжелой черепно-мозговой травмы, существует метод выведения пациентов из травматической комы и/или вегетативного статуса, основанный на субарахноидальном введении суспензии незрелых нейральных (стволовых) клеток.

Экспериментально показано, что введенные субарахноидально клетки способны мигрировать в головной мозг и концентрироваться в местах его повреждения. Такой способ трансплантации минимально травматичен, многократно повторяем, не требует специального инструментального оснащения.

Процедура проводится в палате интенсивной терапии отделения реанимации. В положении больного на боку в промежутке между остистыми отростками L4-L5 позвонков проводится прокол субарахноидально пространства. Извлекается около 5 мл спинномозговой жидкости и шприцем через ту же иглу вводится 8-10 мл суспензии нейральных стволовых клеток в физиологическом растворе. Игла извлекается. Далее проводится оценка состояния дыхания, измерения ЧСС, артериального давления и температуры тела.

Серьезных осложнений при проведении клеточных трансплантаций указанным методом зарегистрировано не было. После проведения нейротрансплантации у больных может развиваться пирогенная реакция с повышением температуры тела до 38-39°C, которая купируется антипиретиками, литической смесью. Эта реакция может сохраняться в течение 1-3 суток.

Ниже приведено описание конкретного случая применения нейротрансплантационного лечения пациента с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Больной Г., 22 года, поступил в приемное отделение 31.12.04 г. после автодорожной травмы, был сбит автомобилем. При поступлении состояние тяжелое, состояние комы I-II степени. По шкале Глазго состояние оценивалось в пределах 3-5 баллов. Тетраплегия. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, температура 37,9°C. Больному проведена декомпрессивная трепанация черепа в правой теменной области по поводу удаления острой субдуральной гематомы.

В последующие дни состояние больного оставалось крайне тяжелым, уровень нарушения сознания в виде комы II ст. Артериальное давление на фоне вазопрессоров стабилизировалось на цифрах 90/70 мм рт. ст., проводилась ИВЛ. На шестые сутки больному выполнена трахеостомия. Состояние по-прежнему крайне тяжелое, АД нестабильное, с тенденцией к гипотонии, находился на ИВЛ. На 12 сутки после травмы больному выполнена КТ головного мозга, где выявлено смещение срединных структур справа налево на 1,3 мм за счет отека правой гемисферы. На 16 сутки пребывания у больного появилась реакция на болевые раздражители, уровень нарушения сознания расценен как сопор. На 18 сутки больному проведена ЭЭГ, где выявлен очаг патологической активности в правой теменно-височной области, дисфункция стволовых структур. На 21 сутки с момента пребывания больному проводилась ВИВЛ, появились элементы сознания, минимальные движения в правых конечностях. На глазном дне частичная атрофия дисков зрительных нервов. На 27 сутки больному выполнено введение суспензии незрелых (стволовых) клеток в



субарахноидальное пространство на поясничном уровне через прокол в промежутке L4-5.

Показаниями к трансплантационному лечению, наряду с клиническими проявлениями дисфункции головного мозга и очевидной неэффективностью традиционного лечения, являлись значительные объективные изменения, выявленные при компьютерной томографии головного мозга, электроэнцефалографии. На следующий день у больного сознание перешло из сопора в оглушение. На 34 сутки больной переведен в отделение нейрохирургии, где продолжено лечение. На 50 сутки после травмы больной в сознании, самостоятельно себя обслуживает, сохраняется неглубокий парез в левых конечностях, доступен речевому контакту. На ЭЭГ появился альфа-ритм, этому изменению соответствовала положительная динамика стволовой симптоматики.

Полученный результат, по-видимому, напрямую связан со способностью транспортированных клеток через сутки пробуждать сознание пациента и прерывать процессы, приводящие к развитию вегетативного статуса.

#### *Выводы:*

1. Проведение нейротрансплантации в остром периоде тяжелой травмы сразу после купирования нарушений витальных функций способствует раннему и стабильному восстановлению сознания. Это имеет большое психоэмоциональное и социально-экономическое значение, снижает летальность и инвалидность от тяжелой черепно-мозговой травмы, улучшает качество жизни пострадавших после тяжелой травмы мозга.

2. Полученный результат указывает на то, что трансплантационные клеточные технологии могут быть эффективно использованы при лечении черепно-мозговой травмы уже в остром периоде.

НОСКОВ В.П., СТАРИКОВ Т.Н., КОЛПИНСКАЯ Т.Д., КОТОВ П.Б.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

**С**колиотическая болезнь — распространенное ортопедическое заболевание. По данным разных авторов, ее частота варьирует от 4 до 8 %. В настоящее время большинством ортопедов признано, традиционное консервативное лечение не достигает цели. Комплекс лечебных мероприятий, осуществляемый в амбулаторных условиях, и традиционные мероприятия, применяемые в школах-интернатах, не обеспечивают приостановления прогрессирования искривления. При сколиозе III-IV степени необходимо своевременно переходить к хирургическому лечению.

В последнее время применяются различные динамические конструкции: упругие стержни, металлические пластины, эндокорректоры, которые по сравнению со статическими конструкциями (дистракторами) обладают рядом преимуществ. Они заключаются в сокращении сроков дооперационной подготовки, длительности нахождения больного в стационаре, в ряде случаев, в отсутствии внешней иммобилизации.

Современные направления хирургического лечения — это применение двухстержневых и двухпластинчатых эндокорректоров с много-

уровневой фиксацией. С учетом этих тенденций в клинике ортопедии ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского для оперативного лечения сколиоза используется двухпластинчатый эндокорректор с многоуровневой фиксацией к позвоночнику специальными технологичными блоками крепления на крючках и деротационным эффектом, разработанным в Красноярской медицинской академии.

В клинике прооперировано семь пациентов: пять девочек в возрасте от 12 до 18 лет и два мальчика 15 и 16 лет. Трое пациентов страдали сколиотической болезнью III степени, с углами деформации от 32° до 46° по Кобба. Четверо пациентов имели углы деформации по Кобба от 52° до 95°. Во время операции коррекция при III степени сколиоза составила 66 %, при IV степени — 48 %. Отдаленные результаты изучены у 5 пациентов. Через 5 лет потеря коррекции не превысила 6 %.

Применение двухпластинчатых эндокорректоров с многоуровневой фиксацией, деротационным эндокорректором позволяет эффективно корректировать на 50-60% прогрессирующий сколиоз III-IV степени в диапазоне от 31° до 90°.

ПЕПЕЛЯЕВ Е.Г., ВОЛОКИТИН В.В., СЕМЕНОВ С.Е., БУТИНА Л.В.

*Больница № 1 ГУВД КО,**Кемеровский кардиоцентр,**МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,**г. Кемерово*

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Остеохондроз позвоночника относится к наиболее распространенным заболеваниям человека. Удельный вес поражений поясничного отдела позвоночника составляет 60-90 %. Консервативное лечение при данной патологии проводится более чем в 90 % случаев. При положительном эффекте пациент покидает врача до следующего обострения. При неэффективности консервативного метода лечения больные направляются к нейрохирургу.

В последнее время в литературе появились сообщения о внедрении в медицинскую практику пункционных вмешательств с использованием хирургического лазера. Подобные операции позволяют в ходе одного вмешательства осуществить нуклеотомию, дискдекомпрессию, микрофенестрацию, дерещипцию. Данный вид операций обладает несомненным преимуществом перед ранее используемыми видами вмешательств, т.к. процедура технически менее сложна, выполняется под местной анестезией, может проводиться в амбулаторных условиях, редко вызывает осложнения и имеет высокую эффективность в 92-94 % случаев.

Лазерная декомпрессия дисков достигается выпариванием пульпозного ядра. В непораженном позвоночном сегменте пульпозное ядро находится под повышенным давлением. Дегеративные изменения в соединительной ткани приводят к растрескиванию фиброзного кольца и выходу элементов ядра под заднюю продольную связку. Заканчивается этот процесс замещением пульпозного ядра фиброзной тканью. На конечной стадии дегенерации давление внутри диска выравнивается, и он уже не выполняет амортизационную функцию. Данные экспериментальных исследований *in vivo*, *in vitro* позволяют утверждать, что лазерная дискэктомиа приводит к дегенерации диска, но без угрозы развития его протрузии.

Данный вид операции можно уверенно назначать только после детального обследования пациента. Комплекс предоперационного обследования должен включать консультацию невролога, рентгенографию поясничного отдела позвоночника в двух проекциях с функциональными пробами, КТ или МРТ, иногда миелографию. Необходимость проведения миелографии может возникнуть в случаях, когда требуется определить степень компрессии «корешковой манжетки», а при

многоуровневом поражении она может помочь в выявлении «диска-виновника».

Операция выполняется под местной анестезией. Пункция диска производится под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). После пункции диска в иглу вводится световод, подключенный к лазерной установке, на которой задается мощность импульса в 15 Вт и продолжается в 1 с. Длительность операции не превышает 30 минут.

После лазерной дискэктомии пациентам разрешается вставать в ортопедическом поясе через 4-6 часа, а садиться через 3-5 дней. Стационарный период лечения составляет 3-5 дней. Через день после манипуляции назначается ЛФК, массаж мышц и/конечностей, через неделю — плавание. К работе разрешается приступать через 2 недели без ограничения статических и физических нагрузок. Носить ортопедический пояс рекомендуется не более месяца после операции. Для успешного проведения чрезкожной лазерной дискэктомии необходимо соблюдать показания и противопоказания.

К показаниям относятся: боль в спине с иррадиацией в нижнюю конечность, длящаяся более 3 мес. И не купируемая полностью консервативным лечением; отсутствие грубой органической неврологической симптоматики; протрузия диска, подтвержденная на КТ или МРТ; соответствие клинической картины данным КТ или МРТ.

Противопоказанием служат: пролабирование и секвестрирование диска по данным КТ или МРТ; стеноз позвоночного канала; нестабильность позвоночно-двигательного сегмента; выраженный спондилез, спондилоартроз с деформацией межпозвоночных отверстий; спондилолистез; предшествующие операции или нуклеолиз на уровне данного диска. Данный вид вмешательства, при соблюдении показаний и противопоказаний, не имеет осложнений, присущих другим методам оперативного лечения, например эпидуральные рубцовые процессы.

Чрезкожная лазерная дискэктомиа позволяет на ранней стадии заболевания не только эффективно уменьшить болевой синдром, но и предотвратить развитие серьезных осложнений дегенеративного поражения позвоночника, охватив при этом до 70 % больных с грыжами межпозвоночных дисков.



ПИМЕНОВ В.Ф., ДРОБОТОВ В.Н., БАЯНОВ В.В.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово*

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ, ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ И СТОПЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ ИМПЛАНТАНТОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

**О**перативное лечение переломов и заболеваний костей стопы и особенно кисти имеет свое собственное отличие от остальных сегментов конечности. Это связано со сложностью анатомии кисти и стопы.

Основными принципами лечения переломов костей стопы и особенно кисти является точная репозиция и стабильная фиксация, позволяющая в ранние сроки осуществлять восстановительное лечение. Одним из эффективных способов фиксации переломов, отвечающей этому требованию, являются конструкции из никелида титана с эффектом памяти формы.

За четыре года работы центра амбулаторной хирургии данный способ использован у 108 пациентов. С переломами плюсневых костей было 16 пациентов и 81 с переломами костей кисти, 2 пациента с патологическими переломами, 3 пациента с энхондромами фаланг пальцев кисти, 6 пациентов с переломами ладьевидной кости. Все пациенты трудоспособного возраста от 17 до 50 лет. По полу пациенты распределились следующим образом: 87 мужчин и 21 женщин. Показанием для операции являлась неэффективность консервативного лечения.

Из 81 пациента с переломами костей кисти, у 37 пациентов при косых переломах пястных костей использовали кольцевидные фиксаторы, у 15 пациентов с поперечными переломами S-образные фиксаторы с интрамедуллярной фиксирующей ножкой и у 16 пациентов S-образные фиксаторы с продольной интрамедуллярной фиксацией спицами. У 11 пациентов с косыми переломами фаланг пальцев использовались кольцевидные фиксаторы. Двое пациентов с поперечными переломами фаланг пальцев кисти использовались фиксаторы с интрамедуллярной фиксирующей ножкой. У 6 пациентов с ложными суставами ладьевидной кости в четырех случаях

выполнен остеосинтез омега-образным фиксатором и в двух случаях S-образный фиксатор. Кроме того, при ложных суставах ладьевидной кости дополнительно использовали пористый никелид титана. Для замещения дефекта после удаления энхондром в 3 случаях использовался пористый никелид титана. У 5 пациентов использовано устройство для остеосинтеза с эффектом памяти формы собственной конструкции (Патент РФ № 2246278). После всех оперативных вмешательств внешняя иммобилизация, как правило, осуществлялась до двух недель. При остеосинтезе фаланг пальцев и пястных костей кольцевидными фиксаторами в половине случаев внешняя иммобилизация не проводилась. После прекращения иммобилизации, а в тех случаях, когда она не проводилась, пациенты сразу начинали заниматься ЛФК под контролем инструктора.

Из физиотерапевтического лечения в раннем послеоперационном периоде применялось магнитное поле. После купирования отека и прекращения внешней иммобилизации пациентам назначалась электростимуляция мышц. В двух случаях отмечены вторичные смещения при лечении поперечных переломов пястных костей S-образными фиксаторами. Отсутствие продольной фиксации и ранняя интенсивная реабилитация привела к смещению отломков.

Таким образом, использование имплантатов с термомеханической памятью формы благодаря стабильной фиксации костных отломков и как следствие этого отсутствию длительной иммобилизации конечности и ранней активной реабилитации больного при условии продольной фиксации отломков, позволяет получить хороший анатомический и функциональный результат. Во всех случаях больные вернулись к своему профессиональному труду.

## ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ: ОПЕРАЦИЯ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ИЛИ ПРЕДБРЮШИННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ИЗ МИНИДОСТУПА?

**В** современной герниологии основные требования к операции включают использование малонатяжных или ненатяжных технологий закрытия грыжевых ворот, а в группе риска развития рецидива заболевания применение технологий, укрепляющих линию мышечно-апоневротических швов или методов протезирования тканей брюшной стенки. При паховых грыжах подобный подход дает минимальный процент рецидива заболевания

При широком паховом промежутке, у пожилых, у лиц физического труда, при прямых, гигантских и рецидивных грыжах у пациентов с компартмент – синдромом многими герниологическими центрами последние 10-15 лет широко используется полипропиленовая сетка для реконструкции пахового канала. Применяются два основных способа пластик – чреспаховый по Лихтенштейну и предбрюшинный. Из минимально инвазивных предбрюшинных вмешательств получили распространение видеолапароскопические и из минидоступа.

Клиника располагает восьмилетним опытом выполнения операции по Лихтенштейну (метод заплатки) у 327 больных и трехлетним опытом предбрюшинных герниопластик из минидоступа у 70 пациентов с паховыми грыжами. Технология вмешательства из минидоступа была разработана авторами.

Продолжительность операции из минидоступа короче минимум на 15-20 минут, однако, она требует выполнения эпидуральной анестезии, в то время как операцию Лихтенштейна можно выполнить под местной анестезией. Предбрюшинное герниопротезирование представляется менее травматичным, поскольку меньшее число тканей разъединяются и вновь сшиваются, нет необхо-

димости назначать после операции наркотические анальгетики. Недостатком вмешательства из минидоступа является угроза повреждения эпигастральных сосудов при высвобождении места для сетки, однако, при соблюдении определенной осторожности этого можно избежать. В крайнем случае, перевязка этих сосудов не повлечет за собой никаких последствий. Достоинством предбрюшинных пластик при небольших прямых грыжах является полное отсутствие манипуляций в зоне элементов семенного канатика.

Ранние послеоперационные осложнения (орхит, подкожные нагноения и гематомы) после операции Лихтенштейна выявлены в 3,6 %, после пластики из минидоступа в 2,8 % (две подкожные гематомы). Для оценки эффективности методов изучен процент рецидива грыж после указанных пластик. Для чреспахового способа он составил 0,6 %, для предбрюшинной пластики полипропиленовым эксплантатом – 1,4 %. Причем, все рецидивы заболевания наступили в первые шесть месяцев послеоперационного периода. В поздние сроки чреспаховый способ привел к уменьшению в размерах яичка в 0,3 %, появлению водянки оболочек яичка в 0,6 % и невралгических болей в 1,5 %. Предбрюшинная пластика этих поздних осложнений при наблюдении до трех лет не имела.

Окончательно выводы можно будет сделать при выполнении большего числа операций из минидоступа и больших сроках наблюдения за этими больными. Особый интерес представляют пациенты с разрушенной задней стенкой пахового канала, когда, находясь в предбрюшинном пространстве, полипропиленовая сетка предлежит непосредственно к апоневрозу наружной косой мышцы живота, а длина пахового канала поле предбрюшинной герниопластики значительно укорочена.

ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., АНДРЕЙЧУК М.Е., ПУШКОВ В.В.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

**Х**ронический простатит остается до настоящего времени весьма распространенным и плохо поддающимся лечению заболеванием. Мы проводим комплексное лечение пациентов

с хроническим простатитом и придерживаемся индивидуальных схем. В лечении предусматриваем воздействие на все звенья этиологии и патогенеза болезни. Оно имеет свои особенности в зависи-



мости от возраста пациента, наличия и характера клинических проявлений, течения болезни, стадии фазы активности процесса предстательной железы, степени вовлечения в патологический процесс близлежащих органов.

В период с 1996 по 2004 гг. нами полечено 1208 пациентов с хроническим простатитом. Лечение проводилось после мониторингирования урогенитальной инфекции (обязательное исследование крови и уретральных мазков на хламидии, уреаплазмы, посевы на микрофлору). Хламидийная инфекция выявлена у 224 пациентов (18,5 %), уреаплазмоз у 140 (11,6 %). Проводили лечение: антибактериальная терапия, дезагрегационная, физиопроцедуры. Резистентность хламидийной инфекции отметили у 22 пациентов (9,6 %).

В схему этиопатогенетического лечения обязательно включаем физиотерапевтическое воздействие — трансуретральная электростимуляция предстательной железы (по методике А.Р. Гуськова) аппаратом «Интрадон-3». Курс трансуретральной электростимуляции пациенту проводит врач-уролог (до 10 сеансов). При полной нормализации секрета предстательной железы, улучшения ее тонуса, восстановления спонтанных эрекций и полового влечения результат считается хорошим. При неполном терапевтическом эффекте курс лечения продляется до 15 сеансов.

Таким образом, при лечении простатита необходим общий алгоритм обследования у практикующих урологов и общие методологические подходы к лечению пациентов с хроническим простатитом.

ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., АНДРЕЙЧУК М.Е., ПУШКОВ В.В., ВОРОНИН Ю.С.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК В НЕОТЛОЖНОЙ УРОЛОГИИ

**В**се большее значение в последнее десятилетие придается экстренной помощи больным с острыми воспалительными заболеваниями почек. Следует отметить увеличение количества пациентов с острыми первичными гнойными пиелонефритами.

В урологическом отделении МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского за последние 5 лет пролечено 39 больных с острым гнойным пиелонефритом, из них 28 женщин (71 %), 11 мужчин (29 %). Поражение правой почки отметили у 21 больных (54 %), левой — у 13 (33 %), у 5 (13 %) — двухсторонний. Связь с предшествующими воспалительными очагами в организме выявлена у 8 больных. Сахарным диабетом страдали 22 человека (56 %). По возрасту пациенты распределились следующим образом: 25-50 лет (наиболее трудоспособный возраст) — 32 (82 %), 51-60 лет — 5 (12 %), старше 60 — 2 (5 %). Сроки до поступления в урологическое отделение варьировались от 1 до 10 суток.

Заподозрить и выявить острый пиелонефрит в значительной степени позволяет клиническое течение болезни, далее — лабораторные

исследования, экскреторная урография, ультразвуковое исследование и компьютерная томография.

36 больных (92 %) с острым первичным гнойным пиелонефритом были оперированы в первые двое суток пребывания в отделении. Трое не оперированы из-за крайне тяжелого состояния при поступлении, умерли в ближайшие сутки.

Выполнены следующие виды операций: вскрытие, дренирование гнойника, декапсуляция почки у 25 (69 %), у 5 (13 %) пункция абсцесса почки под ультразвуковым контролем, у 6 (17 %) нефрэктомия. 2 больных оперированы с двух сторон. Апостематозный пиелонефрит выявлен у 18 (46 %) больных, карбункулы почки — у 12 (31 %), абсцессы почки — 6 (15 %).

Всего умерло 9 (23 %) пациентов. Среди оперированных умерло 6 (17 %), 5 из них страдали сахарным диабетом. Все умершие больные поступили в поздние сроки от момента заболевания.

Таким образом, острый пиелонефрит является грозной патологией, требующей своевременной диагностики и лечения.

ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., АНДРЕЙЧУК М.Е.,  
 ПУШКОВ В.В., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В.  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 г. Кемерово

## ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПОЧЕК

В последнее время наметилась тенденция к увеличению количества больных с острым первичным гнойным пиелонефритом. До недавнего времени единственным возможным методом лечения подобных больных был оперативный — люмботомия, вскрытие, дренирование гнойника, декапсуляция почки, либо нефрэктомия. Внедрение в практику пункционных методов лечения под ультразвуковым контролем позволило вести часть больных «консервативно». Пункция абсцессов почки позволяет в ряде случаев добиться выздоровления больного и воздержаться от люмботомии.

В урологическом отделении МУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского пролечено пункционным методом 7 больных с абсцессами почек. Пункции проводили при характерной ультразвуковой картине. В паренхиме почки визуализировались образования жидкостной структуры от 20 до 48 мм, имеющие, как правило, капсулу до 2-3 мм и гипоэхогенный периферический слой до 3-4 мм в прилегающей ткани коркового слоя. Толщина и плотность капсулы зависели от сроков заболевания. Характер жидкости по ультразвуковой картине определялся как дисперсный, что являлось одним из признаков абсцессов. Абсцессы почек в некоторых случаях носили множественный характер, но их расположение, как правило, было локальным в какой-либо части коркового слоя почки. Карбункулы почки, в отличие от абсцессов, по структуре носили «мягкотканый» характер, что было обусловлено густым содержимым полости.

Пункцию абсцесса почки проводили при следующих условиях:

- наличие одиночного абсцесса, причем размеры полости не имели решающего значения;
- безопасность пункционного доступа: при наличии по ходу пункции крупных сосудов почки и при расположении абсцесса в области ворот почки от пункции воздерживались;
- придавалось значение характеру содержимого полости; наличие тканевых масс в полости не позволяет провести адекватную санацию при пункционном лечении.

Пункции проводились по стандартной методике выработанной в клинике, с применением игл 18 g. Содержимое полости забиралось для бактериологического исследования. Полость обрабатывалась раствором антисептика. Количество проводимых санационных пункций зависело от размеров полости. Проводилось от 2 до 4 пункций. Показаниями для прекращения пункционного лечения являлись: нормализация состояния больного, отсутствие при ультразвуковом исследовании полости абсцесса.

Из семи больных, у двоих пункционный метод оказался неэффективным, им выполнена люмботомия, дренирование гнойника.

Осложнений, связанных с пункциями (генерализация процесса, кровотечение, прорыв гнойника в паранефральную клетчатку), не наблюдали.

Пункционное лечение абсцессов почек является высокоэффективным, малотравматичным, достаточно безопасным методом. Его применение имеет строгие показания. При отсутствии эффекта от первой пункции следует переходить к «открытой» операции.

ПОЛИКУТИНА А.Т., МАКАРОВ В.А., АНДРЕЙЧУК М.Е., ПУШКОВ В.В.  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 г. Кемерово

## ЦИСТИТЫ В УСЛОВИЯХ ХОЛОДНОГО КЛИМАТА.

Значительное место в поликлинической практике уролога занимает острый цистит. В структуре заболеваемости поликлиники г. Кемерово острый цистит занимает одно из первых мест среди урологических больных обратившихся в поликлинику. За 10 лет (1990-2002 гг.) зарегистрировано 1658 больных острым циститом. Из них женщин 1258, мужчин 400.

Выясняя факторы, вызывающие первичные острые циститы, нами было установлено, что наибольшее количество циститов приходится на январь-февраль — самые холодные месяцы в условиях Сибири. Средняя многолетняя температура — 19°С по данным службы метеорологии; в мае среднемесячная температура +9-10,2°С, но, несмотря на это, май является месяцем, когда ча-



сты возвраты холодов до  $-3-5^{\circ}\text{C}$ , процент циститов — 39-40 %.

Продолжительность заболевания — от 3-х до 7 дней. Больным проводилось исследование мочи, посева мочи на флору. Следует отметить, что высевался непатогенный стафилококк и грамотрицательная флора. Лечение проводилось комплексное: диета, антибиотики, учитывая результаты посева мочи, местное лечение — инстилляции мочевого пузыря антисептическими растворами, физиотерапевтические процедуры.

Показателями клинического выздоровления служило исчезновение дизурических расстройств и пиурии. Следует отметить большое число случаев рецидивирующего цистита: основной причиной длительного течения процесса служили позднее обращение больных к врачу и несистематическое лечение.

Таким образом, наши наблюдения показали, что одной из причин возникновения первичного цистита в условиях Сибири является фактор переохлаждения.

РАДИОНОВ И.А., ТАРАБРИН В.И., ПОНАСЕНКО А.В., ГОРДЕЕВ М.С., КИРИН А.В.  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

## ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Одно из ведущих мест среди заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) занимает первичный хронический панкреатит (ПХП), который относится к числу наиболее тяжелых патологий органов гепатопанкреатодуоденальной области, с неясным до конца патогенезом. Лечение ХП остается трудной задачей, требующей учета патогенетических и этиологических особенностей течения заболевания для проведения адекватных комплексных лечебных мероприятий. Патология иммунной системы у больных с ПХП недостаточно изучена.

За период 2003-2004 гг. в областном гепатологическом центре обследованы 20 больных с ПХП в возрасте от 32 до 56 лет. Средний возраст составил  $41,7 \pm 10,2$  лет. Показанием для хирургического вмешательства были: калькулезный панкреатит с дилатацией протоковой системы ПЖ у 12 (60 %) больных, ложные кисты ПЖ у 3 (15 %) и ложные кисты ПЖ с расширением вирусунгова протока у 5 (25 %) больных.

В иммунологическом статусе изучали клеточное звено иммунитета методом реакции розеткообразования с определением относительного содержания в крови Т-лимфоцитов (Е-РОК) и их субпопуляций: Т-индукторов-хелперов (рЕ-РОК), Т-супрессоров (бЕ-РОК). Для исследования гуморального звена определяли относительное содержание В-лимфоцитов (ЕАК-РОК) и иммуноглобулинов классов G, M и A в сыворотке крови. Оценивали величину абсолютного количества лимфоцитов (АКЛ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Неспецифическую резистентность организма оценивали по бактерицидной активности сыворотки крови (БАСК), поглотительной функции нейтрофилов:

фагоцитарная активность нейтрофилов (ФА), фагоцитарному индексу (ФИ) по уровню компонента по 50 % гемолизу. Активность иммунновоспалительного процесса оценивали по уровню компонента по 50 % гемолизу. Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) в сыворотке крови определяли методом преципитации в растворе ПЭГ М 6000.

До операции у больных с ПХП отмечали повышение АКЛ, которое составило  $2,88 \times 10^{12}/\text{л}$ . При изучении количества Т- и В-лимфоцитов в периферической крови установлено, что до оперативного вмешательства на высоте обострения ПХП количество Т-лимфоцитов было снижено и составило  $45,3 \pm 2,3$  %. Уровень В-лимфоцитов был повышен —  $24,3 \pm 1,2$  %, т.е. выявлен дисбаланс между Т- и В-звеньями.

Содержание Ig G, M и A составило  $12,1 \pm 1,34$ ,  $1,93 \pm 0,14$ ,  $2,3 \pm 0,22$  г/л, соответственно. Некоторое увеличение уровня иммуноглобулинов объясняется характером течения заболевания.

Детальное исследование клеточного звена иммунитета показало, что у всех пациентов снижен иммунорезистентный индекс (ИРИ  $\approx 1,6$ ) до 1,2, обусловленный снижением Т-хелперов ( $35,2 \pm 1,32$  % ( $p < 0,05$ )) и нормальным содержанием Т-супрессоров —  $28,6 \pm 1,08$  %, т.е. отмечается дисбаланс между субпопуляциями иммунорегуляторных клеток в сторону супрессии за счет уменьшения количества Т-хелперов.

При исследовании неспецифической резистентности выявлено, что фагоцитарная активность нейтрофилов составила  $64,1 \pm 3,01$  %. Фагоцитарный индекс был снижен до  $3,97 \pm 0,23$  у.е., что говорит о возможном угнетении первой неспецифической фазы иммунного ответа.

Уровень комплемента по 50 % гемолизу не отличался от нормальной величины, а содержание БАСК –  $71,7 \pm 5,6$  %. Неспецифические факторы не вовлекаются в процесс, т.к. при ПХП нет инфекционного агента.

ЦИК повышены до  $0,104 \pm 0,013$  у.е., что указывает на активацию иммуновоспалительного процесса на момент обследования. Данный тип иммунной реакции, характерный для хронического деструктивного воспаления в фазе обострения, вероятно и был обусловлен процессом поражения тканевых структур.

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что до проведения оперативного лечения все обследованные больные имели нарушение иммунологического статуса по супрессорному типу клеточного звена иммунитета, с угнетением первичной неспецифической фазы

иммунного ответа, на фоне общей массивной интоксикации организма.

На основании результатов исследования, мы считаем, что состояние иммунной системы играет значительную роль в развитии воспалительного процесса в поджелудочной железе при ПХП, поэтому необходимо выделять больных с этой патологией, как пациентов с повышенным риском, как в до-, так и в послеоперационном периоде.

Измененные показатели Т-звена иммунитета больных коррелировали с их тяжелым клиническим состоянием и выраженностью патологических изменений, обнаруженных во время операции.

Таким образом, изучение иммунологических показателей у больных с ПХП в до- и послеоперационном периоде позволяет прогнозировать нарушения в иммунной системе.

СТАРИКОВ Т.Н., СТАЦЕНКО О.А., НОСКОВ В.П., ИВАНОВ А.В.,  
ШМУЛЕВИЧ М.В., КОТОВ П.Б.  
*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ HALLUX VALGUS, ПОПЕРЕЧНОГО РАСПЛАСТЫВАНИЯ СТОП

**П**оперечное плоскостопие, его следствие Hallux valgus, относятся к наиболее распространенным видом патологии стоп. В патогенезе поперечного плоскостопия, основными компонентами его развития, считают распластывание переднего отдела стоп за счет слабости подошвенного апоневроза. Возникает варусное отклонение (норма 15 %) и пронация I плюсневой кости, ее флексия. Происходит вывих плюсне-клиновидного сустава, вальгусное отклонение I пальца, веерообразное расположение плюсневых костей. Причины возникновения распластывания стоп могут быть врожденными, а так же приобретенными. Эта тяжелая патология стоп, с которой пациенты живут в постоянном моральном и физическом дискомфорте.

Известно около 300 операций при поперечном распластывании стоп, разработанные разными авторами в разное время. Но не одна из этих оперативных методик не дает хороших результатов, т.к. полностью не устраняет имеющиеся патологические компоненты поперечного распластывания. А оперативное лечение должно быть направлено на устранение всех патологических компонентов. Этим требованиям отвечает операция, которая применяется в нашем отделении. Операция

Шеде, т.е. резекция остеофита головки I плюсневой кости, затем коррегирующая остеотомия основания I плюсневой кости. После устранения компонентов деформации I пальца и I плюсневой кости, осуществляется ее фиксация винтом. Прочная внутренняя фиксация позволяет не применять внешней иммобилизации. Через 6 недель после операции фиксирующий винт удаляется.

За три последних года в отделении ортопедии было прооперированно 53 пациента с поперечным распластыванием стоп этим способом. Возраст пациентов составлял от 25 до 65 лет, преобладал женский пол. Большинство пациентов были прооперированы на обеих стопах.

Выполняемая в нашем отделении операция относится к «Медицине высоких технологий». Эта операция позволяет добиться полной коррекции поперечного распластывания стоп, т.е. устранить все патологические компоненты. У пациентов появляется ранняя активизация, уменьшаются сроки нетрудоспособности, сокращается продолжительность стационарного этапа, без снижения качества лечения, что дает экономический эффект. Хорошие отдаленные результаты после этой операции дают хирургу и пациенту субъективное удовлетворение.



ТАРАБРИН В.И.

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

**Ш**ирокое использование ультразвукового исследования для диагностики заболеваний желчевыводящих путей явилось мощным толчком к диагностике полиповидных образований желчного пузыря (ПОЖП). Отличить мелкий холецистолитиаз от обызвествленных полипов сложно. Хотя в тактическом смысле и тот, и другой процесс на сегодняшний день принципиального значения не имеет. Оба подлежат хирургическому лечению. ПОЖП среди населения составляют 1,5-9,5 %. В клинике госпитальной хирургии ежегодно удаляется до 50 желчных пузырей по поводу ПОЖП. Имевшиеся сведения патоморфологов, которые находят полиморфизм изменений в желчном пузыре, остро поставили вопрос о дифференциальной диагностике между доброкачественными и злокачественными процессами ПОЖП. В имеющейся отечественной литературе проблема ПОЖП освещена слабо, формально. Показания к оперативному лечению при ПОЖП ставятся в основном по соображениям онкологической настроенности как при полипах любой локализации.

В диагностике ПОЖП по мнению многих авторов остается УЗИ желчного пузыря, которое в распознавании образований желчного пузыря составляет 90 % от всех исследований, РХПГ, КТ, холецистография менее эффективны. Диагностическим и дифференциально-диагностическим методом может служить УЗИ с применением датчика, введенного в 12-перстную кишку. Это исследование позволяет получить высококачественное изображение мелких структур, различать слои стенки желчного пузыря. Используется тонкоигольная аспирационная биопсия для дифференциальной диагностики ПОЖП.

*Лечебная тактика:* показания к операции по поводу полиповидных образований желчного пузыря завышены. Требуется уточнение к ним.

В первую очередь обоснованные подозрения на малигнизацию ПОЖП:

- полипы, превышающие размер 10 мм;
- полипы менее 10 мм подлежат динамическому наблюдению;
- срок наблюдения за полипами с высокой степенью вероятности злокачественного процесса составляет 1-2 мес.;
- больные, имеющие желчнокаменную болезнь и полипы желчного пузыря, подлежат оперативному лечению на основании доказанного факта — провоцирующей роли камней в развитии рака желчного пузыря.

На основании нашего опыта и имеющихся сведений отечественных и зарубежных авторов, показания и объем операции при полипообразных образованиях желчного пузыря представляются так:

- а) размер ПОЖП превышает 10 мм;
- б) наличие у пациента с ПОЖП конкрементов в желчном пузыре;
- в) наличие 1-2 ПОЖП размером 5-9 мм на широком основании при выявлении средней эхогенности и/или роста ПОЖП в процессе наблюдения в течение не более 1-2 мес.;
- г) наличие клинических проявлений заболевания, ухудшающих качество жизни при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

*Объем операции:*

- а) лапароскопическая холецистэктомия при отсутствии подозрения на злокачественный процесс в желчном пузыре;
- б) расширенная холецистэктомия из традиционного доступа с лимфаденэктомией при наличии преинвазивной стадии рака желчного пузыря по данным срочной интраоперационной биопсии;
- в) резекция печени вплоть до гепатэктомии с резекцией желчных путей при наличии инвазии рака в субсерозный слой и глубже.

ТАРАБРИН В.И., ГОРДЕЕВ М.С., РАДИОНОВ И.А.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## ХОЛАНГИТ ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

**П**роведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 517 пациентов с диагностированным холедохолитиазом,

пролеченных за период с 1996 по 2003 гг. в клинике госпитальной хирургии КГМА. Возраст больных от 19 до 90 лет, мужчин в этой груп-

пе – 31,3 %, женщин 68,7 %. У 375 (75 %) был obturационный холедохолитиаз, у 20,5 % из них имелся холедохолитиаз после ранее удаленного желчного пузыря (ПХЭС).

У 375 пациентов obturационный холедохолитиаз осложнялся механической желтухой и сочетался с острым гнойным холангитом, из которых в 4,2 % случаях острый гнойный холангит протекал с апостематозом печени, токсическим шоком 35,2 %, печеночной недостаточностью 40,7 %, сепсисом 38,9 %.

Диагностика гнойного холангита при obturационном ХЛ основывалась на триаде Шарко: гипербилирубинемия, которая в среднем была  $18-3,9 \pm 141,7$  ммоль/л, гипертермия с ознобами –  $38,3 \pm 0,9^\circ\text{C}$ , лейкоцитозе  $12,3 \pm 3,9 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,001$ ). Диагностическая программа включала общеклиническое и лабораторное обследование, обязательно УЗИ желчевыводящих путей и печени, ФГДС. При обнаружении признаков поражения внепеченочных желчных протоков – ЭРХПГ. В комплексе обследования УЗИ являлось начальным этапом в диагностике холедохолитиаза, однако его нельзя считать окончательным в оценке состояния желчевыводящих путей, при всем том, что УЗИ печени и внепеченочных желчных протоков занимает лидирующую позицию в дифференциальной диагностике механической желтухи и гнойного холангита. К основным преимуществам метода относят неинвазивный характер, отсутствие лучевой нагрузки, возможность повторных исследований, выполнение диагностических и лечебных манипуляций под контролем УЗИ (тонкоигольная аспирационная биопсия, чрескожные вмешательства на трубчатых структурах).

ЭРХПГ выполнялась как заключительный этап диагностики, а при выявлении поражений внепеченочных желчных протоков завершалась эндоскопической папиллосфинктеротомией

и ретроградной холедохолито-экстракцией у 337 больных.

Для декомпрессии билиарного тракта, снятия явлений интоксикации 234 пациентам с гнойным холангитом при obturационном холедохолитиазе выполнили чрескожные чреспеченочные холангиостомии. 36 больным (9,6 %) с апостематозом печени проводили селективную гепатотропную антибиотикотерапию через катетер воротной вены, установленный под контролем УЗИ.

Особо следует отметить 27 пациентов (10,1 %) с гнойным холангитом при obturационном ХЛ, имевших клинику острого холецистита, им выполняли лапароскопическую микрохолецистостомию или чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию под контролем УЗИ.

У 75 больных (20 %) с ПХЭС obturационный ХЛ с гнойным холангитом разрешили желчестаз с помощью эндоскопических вмешательств на БДС.

В 15 случаях (29,3 %) после ЭРПСТ выполнена механическая литотрипсия и литоэкстракция одномоментно или одноэтапно с обязательным внутренним дренированием «потерянными» дренажами. 56 пациентов (14,9 %) оперировали только полостным способом из-за невозможности разрешить холедохолитиаз эндоскопически вмешательствами на фатеровом сосочке. В 49 случаях предварительно выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию. В 7 случаях оперировали экстренно.

Из-за крайней тяжести общего состояния, обусловленного сопутствующими заболеваниями, 3 больным (11,1 %) ограничились выполнением чрескожной чреспеченочной холангиостомии под контролем УЗИ при наличии противопоказаний к оперативному вмешательству.

После операции по поводу obturационного холедохолитиаза, осложненного острым гнойным холангитом, умерло 19 пациентов (5 %).

ТОМАШЕВСКИЙ И.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., ШЕВЕЛЕВ В.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## ОПТИМИЗАЦИЯ СТАНДАРТА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ

**О**перативные вмешательства в практике современной ортопедохирургии являются операциями, изменения гомеостаза при которых характеризуются высокой степенью агрессивности вследствие специфических воздействий материалов для формирования ар-

тифициальной суставной впадины, изменениями гомеостаза по типу подострого течения ДВС-синдрома. В связи с этим актуальным является дифференцированный выбор методов влияния на систему гомеостаза при проведении выше описанных вмешательств.



*Цель исследования:* оптимизировать стандарт интраоперационной коррекции гемостаза при тотальном эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов.

*Материалы и методы:* проспективное исследование клиничко-биохимических и гемостазиологических показателей проведено у 45 больных, оперированных по поводу коксартроза одного или обоих тазобедренных суставов и у 15 больных, оперированных по поводу гонартроза одного из суставов. Средний возраст пациентов  $60 \pm 5$  лет, больные в группах были стандартизированы по возрасту, сопутствующей патологии, объему кровопотери и выбору метода анестезиологического пособия (использовали комбинированный вид обезболивания – спинальная анестезия анекаином и эндотрахеальный наркоз закись азота и кислород с микроструйной инфузией пропофола). Основная группа ( $n = 40$ ) характеризовалась проведением общепринятой инфузионно-трансфузионной терапии. У 20 больных (группа вмешательства) использован дифференцированный подход к коррекции интраоперационных нарушений гемостаза путем добавления к инфузии препаратов гидроксиэтилкрахмала и фракционированного гепарина фраксипарина. Группа контроля – 20 практически здоровых доноров-добровольцев. Исследование системы гемостаза выполнялся на анализаторе АРП-01 «МЕДНОРД» (метод гемовискозиметрии) с параллельным изучением биохимических показателей системы гемостаза (протромбиновый индекс, концентрация фибриногена, активированное частичное тромбиновое время, маркеры ДВС-синдрома, подсчет количества тромбоцитов). Исследование выполнялось перед операцией, сразу после выполнения собственно эндопротезирования и в первый час послеоперационного периода. Использовались методы параметрической статистики в программе InStat.

*Результаты и их обсуждение:* У больных основной группы по данным гемовискозиметрии увеличивались время периода реакции (протромбиновой активности крови) на 15-20 %, время об-

разования сгустка на 12-16 %, время формирования фибрин-тромбоцитарной структуры сгустка на 15-20 %, суммарный показатель спонтанного лизиса сгустка (как показатель активности фибринолиза) на 15-25 %, константа коагуляции на 15-18 %. Уровень протромбинового индекса снижался на 15-22 %, фибриногена на 25-38 % через 1 час после операции. Полученные результаты показали наличие латентного ДВС-синдрома после выполнения агрессивного этапа операции (так называемого цементного эндопротезирования) и в ближайший послеоперационный период у 100 % оперированных пациентов из основной группы.

Исходя из выше описанного, у 20 больных группы вмешательства профилактика гемостазиологических нарушений включала в себя: применение во время операции и в раннем послеоперационном периоде ингибиторов протеаз (контрикал 50000-100000 ЕД.) и кортикостероидов (преднизолон из расчета 1-2 мг/кг массы тела); поддержание изоволемической гемодилюции путем инфузии кристаллоидов в сочетании с обязательной трансфузией свежезамороженной плазмы из расчета 30 мл/кг массы тела и препаратами гидроксиэтилкрахмала (рефортан) из расчета 7 мл/кг массы тела без использования декстранов; включение в программу послеоперационного ведения больных фракционированного гепарина фраксипарина из расчета 0,3 мл/сутки. Выполненные лечебные мероприятия позволили в ближайший послеоперационный период получить сравнимые с контрольными значениями данные агрегатного и реологического состояния крови при отсутствии геморрагических осложнений в зоне операции.

*Заключение:* У всех больных с эндопротезированием тазобедренного и коленного суставов по методике цементной фиксации имплантата развивается латентная форма ДВС-синдрома. Эффективным способом оптимизации стандарта интраоперационной коррекции гемостаза в данной ситуации является инструментальный мониторинг изменений гемостазиологических показателей с последующей коррекцией препаратами гидроксиэтилкрахмала и фракционированного гепарина.

ТОРГУНАКОВ А.П., ВОЛЖЕНИН В.В., ПОСТНИКОВ Д.Г., ПОДБОРОДНИКОВ С.Г.

*Кемеровская государственная медицинская академия,*

*МУЗ Городская клиническая больница № 2,*

*г. Кемерово*

## РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ПРОСТОМ АППЕНДИЦИТЕ В СВЕТЕ АДАПТАЦИОННОЙ ТЕОРИИ

**Т**еория адаптации, рассматривающая в качестве основной причины развития аппендицита относительную недостаточность

оксикортикостероидов (противовоспалительного потенциала) на фоне неспецифической сенсбилизации тканей, не позволяла изменить лечебную

тактику при начальной стадии заболевания до внедрения лапароскопии. Аппендэктомии при макроскопически не измененных червеобразных отростках (ЧО) производили в среднем в 20-25 % случаев. Лапароскопия позволила визуально оценивать состояние ЧО и принимать решение о лечебной тактике без лапаротомии. Причем сама лапароскопия является достаточно сильным стрессором, стимулирующим аденокортикальную активность, что после лапароскопии приводит к регрессу начальной стадии воспаления в ЧО и клиническому выздоровлению.

В клинике общей хирургии КемГМА на базе МУЗ ГКБ № 2 лапароскопия в сомнительных случаях диагностики аппендицита регулярно используется с 1995 года, при этом количество аппендэктомий при макроскопически неизменном ЧО колеблется в пределах 3,5-7 %. В целом, лечебная тактика при аппендиците принята в следующем виде:

- при отсутствии сомнений в диагнозе деструктивного аппендицита проводится аппендэктомия традиционным или лапароскопическим способом;

- при сомнениях в диагнозе и боли в правой подвздошной ямке проводится диагностическая лапароскопия: при деструктивном аппендиците – операция, при макроскопически неизменном ЧО проводится противовоспалительное лечение и наблюдение. При сохранении боли в течение 10-12 часов, субфебрильной температуре проводится аппендэктомия. При купировании боли, нормализации температуры, через несколько дней проводится выписка домой.

Для обеспечения такой тактики в дежурные дни круглосуточно существует возможность проведения лапароскопии.

За 5 лет, с 2000 по 2004 год включительно, в клинике выполнено 1049 диагностических лапароскопий, из них 690 (65,8 %) – по поводу подозрения на острый аппендицит. В 308 случаях (44,6 %) был подтвержден деструктивный аппендицит; в 229 случаях (33,2 %) – патологии в брюшной полости не обнаружено; в 153 случаях (22,2 %) – выявлены другие заболевания, среди них:

- Хронический гепатит – 20 (13 %);
- Спаечный процесс брюшной полости – 34 (22,2 %);
- Острый аднексит – 34 (22,2 %);
- Перфоративная язва 12-п.к. – 2 (1,3 %);
- Киста яичника – 22 (14,4 %);
- Разлитой перитонит не аппендикулярной этиологии – 4 (2,6 %);
- Болезнь Крона – 4 (2,6 %);
- Внутривнутрибрюшное кровотечение – 5 (3,3 %);
- Мезентериальный тромбоз – 1 (0,7 %);
- Острый холецистит – 2 (1,3 %);
- Опухоль толстой кишки – 2 (1,3 %);
- Фибромиома матки – 3 (2 %);
- Острый панкреатит – 2 (1,3 %);
- Апоплексия яичника – 5 (3,3 %);
- Перфорация слепой кишки – 1 (0,7 %);
- Пельвиоперитонит – 6 (3,9 %);
- Забрюшинная гематома – 3 (2 %);
- Внематочная беременность – 5 (3,3 %).

Более половины из этих заболеваний срочной операции не требовали или хирургическое лечение их не показано вообще.

Таким образом, из 690 случаев подозрения на острый аппендицит в 364 случаях (52,7 %) удалось избежать напрасной операции благодаря диагностической лапароскопии.

ТОРГУНАКОВ А.П., ТОРГУНАКОВ С.А., САШКО А.А.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
 МУЗ Городская клиническая больница № 2,  
 г. Кемерово*

## СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

**П**о данным разных авторов и ВОЗ до 30 % больных в хирургических отделениях имеют сочетание 2-3 заболеваний. В последние годы участились сообщения о симультанных операциях по поводу заболеваний, хирургическое лечение которых общепринято: сочетание холецистэктомии с герниопластикой различной локализации; холецистэктомии с операциями на органах малого таза, кишечнике. Такой подход в лечении позволяет сразу устранить или улучшить течение нескольких заболеваний, избежать дополнительных операций при экономической эф-

фективности. Известны симультанные операции при холецистэктомии по поводу хронического гепатита и цирроза печени (О.Е. Нифантьев с соавт., 1983; А.П. Торгунаков, 1990; А.Е. Борисов с соавт., 2002 и др.).

Морфологические изменения печени различной степени выраженности при ЖКБ отмечаются в 90 % случаев. Опыт симультанной коррекции АГ и СД при остром холецистите практически отсутствует. Вместе с тем, по данным М.Ф. Заривчацкого, при остром холецистите АГ сопутствует в 57,3 % случаев, Ш.И. Каримова – в 78 %



(2004). СД сопутствует острому холециститу в 11-12 % случаев.

В клинике общей хирургии КемГМА за 2004 г. симультанная коррекция АГ, СД и ХГ выполнена 5 больным с острым холециститом: ХЭ сочеталась с операцией Малле-Ги, адреналэктомией, перевязкой селезеночной вены и центральной вены левого надпочечника. Всем больным выполнена биопсия печени.

Подобную тактику иллюстрирует история болезни больной З., 66 лет, которая поступила в хирургическое отделение ГКБ №2 20 октября в 23.35 часов. При поступлении предъявляла жалобы на постоянные ноющие боли в эпигастрии и правом подреберье, тошноту, сухость во рту. Заболела внезапно в 15 часов 20.10.04 г., когда после еды появились боли вверху живота, которые к 20.00, постепенно усиливаясь, переместились в правое подреберье и за грудину, присоединилась тошнота, однократно была рвота, не принесшая облегчения.

Из истории жизни было выявлено, что в 1977 г. она оперирована по поводу фибромиомы матки. Страдает более 20 лет артериальной гипертензией, рабочее артериальное давление — 150-160 мм рт. ст. Часто отмечает повышение АД до 240/120 мм рт. ст., постоянно принимает энап по 5 мг 2 раза в день.

Объективно: общее состояние больной средней степени тяжести, обусловлено болевым синдромом; АД — 160/100 мм рт. ст.; PS — 74 в минуту. Язык суховат, покрыт белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Симптомы Ортнера, Мэрфи положительны. При пальпации в правом подреберье определяется дно желчного пузыря. Симптомы раздражения брюшины отрицательны во всех отделах. Перистальтические шумы кишечника выслушиваются. Анализ крови: Нв — 138 г/л, L —  $13,0 \times 10^9$ /л; билирубин — 10,4 (2,4/8,0) мкмоль/л, амилаза — 13,02 г/л ч, ПТИ — 90 %; анализ мочи — без особенностей. По данным УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь — 91 × 31 мм; стенка — 2 мм, нечеткая, ровная, неоднородная, в просвете имеется множество камней 6-8 мм; холедох — 6 мм; размеры почек без отклонения от нормы. Эхографические признаки хронического панкреатита, структурных изменений ЧЛС почек с обеих сторон, а также признаки гиперплазии и структурных изменений левого надпочечника. При дуоденоскопии — признаков желчной гипертензии не выявлено. По данным ЭКГ: ритм синусовый, 70 в минуту, ЭОС отклонена влево, гипертрофия миокарда левого желудочка, полная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, изменения в миокарде левого желудочка.

После обследования был выставлен диагноз: ЖКБ, острый холецистопанкреатит, токсемия средней степени тяжести. Соп.: Артериальная гипертензия III ст. Начата стандартная консервативная терапия. На фоне проводимого лечения была отмечена некоторая положительная динамика: уменьшились боли, больная субъективно стала чувствовать себя лучше, но, несмотря на субъективное улучшение, 21-22.10.04 г. сохранялись локальные боли в правом подреберье, субфебрильная температура. 22.10.04 г. по данным УЗИ в динамике со стороны печени, поджелудочной железы эхо-картина прежняя. Желчный пузырь — 92 × 37 мм, стенка 4 мм, местами нечеткая, «рыхлая», в просвете — множественные мелкие камни. Паравезикально определяются следы свободной жидкости. Внутривенные желчные протоки не расширены. Холедох — 6 мм.

В связи с неэффективностью консервативной терапии больной была предложена холецистэктомия и коррекция артериальной гипертензии. Согласие получено. 22.10.04 г. была выполнена операция — холецистэктомия, биопсия печени из верхнесрединного лапаротомного доступа. Учитывая наличие у больной в течение длительного времени тяжелой артериальной гипертензии, изменения левого надпочечника по данным УЗИ, операция была дополнена левосторонней адреналэктомией. Во время операции: в брюшной полости — умеренно выраженный спаечный процесс, выпота нет; печень средних размеров, обычной консистенции, поверхность гладкая, с единичными белесоватыми включениями; желчный пузырь 10,0 × 3,0 см, стенка красно-бурого цвета, напряжен, с налетом фибрина; левый надпочечник размерами 4,5 × 3,0 см с кровоизлияниями. Заключение ПГИ: желчного пузыря № 11009-14 от 25.10.04: флегмонозно-гангренозный калькулезный холецистит, перихолецистит; биоптата печени № 10994 от 25.10.04 — хронический гепатит с минимальной активностью; левого надпочечника № 10999 — 11008 от 25.10.04 — гиперплазия левого надпочечника.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В течение 5 дней принимала по 0,5 таблетки преднизолона. Рана зажила первичным натяжением. Пациентка была выписана на амбулаторное лечение на 12 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Через 2 месяца продемонстрирована на областном научно-практическом обществе хирургов Кузбасса. При этом уровень артериального давления стабилен на уровне 130-140/80-90 мм рт. ст.

Через 4 месяца после операции пациентка чувствует себя удовлетворительно, принимает энап (2,5 мг) 1 раз в неделю.

## АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЛУБОКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

Оценку факторов риска возникновения глубокой хирургической раневой инфекции (ХРИ) после операций лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) проводили в отделении печеночной хирургии ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского. У всех пациентов, послеоперационный период которых после выполнения ЛХЭ осложнился присоединением ХРИ, изучена частота встречаемости различных признаков, которые могли бы привести к возникновению данной инфекции при выполнении этого вида хирургического вмешательства. Выявлены наиболее существенные факторы риска, при которых мог-

торов риска и их градаций и соответствующих им НИП.

По каждому из наиболее значимых факторов риска были рассчитаны в долях единицы отношения показателей правдоподобия (КП), дающие возможность определить, насколько правдоподобна вероятность заболеть.

Из-за неравнозначности действия конкретного фактора риска на частоту патологии, для учета «вклада» каждого из них, определяли «весовой» индекс фактора (ВИФ). Последний равен отношению максимального и минимального НИП конкретного фактора (табл.).

**Таблица**  
**Индивидуальная оценка риска возникновения глубокой хирургической раневой инфекции после операций ЛХЭ у пациентов в отделении печеночной хирургии ГКБ № 3 в 1996-2003гг.**

Фактор риска	Пациенты, имеющие глубокую раневую хирургическую инфекцию				Пациенты, не имеющие глубокую раневую хирургическую инфекцию				КП	
	Абс.	НИП	$P_1$	ВИФ	Абс.	НИП	$P_2$	ВИФ		
Показания к назначению антибиотиков	есть	59	40,9	0,82	4,5	36	25,0	0,5	4,6	1,64
	нет	13	9,1	0,18		36	25,0	0,5		0,36
Жидкостное образование по данным УЗИ	есть	52	36,1	0,72	2,6	24	16,7	0,33	5,1	2,16
	нет	20	13,9	0,28		48	33,3	0,67		0,42
Выделение микроорганизмов	есть	51	35,4	0,71	5,6	4	2,8	0,06	64,2	12,64
	нет	9	6,3	0,13		16	31,9	0,64		0,167
Субфебрильная температура	есть	65	45,1	0,90	9,2	30	20,8	0,42	12,8	2,17
	нет	7	4,9	0,10		42	29,2	0,58		0,17
Инфицированная жидкость	есть	58	40,3	0,81	4,2	2	1,4	0,03	144,9	28,79
	нет	14	9,7	0,19		70	48,6	0,97		0,199

ла развиться глубокая ХРИ в послеоперационном периоде после ЛХЭ.

Для их оценки были проанализированы истории 72 пациентов, у которых течение послеоперационного периода осложнилось присоединением ХРИ, а также 72 истории пациентов контрольной группы. Каждому из факторов риска рассчитывали, так называемые, нормированные интенсивные показатели (НИП). В качестве нормирующего показателя принимался процент наиболее значимых признаков глубокой хирургической раневой инфекции во всей выборке (группе обследованных). НИП для каждого фактора риска определяли отношением процента наиболее значимых признаков у пациентов с наличием конкретного фактора к общему нормирующему показателю, указанному выше. После того, как рассчитаны НИП по всем факторам риска, создавалась оценочная таблица, состоящая из фак-

Весовой индекс факторов одних и тех же признаков, влияющих на развитие ХРИ, значительно варьирует. Наибольший вес (по ВИФ) играет фактор наличия субфебрильной температуры на 3-и сутки послеоперационного периода (9,2) и выделение микроорганизмов из биоптатов (5,6). Далее, по убывающей, факторы наличия клинических и диагностических показаний для назначения в послеоперационном периоде антибиотиков (4,5), наличие инфицированной жидкости в подпеченочном пространстве (4,2). Наименьший вес имеет ВИФ наличия признаков жидкостного образования в подпеченочном пространстве при проведении УЗИ, который составляет 2,6.

Так как основная и контрольная группы были равнозначны по ранее рассмотренным признакам, то уместно предположить, что на уровень заболеваемости оказывает влияние различие в частоте и интенсивности воздействия факторов риска. Для

решения этой задачи изучена сравнительная характеристика ВИФ в развитии глубокой хирургической раневой инфекции в основной и контрольной группах.

Сравнительный анализ весовых индексов факторов в формировании ХРИ свидетельствует о существенной разнице, как уровней индексов, так и их распределения между контрольной и основной группами. Обращает на себя внимание, что в группе пациентов с ХРИ ВИФ таких факторов, как субфебрильная температура и показания к назначению антибиотиков ниже, чем в контрольной группе. Не высок в обеих группах уровень вли-

яния фактора наличия жидкостного образование по данным УЗИ, хотя роль данного фактора у пациентов с ХРИ выше, чем в контрольной группе. Наибольший вклад в формирование глубокой хирургической инфекции вносят такие факторы, как наличие субфебрильной температуры и выделение микроорганизмов. У пациентов с ХРИ большое значение имеет фактор наличия показаний к назначению антибиотиков. Значительно менее значим этот фактор в контрольной группе.

Таким образом, изучение факторов риска возникновения ХРИ при ЛХЭ позволило выделить и оценить наиболее значимые из них.

ШМУЛЕВИЧ М.В., СТАЦЕНКО О.А., ПЛОТНИКОВ Г.А., СТАРИКОВ Т.Н., КОТОВ П.Б.  
*Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

**В** нашей клинической ортопедической практике патология плечевого сустава связана, как правило, с импинджмент-синдромом, поражением вращательной манжеты плеча и активными триггерами, чаще располагающимися в надостной, подлопаточной и трапециевидной мышце.

В отделении ортопедии за последние три года находилось на лечении 122 пациента, которым проведено оперативное лечение по поводу патологии плечевого сустава. Основным провоцирующим фактором в развитии патологии плечевого сустава была травма, и пациенты лечились амбулаторно у травматолога или хирурга по месту жительства с диагнозом ушиб плечевого сустава; часть больных лечилась у невропатолога по поводу шейного остеохондроза, и у другой части пациентов развитие боли связывалось с физической перегрузкой. В ряде случаев причину развития патологии выявить не удалось, и данной группе больных долгое время приходилось лечиться то у терапевта, то у невропатолога, то у хирурга, то у травматолога.

Вне зависимости от основного заболевания (импинджмент-синдром, поражение вращательной манжеты, миофасциальные триггеры), клиническая картина заболевания была примерно идентична, только при повреждении Банкарта возникает нестабильность плечевого сустава. Боли были, как правило, постоянные, усиливающиеся после физической нагрузки. Отмечались ночные боли. Объективно мы выявили у всех больных контрактуры плечевого сустава различной степени выраженности. Приводящая контрактура связывалась чаще с поражением надостной мышцы и (или) с повреждением вращательной манжеты

плеча, внутренне-ротационная контрактура обуславливается поражением внутренних ротаторов плеча (подостная и малая круглая мышцы). Наружно-ротационная контрактура возникает при поражении внутреннего ротатора (подлопаточная мышца). Чаще у больных отмечалось сочетание всех видов контрактур.

С целью устранения и профилактики импинджмент-синдрома проводится артроскопическая ревизия и санация, связанная, в основном, с удалением субакромиальной бursы и резекцией нижнего края акромиона выполнена всем пациентам. Повреждение вращательной манжеты выявлено у 32 больных, и всем им проведен ее шов, в 10 случаях с пластикой путем транспозиции сухожилия двуглавой мышцы. В 7 случаях на артроскопии был диагностирован отрыв Labrum ghlenoidale от суставной поверхности лопатки (повреждение Банкарта). У 4 пациентов Labrum ghlenoidale была фиксирована к суставной поверхности лопатки спицами с упорной площадкой, у 3 — анкерными фиксаторами фирмы «Arthrex». После шва вращательной манжеты пациентам проводится иммобилизация верхней конечности на отводящей подушке в течение 4-6 недель.

После операции проводилось физиолечение, лечебная физкультура. В послеоперационном периоде нами оценивались выраженность болевого синдрома, объем движений в плечевом суставе. У 82 пациентов болевой синдром полностью купировался в течение недели после операции, в течение месяца сохранялся у 19 больных, и 21 пациент вынуждены были повторить полный курс консервативного лечения, включающий в себя медикаментозные блокады, физиолечение и лечебную физкультуру. Объем движений в плечевом суставе

у пациентов восстанавливался после субакромиальной декомпрессии в течение 1-4 недель, после шва вращательной манжеты в течение 2 месяцев.

Таким образом, комплексное лечение патологии плечевого сустава с применением артро-

скопической техники позволяет малоинвазивно провести точную диагностику и этиотропное лечение, достаточно быстро снять болевой синдром и сократить срок нетрудоспособности пациентов.





БАРИНОВА Е.В., ХРОМОВА Н.Л.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## РЕЗЕРВУАРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Гнойно-септические инфекции (ГСИ), являясь одной из самых актуальных проблем в родовспомогательных учреждениях. Организация эффективных мер борьбы с инфекциями этой группы невозможна без поиска резервуара возбудителей ГСИ и факторов передачи. Микробиологический мониторинг является важным инструментом, позволяющим следить за качественным и количественным составом микроорганизмов циркулирующих среди беременных, родильниц, рожениц и новорожденных.

В рамках мониторинга было проведено также и микробиологическое исследование жидкого мыла. Нам показался любопытным тот факт, что жидкое мыло тоже может явиться резервуаром возбудителей ГСИ. Известно, что частое и правильное мытье рук - одна из самых важных мер, позволяющая прервать цепочку развития ГСИ. Однако, при условии контаминации жидкого мыла, результат гигиены рук оказывается обратным. Учитывая редкость сообщений о том, чтобы жидкое мыло явилось резервуаром возбудителей ГСИ, мы приводим описание этой ситуации и принятых нами противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Настоящая работа проведена на базе родильного дома № 1, являющимся одним из структурных подразделений ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского. Мы исследовали жидкое мыло на рабочих местах во всех клинических отделениях родильного дома. Было проанализировано 137 проб, микрофлора была обнаружена в 33 пробах, что составило 24 %. Микробный пейзаж был представлен такими микроорганизмами как *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter cloacae*, *Citrobacter intermedius*, *Acinetobacter*, *Moraxella*, *E. coli*, *Kl. pneumoniae*, грибы рода *Candida*, *Staphilococcus spp.* Наиболее часто мы обнаруживали микрофлору в таких отделениях как реанимационно-анестезиологическое и палата интенсивной терапии отделения новорожденных. Например, в детском отделении было отобрано 99 проб жидкого мыла, 20 из них оказались положительными (20 %), при этом в 14 % обнаруживалась грамотрицательная микрофлора.

Заслуживает внимания, и тот факт, что мы обнаруживали различную грамотрицательную фло-

ру и в новых упаковках жидкого мыла, которое приобреталось централизованно для родильного дома. Кроме этого, стоит принять во внимание, что обычное туалетное мыло в пластиковых дозаторах легко колонизируется различной микрофлорой, особенно грамотрицательными палочками, благодаря их подвижности и исключительной устойчивости во внешней среде.

Проблема требовала решения, поэтому нами были предприняты следующие меры:

- прекращена закупка обычного туалетного мыла, перешли на использование мыла с антибактериальным компонентом («Сестричка»);
- обработка дозаторов с жидким мылом проводилась один раз в три дня с помощью 3 % перекиси водорода, экспозиция 60 минут;
- проведено обучение медицинского персонала адекватной технике мытья рук; закуплено необходимое количество дозаторов, позволяющее одной части из них находиться в работе, а другой на обработке; обработанные дозаторы хранились в сухом виде;
- оставшееся в дозаторах мыло собиралось и подвергалось автоклавированию для дальнейшего использования;
- для высушивания рук применялись индивидуальные полотенца.

Вышеуказанные меры дали ощутимый эффект. При соблюдении этих правил, мы добились значительного уменьшения контаминации жидкого мыла. При проведении бактериологического контроля, процент положительных проб не превышал 5 %. Перестала обнаруживаться грамотрицательная микрофлора; микробный пейзаж был представлен условно-патогенными микроорганизмами (эпидермальный стафилококк, споровая палочка). Опытным путем было выяснено, что для предотвращения контаминации мыла, необходимо проводить его замену вместе с обработкой дозатора в реанимационном отделении, палате интенсивной терапии отделения новорожденных — один раз в 3 дня, в акушерских отделениях и отделении новорожденных — один раз в 7 дней.

Таким образом, жидкое мыло при определенных условиях может явиться резервуаром возбудителей ГСИ и создавать условия для вторичной контаминации рук медицинского персонала.

БОГДАНОВА Н.Л., ПЕРЕДЕЛКИНА О.Н., РУДАЕВА Е.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**А**ктуальность проблемы воспалительных заболеваний внутренних половых органов определяется высокой частотой данной патологии, отрицательным влиянием на репродуктивную функцию женщин, участием в развитии гормонально-зависимых пролиферативных процессов.

Воспалительные заболевания женских половых органов – это полисистемное заболевание, требующее комплексного лечения. В последние годы наблюдается рост воспалительных заболеваний женских половых органов, во многом это обусловлено ранним началом половой жизни, наличием нескольких половых партнеров, либерализацией половых отношений, пренебрежением к использованию барьерных методов контрацепции, бесконтрольным применением различных антибиотиков, самолечением, недостаточной эффективностью системы полового воспитания.

*Цель исследования* – определение наиболее частых возбудителей воспалительных процессов половых органов, факторов риска, способствующих возникновению и распространению воспаления, использование лечебно-диагностического алгоритма при воспалении в условиях стационара.

*Материал и методы исследования* – в гинекологическом отделении ГКБ № 3 г. Кемерово в 2004 г. находились на лечении 384 женщины с воспалительными процессами гениталий различной локализации в возрасте от 15 до 55 лет. Обследование больных включало: общеклинические анализы, традиционные бактериоскопические и бактериологические методы, ПЦР для определения урогенитальных микроорганизмов, оценку общего и местного иммунитета, гормонального статуса, состояния основных звеньев гемостаза, УЗИ органов малого таза, пункцию брюшной полости через задний свод влагалища, диагностическую лапараскопию, пункцию образований под контролем УЗИ, ИФА на ВИЧ инфекцию, исследование на хронические инфекции.

*Результаты и их обсуждение:* Большинство женщин, находившихся в стационаре по поводу воспалительных процессов гениталий, были молодого возраста (15-30 лет – 70,8 %), рано начав-

шие жить половой жизнью (15-16 лет – 80,9 %). В анамнезе у 78,1 % были гинекологические заболевания, а у 42,9 % – аборты. Наиболее часто встречаемая локализация воспалительных процессов: абсцесс бартолиновой железы выявлен у 41 женщины (10,6 %), абсцесс большой половой губы – у 1 (0,2 %), фурункул большой половой губы – у 4 (1 %) нагноившаяся гематома большой половой губы – у 1 (0,2 %), аднексит – у 224 (58,3 %), сальпингит – у 31 (8,1 %), метроэндометрит – у 196 (51,0 %), эндометрит – у 29 (7,5 %), аднекстумор – у 12 (3,1 %), тубоовариальное образование воспалительной этиологии – у 10 (2,6 %), киста воспалительной этиологии – у 3 (0,7 %), сактосальпинкс – у 2 (0,5 %), пиосальпинкс – у 1 (0,2 %), гидросальпинкс – у 2 (0,5 %). Воспалительный процесс начинался у женщин после менструации у 116 пациенток (30,2 %), в результате переохлаждения – у 33 (8,5 %), внутриматочного вмешательства – у 98 (25,5 %), после полового акта – у 9 (2,3 %), на фоне ношения внутриматочной спирали – у 63 (16,4 %), после родов – у 16 (4,1 %), в результате перенесенной травмы – у 1 (0,2 %), во время беременности – у 2 (0,5 %). С учетом выявленных изменений каждой пациентке назначалась комплексная терапия, включающая дезинтоксикационную, дезинфицирующую, антибактериальную терапию. Вводились антибиотики чаще в/м или в/в, также использовались внутритазовые и парацервикальные блокады, лимфотропное введение антибиотиков и эфферентные методы лечения. Углубленное клиническое обследование и назначение адекватной комплексной терапии позволило добиться клинического выздоровления у всех больных.

Таким образом, наиболее частыми возбудителями воспалительных процессов является условно патогенная флора. В группу риска по развитию воспалительных процессов входят молодые женщины репродуктивного возраста с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом, ранним началом половой жизни, применение ВМС с целью контрацепции, женщины, имеющие бактериальный вагиноз. Лечебно-диагностические алгоритмы совпадают с рекомендуемыми в литературе.

ДЕМЬЯНОВА Т.М., ГОЛИКОВ Г.Я., ЕЛГИНА С.И., ПЕРМЯКОВА А.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**В**недрение в клиническую практику эндоскопических методик позволило существенно изменить диагностическую и лечебную тактику при многих гинекологических заболеваниях.

*Цель исследования* — изучить влияние эндоскопических операций на исходы заболевания и течение послеоперационного периода, а также возможность проведения органосохраняющих операций при лапароскопии.

*Материал и методы исследования:* Изучено состояние здоровья 67 женщин в возрасте от 20 до 40 лет, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ГКБ № 3 в 2004 году и получивших оперативное вмешательство лапароскопическим доступом. В плановом порядке прооперированы 23,9 % (16 пациенток), в экстренном порядке 76,1 % (51 пациентка). При поступлении был выставлен диагноз: внематочная беременность — у 31 (46,3 %), апоплексия яичника — у 4 (5,9 %), кистозные образования придатков — у 17 (25,4 %), бесплодие — у 6 (8,9 %): первичное — у 4 (6 %), вторичное — у 2 (3 %), склерокистоз яичников — у 4 (6 %), воспалительные процессы придатков — у 5 (7,5 %), миома тела матки — у 3 (4,5 %).

*Результаты и их обсуждение:* Диагностическая лапароскопия проведена в 5 случаях (7,5 %), оперативная — у 62 женщин (92,5 %). Объем опе-

раций: резекция маточной трубы — 17 (54,8 % от операций при внематочной беременности), сальпинготомия — 14 (45,2 %), экстирпация матки (при миоме матки) — 3 (100 %), при бесплодии в 100 % (6) проведены хромогидротубация, адгезиолизис, при воспалительных заболеваниях — резекция у 4 (80 %) и удаление органа — у 1 (20 %), при кистозных образованиях придатков — резекция — у 12 (73 %) и у 5 — аднексэктомия (27 %), при апоплексии — резекция — у 3 (75 %) и удаление — у 1 (25 %), при склерокистозных яичниках резекция у 3 (75 %). Органосохраняющие операции выполнены у 45 (65 %). Совпадение клинического и гистологического диагнозов составило 100 %. В послеоперационном периоде у всех женщин отмечено удовлетворительное состояние. Ходить разрешали в первые сутки после операции. Все женщины были выписаны домой на 3-5 сутки под амбулаторное наблюдение.

Таким образом, хирургическая лапароскопия является эффективным методом лечения гинекологической патологии, особенно у женщин репродуктивного возраста. Применение эндоскопических методов лечения позволяет производить реконструктивно-пластические оперативные вмешательства с минимальной травмой органов малого таза, что является перспективным в плане сохранения репродуктивного здоровья женщин.

ЕВГЕНОВА О.В., ЯРОВИКОВА Г.А., БОЙКО О.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## ПРИМЕНЕНИЕ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩЕГО ПРЕПАРАТА «ТОТЕМА» ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ

**Ж**елезодефицитная анемия — это состояние, при котором запасы железа в организме недостаточны для нормального гомеостаза. Данное состояние часто наблюдается во время беременности и лактации, когда потребности превышают физиологическое поступление железа. По данным ВОЗ, частота железодефицитной анемии у беременных достигают 80-90 %.

Железодефицитная анемия осложняет течение беременности и родов:

- присоединяется гестоз в 40-50 %;
- наступают преждевременные роды у 11-30 %;

- гипотония и слабость родовой деятельности наблюдается у 10-15 %;

- кровотечения в родах возникает у 10 % женщин.

Основным методом лечения железодефицитной анемии является назначение препаратов железа.

*Цель:* Целью данного исследования является изучение эффективности и переносимости железосодержащего препарата «Тотема».

*Задачи:*

1. Изучить темпы прироста гемоглобина и сывороточного железа на фоне регулярного, дли-

тельного приема препарата «Тотема» и его переносимость.

2. Оценить эффективность лечения по трем группам больных в зависимости от степени тяжести анемического синдрома.

*Методы исследования:*

В исследовании участвовали 85 беременных женщин с железодефицитной анемией, проходивших лечение в дневном стационаре с различными осложнениями беременности, из них:

- у 51 беременной (60 %) наблюдалась гипоксия плода;

- у 26 беременных (30 %) выявлен гестоз;

- у 8 беременных (10 %) — угроза прерывания беременности.

Все женщины имели экстрагенитальную патологию, из них:

- заболевания желудочнокишечного тракта — 65 женщин (76,5 %);

- вегето-сосудистая дистония — 14 женщин (16,5 %);

- анемия до беременности — 2 женщины (2,3 %);

- заболевания мочевыделительной системы — 4 женщины (4,7 %).

Все женщины с железодефицитной анемией были разделены на 3 группы в зависимости от исходного уровня количества гемоглобина, эритроцитов и сывороточного железа:

I группа — 45 чел., Нв 104 г/л; Эр.  $3,3 \times 10^{12}/л$ ; ср. уров. сывор. Fe 9 мкмоль/л; II группа — 28 чел., Нв 96,8 г/л; Эр.  $3,1 \times 10^{12}/л$ ; ср. уров. сывор. Fe 7,1 мкмоль/л; III группа — 12 чел., Нв 90 г/л; Эр.  $2,9 \times 10^{12}/л$ ; ср. уров. сывор. Fe 6,0 мкмоль/л.

Всем больным проводилось стандартное обследование с применением клинико-лабораторной диагностики количественной и качественной оценки эритроцитов, ретикулоцитов, определение

железа в сыворотке крови до лечения, через 1 и 3 месяца после лечения.

Доза препарата «Тотема» назначалась в зависимости от исходных показателей, учитывались и финансовые возможности беременных: I группа — 2 ампулы в день; II группа — 3 ампулы в день; III группа — 4 ампулы в день. Прием препарата сочетался с полноценным питанием.

*Результаты:* Через 1 месяц средние показатели составили: I группа — 45 чел., Нв 115 г/л; Эр.  $3,7 \times 10^{12}/л$ ; ср. уров. сывор. Fe 10 мкмоль/л; II группа — 28 чел., Нв 109 г/л; Эр.  $3,4 \times 10^{12}/л$ ; ср. уров. сывор. Fe 8,2 мкмоль/л; III группа — 12 чел., Нв 103 г/л; Эр.  $3,2 \times 10^{12}/л$ ; ср. уров. сывор. Fe 7,7 мкмоль/л.

Таким образом, через месяц прирост гемоглобина по отношению к исходному составил в I группе — 11 %, во II группе — 12,6 %, в III группе — 14,4 %.

В последующем все беременные принимали препарат «Тотема» в той же дозе.

Через 3 месяца регулярного приема препарата гемоглобин и сывороточное железо в I группе нормализовались полностью, во второй группе средний показатель гемоглобина составил 116, сывороточное железо 12,1, в III группе — 112 и 10,8, соответственно.

У 83 беременных переносимость препарата была хорошая, лишь у 2 беременных появилась умеренная тошнота, которая не повлекла отмены препарата.

*Выводы:*

- «Тотема» — эффективный железосодержащий препарат при анемии любой степени тяжести;

- темпы компенсации анемического синдрома выше при увеличении дозы препарата;

- хорошая переносимость позволяет назначать его пациентам с сопутствующей патологией.

КАРАСЬ И.Ю., РАВИНГ Л.С., РЕЦ Ю.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово*

## К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У НЕЗАМУЖНИХ ЖЕНЩИН

**В** последнем десятилетии двадцатого века все большее число молодых людей, проживающих совместно, не оформляют официально свои отношения, то есть не регистрируют брак. В это время частота внебрачных родов в России превысила 20 % (Радзиский В.Е.). В связи с этим внебрачная рождаемость представляет интерес с позиции не только социологии, но и акушерства,

так как основной задачей последней является создание оптимальных условий для осуществления женщиной функции репродукции, сохранение ее здоровья и обеспечение рождения здорового потомства.

*Целью* нашего исследования было изучения особенностей течения беременности у незамужних женщин. Всего обследовано 99 беременных



женщин. Основную группу (I группа) составили 56 беременных женщин, не состоящих в браке, в сроке 30-40 недель. Группу сравнения (II группа) составили 43 беременных женщины, состоящие в браке. Всем беременным женщинам проведено стандартное общеклиническое, акушерское, инструментальное и лабораторное обследование, принятое в условиях женской консультации. Для характеристики системы мать-плацента-плод использованы ультразвуковое исследование плода и плаценты, исследование сердечной деятельности плода.

Средний возраст беременных в сравниваемых группах был примерно одинаков и составил: в I группе –  $25,29 \pm 2,7$  года, в группе сравнения  $25,02 \pm 3,2$  года. В группах преобладали беременные в возрасте от 18 до 29 лет. По уровню образования в исследуемых группах преобладали женщины со средним специальным образованием – 35 (62,5 %) в основной группе, 31 (58,5 %) в группе сравнения. Беременные с высшим, либо неоконченным высшим образованием составили в приведенных группах соответственно: в основной группе – 15 (26,8 %), в группе сравнения – 10 (23,2 %). Данные показатели не являлись статистически значимыми. Существенные различия при сборе анамнеза выявлены в наличии вредных привычек. Среди женщин основной группы оказалось достоверно больше курящих до беременности – 21 (37,5 %), чем в группе сравнения – 5 (11,6 %,  $p < 0,05$ ). Во время беременности курящие женщины в основной группе составили – 7 (12,5 %), в группе сравнения – 2 (4,6 %), что отличалось статистически незначимо.

Обращало на себя внимание, что в основной группе повторнородящие первородящие женщины составили 35 (62,5 %), в группе сравнения – 14 (32 %,  $p < 0,05$ ), что явилось статистически значимым. Частота воспалительных заболеваний гениталий до наступления настоящей беременности составила в основной группе – 27 (48,2 на 100 женщин) и отличалась статистически недостоверно от заболеваемости в группе сравнения – 9 (20,9 на 100 женщин,  $p > 0,05$ ). Частота заболеваний, передаваемых половым путем, до беременности у женщин основной группы составила – 23 (41,1 на 100 женщин), в группе сравнения – 7 (16,2 на 100 женщин), что отличалось статистически значимо ( $p < 0,05$ ).

В основной группе в 100% случаев признаки угрозы прерывания отмечались с ранних сроков беременности, в контрольной группе у 7 (16,3 %,  $p < 0,05$ ) женщин, что являлось статистически достоверным. Частота позднего гестоза в основной группе составила – 12 (21,4 на 100 женщин), в группе сравнения показатель составил – 7 (16,3

на 100 женщин). Структура гестоза по клиническим формам у женщин основной группы представлена следующим образом: водянка беременных – 7 (58,3 %), нефропатия – 5 (41,6 %), в группе сравнения показатель составил – 4 (57,1 %,) и 3 (42,8 %), соответственно.

Анализируя осложнения беременности, связанные с системой мать-плацента-плод, по данным клинических и функциональных методов исследования выявлено, что у женщин основной группы достоверно чаще диагностирована фетоплацентарная недостаточность – 23 (41,1 %), чем в группе сравнения – 2 (4,7 %,  $p < 0,001$ ). Частота синдрома задержки развития плода в основной группе выявлена у 11 (19,6 %), что в группе сравнения не отмечалось ( $p < 0,05$ ), являясь статистически достоверным. При оценке функционального состояния плода методом кардиотокографии (КТГ) отмечены статистически значимые различия. Оценка 8-10 баллов в основной группе составила – 49 (87,5 %), в группе сравнения – 100 % ( $p = 0,007$ ), оценка 5-7 баллов в основной группе – 7 (12,5 %), в группе сравнения диагностировано не было ( $p = 0,007$ ). Оценки ниже 5 баллов при проведении КТГ зафиксировано не было.

Сравнительная оценка социально-гигиенических и медико-биологических данных к моменту наступления беременности, последующего ее течения у женщин обеих групп показала, что в основной группе имеет место большее число факторов, способных вызвать развитие патологии беременности, чем у женщин группы сравнения. Особенно настораживает большое число курящих женщин до беременности в обеих группах, но в основной группе их число достоверно больше, чем в группе сравнения. Достоверно больше в I группе было женщин, имеющих прерывания предыдущих беременностей. При сравнительной характеристике клинических особенностей течения беременности в основной группе имелся ряд отличительных признаков, как со стороны матери, так и со стороны плода. Так, в основной группе во всех случаях частота возникновения угрозы прерывания беременности отмечалась с ранних сроков. Чаще присоединялась анемия беременных, гестоз, фетоплацентарная недостаточность и хроническая внутриутробная гипоксия плода, что достоверно чаще проявлялось задержкой внутриутробного развития плода в основной группе.

Таким образом, проведенный анализ перечисленных факторов у незамужних беременных женщин, свидетельствует о неблагоприятном состоянии женщин в социально-психологическом и акушерско-гинекологическом плане, способствующим развитию патологии беременности.

ЛУКИНА Н.А., ПОНОМАРЕВА М.В., РОДИНА Ю.С.  
 МУЗ Детская клиническая больница № 5,  
 МУЗ Клинический диагностический центр,  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

## ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

**Ц**елью исследования явилось изучение материальных затрат при проведении медицинского аборта на амбулаторном и стационарном этапах, в зависимости от срока беременности и стоимости средств контрацепции на 10 циклов одного года.

*Методы исследования:* экономическая оценка эффективности применения контрацептивных средств проводилась на основе методики фармакоэкономического анализа «стоимости болезни».

На первом этапе для расчета материальных затрат на проведение прерывания беременности на амбулаторной ступени исследования использовалась формула:

$$COI = DC1 + DC2 + DC3 + IC, \text{ где:}$$

COI – показатель стоимости болезни;

DC – прямые затраты;

DC1 – стоимость оперативного вмешательства

DC2 – прием врача;

DC3 – обследование,

IC – косвенные затраты (стоимость лечения после аборта).

Общая сумма в рублях (COI), затрачиваемая пациенткой при проведении мини-аборта на амбулаторном этапе, в среднем составляет:

$$350 + 185 + 240 + 568,8 = 1343,8 \text{ руб. (без общего наркоза);}$$

$$720 + 185 + 240 + 568,8 = 1713,8 \text{ руб. (с общим наркозом).}$$

При возникновении осложнений мини-аборта, требующих стационарного лечения (например, воспалительного процесса гениталий и кровотечения), сумма, затрачиваемая пациенткой (COI), увеличивается соответственно затратам на необходимые медикаменты и обследование в условиях гинекологического отделения.

Таким образом, при возникновении осложнений медицинского аборта средние затраты (COI) для пациентки составляют:

$$1343,8 + 6541,1 = 7884,9 \text{ руб. (без общего наркоза);}$$

$$1713,8 + 6541,1 = 8254,9 \text{ руб. (с общим наркозом).}$$

На следующем этапе исследования были рассчитаны материальные затраты на прове-

дение аборта на стационарной ступени по формуле:

$$COI = DC1 + DC2 + DC3 + IC, \text{ где:}$$

COI – показатель стоимости болезни;

DC1 – стоимость оперативного вмешательства

DC2 – стоимость койко-дня;

DC3 – стоимость обследования;

IC – косвенные затраты (стоимость лечения после аборта).

Общая стоимость неосложненного медицинского аборта для пациентки при проведении его в условиях стационара составляет:

$$350 + 240 + 417 + 568,8 = 1575,8 \text{ руб. (без общего наркоза);}$$

$$720 + 240 + 417 + 568,8 = 1945,8 \text{ руб. (с общим наркозом).}$$

При наличии осложнений (кровотечения, воспалительного процесса гениталий) указанная сумма увеличивается соответственно затратам на лечение данного заболевания, составляя в среднем:

$$1575,8 + 6541,1 = 8116,9 \text{ руб. (без общего наркоза);}$$

$$1945,8 + 6541,1 = 8486,9 \text{ руб. (с общим наркозом).}$$

Нами проведен расчет затрат на приобретение контрацептивных средств (кроме ВМС) по формуле:  $C = T + P + Q$ , где C – общая стоимость контрацептива, T = 10 – время использования контрацептива в месяцах (расчет проводился на 10 циклов); P – стоимость 1 шт. (в рублях); Q – количество (шт.) на 1 цикл. Стоимость затрат на приобретение контрацептивных средств выглядит следующим образом: презервативы «Inpotex» – 3500 руб., презервативы «Sicco» – 2700 руб., презервативы «Contex» – 3000 руб., презервативы «Durex» – 6050 руб., Три-регол – 410 руб., Ригевидон – 460 руб., Новинет – 995 руб., Регулон – 800 руб., Линдинет – 2000 руб., Контрацептин-Т – 770 руб.

Таким образом, произведенные расчеты доказывают, что затраты на проведение медицинского аборта значительно превышают затраты на проведение контрацептивных мероприятий; это позволяет обосновать ассигнования на приобретение средств контрацепции для обеспечения ими подростков и женщин группы социального риска.

МУХИНА В.В., КОЧКИНА Т.В., ТЫШКЕВИЧ Н.А.  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## РОЛЬ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

**В** системе здравоохранения поликлиническое звено занимает одно из ведущих мест. Плановая, хорошо организованная работа женской консультации определяет единую концепцию и перспективную модель охраны здоровья матери и ребенка. Учитывая особое значение женских консультаций в профилактике осложнений беременности, родов, послеродового периода, охране репродуктивного здоровья женщин, в целях совершенствования и дальнейшего развития организации акушерско-гинекологической помощи, утверждено типовое положение о женской консультации, которым регламентирована деятельность в соответствии с современными требованиями.

В настоящее время в отечественном здравоохранении созданы научные и практические условия для своевременного обследования всех беременных. Особое место в алгоритме обследования для оценки состояния плода занимает УЗИ, КТГ и кардиointervalография. Эффективность проводимых в консультации мер по охране здоровья беременных и антенатальной охране плода наиболее высока, если их начинают на ранних сроках беременности. В этой связи особое внимание уделяется подготовке беременной к родам с участием врача-психолога, что обеспечивает создание особой атмосферы психологического комфорта и позволяет сократить осложнения беременности, родов и послеродового периода. Важным аспектом подготовки к предстоящим родам является пропаганда и обучение женщин грудному вскармливанию. Чтобы добиться более ощутимого результата по внедрению грудного вскармливания, в женской консультации силами специалистов перинатального центра сначала прошел обучение весь врачебно-акушерско-сестринский медперсонал, с последующим тестированием. Затем подготовлены информационные материалы для каждого участкового врача, которые включают: десять принципов успешного грудного вскармливания, анатомию молочной железы, прикладывание ребенка к груди, сравнительную характеристику грудного и коровьего молока, правила грудного вскармливания, технику кормления, преимущества грудного вскармливания для ребенка и матери.

Красочно оформлен стенд «Грудное вскармливание – символ жизни». Беременная женщина при каждом посещении врача знакомится с информационными материалами, помимо этого обязатель-

ное собеседование о роли грудного вскармливания в сохранении здоровья женщины и ребенка. Пересмотрены сроки беременности по подготовке беременных к родам и грудному вскармливанию: при раннем обращении в женскую консультацию, в 20-24, 30 недель беременности и на всех этапах наблюдения за беременной – у врача на приеме, в условиях дневного стационара, при выполнении процедур – создается стойкая доминанта у беременной на грудное вскармливание.

Стационар дневного пребывания беременных с осложненным течением беременности организован на базе женской консультации № 1 г. Кемерово в 1994 году. Необходимость поиска новых форм оказания лечебной помощи беременным продиктована не только экономией койко-дней в отделении патологии беременных родильных домов, но и отрицательной реакцией женщин на госпитализацию в круглосуточный стационар. Разработаны четкие показания для направления в дневной стационар, патогенически обоснованные принципы и оптимальные методики лечения, система оценки качества медицинской помощи. Определены эффективные варианты физиопрфилактики и терапии при угрозе прерывания беременности, фетоплацентарной недостаточности, гестозах беременных. В стационаре дневного пребывания широко используются комплексные многокомпонентные немедикаментозные факторы (занятия с психологом, аутотренинг, музыкотерапия, фиточай, электросон, иглорефлексотерапия, физиотерапевтические методы лечения).

В женской консультации с 1995 года функционирует компьютерная программа прогнозирования патологии родов и перинатальную патологию. Качественная диспансеризация беременных, проведение лечебно – профилактических мероприятий, современная госпитализация позволили снизить перинатальную смертность в 2004 году до 3,2 % (в 1999 году – 8,1 %), гестозы в родах – до 0,3 % (в 1999 году – 1,1 %), аномалии родовой деятельности до 0,3 % (в 1999 году – 1,3 %, невынашивания до 3,2 % (в 1999 году – 4,9 %), материнской смертности не было.

Таким образом, обязательное выполнение отраслевых стандартов лечебно-диагностического процесса каждым врачом женской консультации повышает качество и эффективность амбулаторной акушерско-гинекологической службы.

## СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

**С**индром поликистозных яичников (старый термин — синдром Штейна-Левенталя) — довольно часто встречающееся заболевание у молодых женщин. Синдром поликистозных яичников — это клинический симптомокомплекс, характеризующийся олиго- или аменореей, сочетающейся с эндокринными сдвигами в виде повышения уровня лютеинизирующего гормона, андростендиона и тестостерона на фоне нормального или сниженного содержания фолликулостимулирующего гормона в плазме периферической крови. Несколько менее постоянными признаками являются гирсутизм, ожирение и увеличение яичников.

*Цель исследования* — изучить эффективность хирургического лечения в сочетании с последующим приемом комбинированных оральных контрацептивов у больных с синдромом поликистозных яичников.

*Материалы и методы исследования* — в гинекологическом отделении ГКБ № 3 в 2004 году находилась на оперативном лечении 41 женщина в возрасте от 20 до 35 лет с диагнозом поликистоза яичников. Из числа госпитализированных 36 женщин поступило в плановом порядке, что составило 87,8 % (диагноз им был установлен амбулаторно). В экстренном порядке поступили 5 женщин (12, 2%) с диагнозами перекрут кисты яичника, левосторонняя трубная беременность, апоплексия правого яичника, подозрение на эктопическую беременность. У женщин, поступивших в экстренном порядке, диагноз поликистоза яичников был интраоперационной находкой. Жалобы при поступлении были на бесплодие, нерегулярные менструации, мажущие межменструальные выделения из влагалища, боли при половом акте, болезненные менструации, боли внизу живота периодического характера. Соматическую патологию имели 25 женщин (61 %): хронический пиелонефрит, нефроптоз, цистит; ВСД по гипотоническому и смешанному типу, пролапс митрального клапана III степени; хронический тонзиллит, хронический гайморит, герпес, пневмония, хронический бронхит; хронический гастрит и гастродуоденит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистит, носительство вируса гепатита С и HBs-Ag; гиперплазия щитовидной железы, аутоиммунный тиреоидит, гипофункция щитовидной железы; остеохондроз, миопатия. Соматически здоровыми были 16 пациенток (39 %).

*Результаты и их обсуждение:* При поступлении генитальный инфантилизм выявлен у 11 жен-

щин (27 %), ожирение — у 5 (12,2 %), гирсутизм и гипертрихоз — у 4 (10 %), гинекологические заболевания имелись у 23 (56,1 %): хронический аднексит, периаднексит, киста яичника, папилломатоз яичников, хронический сальпингит и перисальпингит, сактосальпинкс и гидросальпинкс, миома тела матки, полип эндометрия, спаечный процесс малого таза. Диагноз синдрома поликистозных яичников амбулаторно поставлен на основании анамнеза заболевания, объективного и влагалищного исследования. Из дополнительных методов исследования использованы УЗИ малого таза — у 13 женщин (31,7 %), метросальпингография — у 13 (31,7 %), исследование крови на гормоны — у 6 (14,6 %), измерение базальной температуры — у 6 (14,6 %), гистероскопия — у 4 (10 %), диагностическое выскабливание полости матки — у 3 (7,5 %).

Всем женщинам выполнено оперативное вмешательство в объеме резекции яичников (36 пациенток — 87,8 %), хромогидротубации (16 — 3,9 %), термокаутеризации яичников (5 — 12,2 %), гистероскопии и диагностического выскабливания полости матки (3 — 7,5 %). У женщин, оперированных в экстренном порядке, была проведена операция в объеме резекции яичников. Гистологические результаты исследования удаленных органов: склерокистоз яичников — в 20 препаратах (48,8 %), атретические фолликулы — в 11 (26,8 %), желтое тело обнаружено в 10 случаях (24,4 %). Сопутствующая патология найдена в 18 препаратах, что составляет 43,9 % (хронический сальпингит, гидатиды, киста яичника, папиллома яичника, лейомиома с вторичными изменениями). Совпадение клинического и гистологического диагнозов наблюдалась в 100 % случаев. При выписке всем женщинам было рекомендовано контролировать базальную температуру, принимать комбинированные оральные контрацептивы в течении двух-трех месяцев. Эффект от оперативного лечения с последующим приемом комбинированных оральных контрацептивов антагонистического действия достаточно высок: менструации установились у всех женщин (100 %), беременность наступила у 5 (12,2 %).

Таким образом, сочетание хирургического лечения с приемом комбинированных оральных контрацептивов в послеоперационном периоде позволяет восстановить не только менструальную, но и репродуктивную функцию у женщин с синдромом поликистозных яичников.



РЕЦ Ю.В.

Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**К**ардиоинтервалография (КИГ) плода является оправданным и перспективным методом, поскольку позволяет судить о степени компенсаторно-приспособительных реакций внутриутробного организма, а следовательно, появляются возможности определения диагностического и лечебно-коррекционного направления в акушерстве и перинатологии.

*Целью исследования* явилось изучение параметров регуляции кардиоритма плода при физиологической беременности.

*Материалы и методы исследования.* Под наблюдением находился 51 плод в сроке гестации 28-41 неделя с физиологическим течением беременности.

Регуляция кардиоритма исследована на основании анализа variability сердечного ритма методом кардиоинтервалографии (КИГ). КИГ плода исследована по методике Г.А. Ушаковой, Ю.В. Рец, Н.И. Цирельникова (приоритет № 023001 комитета РФ по патентам и товарным знакам от 14.07.2003, г. Москва). При исследовании определялись основные спектральные и математические показатели КИГ, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов (Баевский Р.М., 1979; А.Н. Флейшман, 1994). Оценивалось значение спектральной плотности мощности (СПМ) трех компонентов спектра: метаболо-гуморального (Very Low Frequency – VLF), барорецептивного (Low Frequency – LF), вагоинсулярного (High Frequency – HF), (И.С. Сидорова, 2001). Активность колебаний в каждом из трех диапазонов выражали в условных единицах спектральной плотности мощности (СПМ – сек<sup>2</sup>/Гц × 100). С целью определения баланса регуляции вегетативной нервной системы использовались индексы равновесия Р.М. Баевского (1989), индекс напряжения регуляторных систем (ИН), вегетативный показатель ритма (ВПР), показатель активности процессов регуляции (ПАПР), индекс вегетативного равновесия (ИВР), а так же статистические показатели: мода (Мо, с); амплитуда моды (АМо, %); диапазон вариации (ДВ, с). Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

*Результаты исследования.* При регистрации исходного профиля сердечного ритма у плода при физиологической беременности в 90,2 % отмечалось доминирование VLF пика, отражающе-го преобладание метаболо-гуморального контура

регуляции. Доминирование LF (сосудистого контура) отмечалось в 9,8 % и свидетельствовало о компенсаторном напряжении сердечно-сосудистой системы плода, что являлось прогностически более неблагоприятным. Доминирования пика HF (автономного контура) выявлено не было.

Спектральные показатели КИГ плода 82,4 % составили: VLF –  $25,2 \pm 4,7$  у.е., LF –  $1,5 \pm 0,83$  у.е., HF –  $0,73 \pm 0,44$  у.е., что свидетельствовало о достаточном энергетическом обеспечении внутриутробного организма. В 11,7 % СПМ волн кардиоритма плода составила  $52,33 \pm 5,39$  у.е. (гиперадаптивное состояние), что указывало на напряжение компенсаторных механизмов, и могло привести впоследствии к срыву адаптационных резервов организма. В 5,9 % имело место снижение СПМ волн кардиоритма, что составило  $3,66 \pm 2,08$  у.е. (гипоадаптивное состояние) и свидетельствовало об истощении энергетических резервов внутриутробного организма.

Характеризуя влияние стресс-нагрузок, проводимых у матери, на состояние сердечного ритма плода, обращало внимание особенность гипервентиляционной нагрузки. Умственная стресс-нагрузка у матери не оказывала влияния на состояние регуляции кардиоритма плода.

В 64,7 % показатели КИГ плода оставались стабильными, что свидетельствовало об оптимальном уровне защитно-приспособительных механизмов, направленных на мобилизацию метаболических процессов остро возникшей стресс-реакции. В 35,3 % имело место умеренное повышение активности симпато-адреналовой системы плода в ответ на гипероксию у матери. В период восстановления у плода в 78,4 % выявлены удовлетворительные адаптационные возможности. У 21,6 % отмечалось снижение адаптационно-приспособительных механизмов.

Баланс регуляции сердечного ритма плода, на основании математических показателей КИГ плода, которые в 76,5 % составили: Мо –  $0,42 \pm 0,01$  с, АМо – 40,2 %, ДВ –  $0,14 \pm 0,01$  с, ИН –  $262,17 \pm 35,23$  у.е., что свидетельствовало о сбалансированном влиянии гуморальных и сердечно-сосудистых регуляторных влияний на сердечный ритм плода, достаточном уровне защитно-приспособительных возможностей и антистрессовой устойчивости. В 13,7 % регистрировалось повышение активности центрального контура регуляции, в 9,8 % – снижение активности симпатической регуляции внутриутробного организма.

*Выводы.* При физиологической беременности взаимоотношения между метаболическими процессами и нейровегетативной регуляцией плода, изученные на основании показателей КИГ, были синхронны. Баланс управления сердечным ритмом находился преимущественно под влиянием симпато-адреналовой системы. Реализация функций защитно-приспособительных реакций осуществлялась при сбалансированном

напряжении вегетативной нервной системы плода, которая имела высокий потенциал, и, следовательно, достаточный уровень компенсаторных возможностей организма. Выявленные особенности регуляции кардиоритма плода позволят улучшить исходы беременности и родов, прежде всего для плода и новорожденного, как главной цели биологической системы «беременная женщина».

РЕЦ Ю.В., КУБАСОВА Л.А., ПОРОДНОВА О.Ю., КАРАСЬ И.Ю.  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 г. Кемерово

## РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В последние годы в акушерстве особое внимание уделяется регуляторным процессам кардиоритма беременной женщины, состояние которых возможно определить на основе метода кардиоинтервалографии.

*Целью исследования* явилось изучение особенностей метаболизма, нейровегетативной регуляции кардиоритма матери при физиологической беременности.

*Материалы и методы исследования.* Под наблюдением находилась 51 женщина со сроком гестации 28-41 неделя, беременность которых протекала без клинических осложнений. Всем беременным проведено стандартное клиническое обследование, а так же доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод (на аппарате «Aloka-SD 1200»), ультразвуковая фетометрия и плацентометрия (на аппарате «Aloka – SD 500»), кардиотокография плода (на аппарате «Fetalgard – Lite»).

Регуляция кардиоритма исследована на основании анализа variability сердечного ритма методом кардиоинтервалографии (КИГ). КИГ матери исследована с использованием биоритмологической компьютерной программы «Pulsar» (Цирельников Н.И., 2002), по методике А.Н. Флейшмана (1994), при помощи которой производилась запись 256 кардиоинтервалов. При исследовании определялись основные спектральные и математические показатели КИГ, оценивалась эффективность регуляторных влияний, отражающих напряженность адаптационных механизмов (Баевский Р.М., 1979; А.Н. Флейшман, 1994). Оценивалось значение спектральной плотности мощности (СПМ) трех компонентов спектра: метаболо-гуморального (Very Low Frequency – VLF), барорецептивного (Low Frequency – LF), вагосинуслярного (High Frequency – HF).

Активность колебаний в каждом из трех диапазонов выражали в условных единицах спектральной плотности мощности (СПМ –  $\text{сек}^2/\text{Гц} \times 100$ ). С целью определения баланса регуляции вегетативной нервной системы использовались индексы равновесия Р.М. Баевского (1989), индекс напряжения регуляторных систем (ИН), вегетативный показатель ритма (ВПР), показатель активности процессов регуляции (ПАПР), индекс вегетативного равновесия (ИВР), а так же статистические показатели: мода ( $M_o$ , с); амплитуда моды (АМ $_o$ , %); диапазон вариации (ДВ, с). Интегрированная оценка процессов адаптации оценивалась на основании классификации показателей спектрограммы кардиоритма матери в зависимости от уровня регуляторно-метаболических процессов, как нормоадаптивная, гиперадаптивная, гипоадаптивная, или как феномен «энергетической складки» (А.Н. Флейшман, 1994). Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

*Результаты исследования.* При регистрации исходного профиля сердечного ритма у 82,3 % женщин с физиологически протекающей беременностью спектральная плотность мощности волн кардиоритма (СПМ) находилась в пределах условной нормы (нормоадаптивное состояние), составляя: симпатический компонент (VLF) 26-130  $\text{мс}^2/\text{Гц}$ , барорецептивный (LF) и парасимпатический (HF) по 10-30% от СПМ VLF. Исходно высокие величины спектра отмечались у 9,8 %, депрессия спектра встречалась у 7,8 % беременных.

При проведении нагрузочных проб преобладали нормоадаптивные реакции в 84,3 % случаев. Повышение общей мощности спектра на нагрузки или депрессия всех компонентов спектра состави-



ла — 7,8 % и 7,8 %, соответственно. В период восстановления у 90,1 % беременных выявлены удовлетворительные адаптационные возможности, что сопровождалось последующим благоприятным течением беременности. У 9,8 % отмечалось снижение адаптационных резервов организма.

При оценке баланса регуляции вегетативной нервной системы получены следующие результаты:  $M_0$  —  $0,67 \pm 0,01$  с,  $AM_0$  — 19,3 %, ДВ —  $0,22 \pm 0,01$  с, ИН —  $83,21 \pm 7,66$  у.е. Данные показатели свидетельствовали о функциональном равновесии между центральным и автономным контурами регуляции, достаточном уровне компенсаторных механизмов.

**Выводы.** Установлено, что эффективность гестационного процесса определялась, в первую очередь, состоянием механизмов регуляции. Бе-

ременность протекала благоприятно, если у матери показатели регуляции кардиоритма, по кардиоинтервалографии, были синхронны. При физиологической беременности в балансе регуляции отмечалось равновесие регуляторных систем. Энергетическое обеспечение находилось на среднем уровне, обеспечивая оптимальные возможности компенсаторных реакций в системе мать-плод.

Выявленные закономерности между показателями регуляции кардиоритма матери дают возможность прогнозировать и проводить своевременную коррекцию регуляторных отклонений, что позволит улучшить исходы беременности и родов, прежде всего для плода и новорожденного, как главной цели биологической системы «беременная женщина».

РЕЦ Ю.В., ПОРОДНОВА О.Ю., КУБАСОВА Л.А., КАРАСЬ И.Ю.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
 г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ ПРИ ГЕСТОЗЕ

**У**ниверсальной реакцией организма матери на любые изменения внешней и внутренней среды является перестройка сердечно-сосудистой системы. Сердечный ритм при этом является наиболее доступным источником информации о состоянии адаптационных механизмов организма. Метод кардиоинтервалографии (КИГ) представляется более оправданным и перспективным, т.к. позволяет определить межсистемные взаимоотношения в единой функциональной системе мать-плод.

*Целью исследования* явилось изучение регуляции кардиоритма матери при гестозе различной степени тяжести.

*Материалы и методы исследования.* Под наблюдением находилась 131 беременная женщина в сроке 34-41 неделя. Основную группу составили 51 беременная женщина с гестозом различной степени тяжести. Группу сравнения составили 49 женщин, беременность которых протекала без клинических осложнений.

Регуляция кардиоритма исследована на основании анализа variability сердечного ритма методом кардиоинтервалографии (КИГ). КИГ матери проводилась по методике А.Н. Флейшмана (1994). Оценивалось значение спектральной плотности мощности (СПМ) трех компонентов спектра: метаболо-гуморального (VLF), барорецептивного (LF), вагоинсулярного (HF),

(А.Н. Флейшман, 1994). С целью определения баланса регуляции вегетативной нервной системы использовались индексы равновесия Р.М. Баевского (1989): индекс напряжения регуляторных систем (ИН), вегетативный показатель ритма (ВПР), показатель активности процессов регуляции (ПАПР), индекс вегетативного равновесия (ИВР), а так же статистические показатели: мода ( $M_0$ , с); амплитуда моды ( $AM_0$ , %); диапазон вариации (ДВ, с). Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

*Результаты исследования.* При исследовании КИГ матери при физиологической беременности нами было показано, что параметры регуляции кардиоритма взаимосвязаны и взаимозависимы.

При гестозе легкой степени тяжести, по КИГ, у матери в 39,2 % в исходном состоянии и в 67,0 % — в нагрузочный период на спектрограмме имело место относительное повышение активности барорецептивного (HF)-компонента спектра, что объяснялось трофотропной направленностью адаптивных процессов материнского организма, обеспечивающих поддержание оптимального уровня компенсаторно-приспособительных реакций фетоплацентарной системы. У 64,2 % показатели КИГ были в пределах условной нормы, что свидетельствовало о сбалансированной работе

регуляторных механизмов системы гемодинамики (73,4 %,  $p = 0,399$ ).

При гестозе средней степени тяжести, по КИГ, у матери в 52,1 % при записи исходного профиля регистрировалось гиперадаптивное состояние за счет симпатического и барорецептивного компонентов, что свидетельствовало о функциональном напряжении всех регуляторных систем организма (14,2 %,  $p < 0,001$ ). Определялось нарастание напряжения регуляторных систем с постепенным перенапряжением центрального контура регуляции, истощением энергетических резервов и срывом компенсаторно-приспособительных механизмов. У 30,4 % было выявлено гипoadaptивное состояние, что свидетельствовало об истощении адаптационных возможностей организма (12,2 %,  $p < 0,001$ ). Только у 17,3 % женщин спектральная плотность мощности колебаний кардиоритма была в пределах условной нормы, что достоверно отличалось от показателей группы сравнения (73,4 %,  $p < 0,001$ ).

При тяжелом гестозе во всех случаях было выявлено гипoadaptивное состояние, что свидетельствовало о недостаточности энергетического обеспечения гестационных процессов и истощении адаптационных возможностей организма. Причем, при проведении нагрузочных проб, по КИГ, регистрировался симптом «энергетической складки», проявление которого рассматривалось

как один из наиболее неблагоприятных прогностических признаков.

*Обсуждение.* Эффективность гестационного процесса определялась, в первую очередь, состоянием механизмов регуляции. Беременность протекала благоприятно, если у матери регуляторные показатели, по КИГ, были синхронны. Развитие гестоза характеризовалось комплексным нарушением адаптационно-гомеостатических реакций в системе мать - плод, характер и степень выраженности которых зависели от тяжести процесса. Десинхронизация регуляторных показателей объяснялась повышением активности центрального компонента регуляции у матери, что являлось способом реагирования ее регуляторных систем, было направлено на увеличение компенсаторно-приспособительных процессов организма. При прогрессирующем асинхронном реагировании отмечалось постепенное истощение адаптационных возможностей, которые были не в состоянии адекватно прореагировать на потребности развивающегося плода.

Выявленные особенности регуляции кардиоритма матери дают возможность прогнозировать и проводить своевременную коррекцию регуляторных отклонений в системе мать – плод, что позволит улучшить исходы родов прежде всего для плода и новорожденного, как главной цели биологической системы беременной женщины.

РЕЦ Ю.В., ПОРОДНОВА О.Ю., КУБАСОВА Л.А.,  
КАЛИШ О.А., ШРАЙБЕР А.А., КАРАСЬ И.Ю.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
ГУЗ Отделенческая больница на станции Кемерово ФГУП МПС РФ,  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА ПЛОДА ПРИ ГЕСТОЗЕ

**В** настоящее время в акушерстве метод кардиоинтервалографии (КИГ) представляется более оправданным и перспективным, поскольку является неинвазивным, отличается высокой информативностью, позволяет определить межсистемные взаимоотношения в единой функциональной системе мать-плод. При гестозе роль нарушений процессов регуляции кардиоритма в системе плацента-плод несомненна. В данный процесс активно вовлекаются различные регуляторно-метаболические механизмы.

Развитие хронической гипоксии плода способствует перестройке деятельности сердечно-сосудистой системы и централизации его кровообращения.

*Целью исследования* явилось изучение регуляции кардиоритма плода при гестозе различной степени тяжести.

*Материалы и методы исследования.* Под наблюдением находилась 131 плод в сроке гестации 34-41 неделя. Основную группу составили 51 беременная женщина и их плоды с гестозом различной степени тяжести. Группу сравнения составили 49 женщин и их плоды, беременность которых протекала без клинических осложнений.

Регуляция кардиоритма исследована на основании анализа variability сердечного ритма методом кардиоинтервалографии (КИГ). КИГ плода исследована по методике Г.А. Ушаковой, Ю.В. Рец, Н.И. Цирельникова (приоритет № 023001 комитета РФ по патентам и товарным



знакам от 14.07.2003, г. Москва). Оценивалось значение спектральной плотности мощности (СПМ) трех компонентов спектра: метаболо-гуморального (VLF), барорецептивного (LF), вагоинсулярного (HF), (А.Н. Флейшман, 1994; И.С. Сидорова, 2001).

С целью определения баланса регуляции вегетативной нервной системы использовались индексы равновесия Р.М. Баевского (1989): индекс напряжения регуляторных систем (ИН), вегетативный показатель ритма (ВПР), показатель активности процессов регуляции (ПАПР), индекс вегетативного равновесия (ИВР), а также статистические показатели: мода ( $M_o$ , с); амплитуда моды ( $AM_o$ , %); диапазон вариации (ДВ, с). Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

*Результаты исследования.* При физиологической беременности нами было показано, что у плода, по КИГ, в 79,5 % показатели регуляции кардиоритма взаимосвязаны и взаимозависимы.

При гестозе легкой степени тяжести, по КИГ, у плода в 64,2 % отмечалось доминирование центрального компонента спектра, что свидетельствовало о высоком уровне метаболических процессов, достаточном энергетическом обеспечении внутриутробного организма (79,5 %,  $p = 0,144$ ). В 21,4 % имело место гипердаптивное состояние (14,2 %,  $p = 0,421$ ), в 14,2 %, на фоне сниженного VLF-компонента спектра, отмечалось доминирование LF-пика, что свидетельствовало о компенсаторном напряжении сердечно-сосудистой системы плода, его низких энергетических ресурсах и характеризовалось как гиподаптивное состояние (6,1 %,  $p = 0,231$ ).

При гестозе средней степени тяжести, по КИГ, у плода в 39,1 % определялось гипердаптивное

(14,2 %,  $p = 0,02$ ) и в 60,8 % – гиподаптивное состояние (6,1 %,  $p < 0,001$ ). На этом фоне отмечалась высокая активность барорецептивного контура спектра, который характеризовал собственный сосудистый компонент регуляции и одновременно имел корреляционные взаимоотношения с барорецептивным компонентом спектра у матери. Данные особенности объяснялись нарастающим дефицитом энергетического обеспечения всех функциональных систем плода и возможным предстоящим срывом процессов адаптации и компенсации.

При тяжелой форме гестоза, по КИГ, у плода основным типом регуляции кардиоритма было гиподаптивное состояние, которое встречалось во всех случаях. На фоне снижения центрального (VLF) компонента спектра определялась низкая активность сосудистого (LF)-контура и вагоинсулярного (HF)-контура. Данные особенности объяснялись дефицитом энергетического обеспечения всех функциональных систем плода и срывом регуляторных механизмов кардиоритма.

*Обсуждение.* Степень тяжести гестоза находилась в прямой связи с уровнем защитно-приспособительных возможностей плода. Функционирование сердечного ритма плода при легкой степени гестоза осуществлялось при сбалансированной работе гуморальных и сосудистых регуляторных влияний за счет умеренной активацией симпатoadrenalовой системы. При усугублении тяжести гестоза состояние ВНС плода характеризовалось сначала выраженной активацией симпатoadrenalовой системы, напряжением компенсаторных механизмов организма при средней степени тяжести, впоследствии приводило к перенапряжению механизмов регуляции и срыву адаптационных процессов, что клинически при тяжелой форме проявлялось ЗВУР плода.

РЕЦ Ю.В., ПОРОДНОВА О.Ю., КУБАСОВА Л.А., КАЛИШ О.А., ШРАЙБЕР А.А., КАРАСЬ И.Ю.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
ГУЗ Отделенческая больница на станции Кемерово ФГУП МПС РФ,  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово*

## ПЛАЦЕНТА В РЕГУЛЯЦИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ ПРИ ГЕСТОЗЕ

**Б**еременность характеризуется образованием новых структур, функция которых направлена на выполнение основной репродуктивной задачи – вынашивание и рождение ребенка. Система мать-плацента-плод функционирует по принципу саморегулирования. Отклонения,

происходящие в любом элементе этой системы, неизбежно приводят к развитию ответной реакции во всех взаимодействующих ее компонентах (Н.И. Цирельников, 1997).

*Целью работы* явилось изучение вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода, взаимо-

отношений между ними в зависимости от компенсаторно-приспособительных реакций плаценты, при гестозе различной степени тяжести.

*Материалы и методы.* Под наблюдением находилось 102 женщины со сроком гестации 34-40 недель, из них у 51 беременность протекала без клинических осложнений и у 51 — осложнилась гестозом различной степени тяжести.

Изучение вегетативной регуляции кардиоритма матери и плода проводилось методом кардиоинтервалографии (КИГ). КИГ матери исследована по методике А.Н. Флейшмана (1994). КИГ плода проводилась в состоянии бодрствования по методике Г.А. Ушаковой, Ю.В. Рец, Н.И. Цирельникова (приоритет.№ 023001 комитета РФ по патентам и товарным знакам от 14.07.2003, г. Москва). При исследовании оценивалось значение спектральных компонентов: метаболо-гуморального (VLF, у.е), барорецептивного (LF, у.е.), вагоинсулярного (HF, у.е). С целью определения баланса регуляции вегетативной нервной системы использовались индексы равновесия Р.М. Баевского (1989), а также такие статистические показатели, как: мода (Мо), амплитуда моды (АМо), диапазон вариации (ДВ).

Морфологическое исследование плацент проводилось по стандартной методике. Морфоструктура плацент характеризовалась степенью компенсаторно-приспособительных реакций (КПР). В 37,3 % морфологическая структура характеризовалась, как зрелая ткань плаценты III триместра беременности. КПР имелись в 62,7 %, выраженные в той или иной степени. В структуре КПР средне-высокий уровень компенсаторных реакций отмечен в 39,1 %, средний — в 51,5 %, средне-низкий — 9,4 %. На фоне КПР в 42,2 % наблюдались гемодинамические, в 25,1 % — дистрофические, в 12,5 % — воспалительные изменения. Основные статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

*Результаты исследования.* При физиологических инволюционных процессах в плаценте показатели регуляции кардиоритма матери и плода в 82,3 %, по КИГ, соответствовали условной норме, баланс вегетативной регуляции находился в состоянии функционального равновесия, в 90,2 % имел место высокий уровень адаптационных возможностей.

В группе со средне-высоким уровнем КПР в плаценте, по КИГ матери, имело место функци-

ональное равновесие регуляторных влияний, с умеренной активацией парасимпатического звена регуляции. На этом фоне показатели КИГ плода свидетельствовали об умеренном напряжении центрального компонента регуляции и достаточном уровне антистрессовой устойчивости. В этой группе у 52 % женщин беременность протекала без осложнений, у 48 % имел место гестоз легкой степени тяжести.

В группе со средним уровнем КПР в плаценте, по КИГ у матери отмечалась высокая активность центрального контура регуляции, резерв адаптационных возможностей был снижен. По данным КИГ плода, имело место активация симпатoadrenalовой системы и умеренное напряжение адаптационных процессов. На этом фоне в 51,5 % диагностирован гестоз средней степени тяжести, в 48,5 % — гестоз легкой степени тяжести, который впоследствии утяжелился.

В группе со средне-низким уровнем КПР в плаценте, при записи КИГ у матери в 100 % наблюдалась выраженная депрессия VLF-компонента спектра на фоне активности LF- и HF-компонентов. Показатели КИГ плода свидетельствовали о снижении симпатoadrenalовых влияний и истощении адаптационных резервов. Клиническим проявлением данных особенностей регуляции кардиоритма матери и плода во всех случаях был гестоз средней и тяжелой степени тяжести с нестабильным течением, что сопровождалось фетоплацентарной недостаточностью и синдромом задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП).

*Обсуждение.* Выявленные особенности регуляции кардиоритма матери и плода в зависимости от компенсаторно-приспособительных реакций плаценты позволяют по-новому оценить роль плаценты в обеспечении физиологического течения беременности и в возникновении осложнений. Интимная связь системы кровообращения матери и плода в области плацентарной площадки и плаценты, через медленные колебания гемодинамики передает информацию о состоянии вегетативной регуляции кардиоритма от плода к матери и наоборот. Это позволяет постоянно перенастраивать обе системы, прежде всего в соответствии с запросами плода. При снижении компенсаторных реакций взаимосвязь нарушается или вовсе прекращается, что клинически проявляется осложнениями, как для матери, так и для плода.



БАКАНОВА Т.А., СУТУЛИНА И.М., ДЕМЕНЕВА Т.А.  
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**Г**ерпетическая инфекция является одной из самых опасных внутриутробных инфекций, приводящей к летальному исходу или глубокой инвалидизации ребенка. Частота неонатального герпеса, по данным различных авторов, составляет от 1 : 2500 до 1 : 60000 живорожденных.

В 2001-2004 гг. в неонатологических отделениях ДГКБ № 5 находились 27 новорожденных детей с тяжелой внутриутробной герпетической инфекцией. Герпетическая этиология заболевания была подтверждена выявлением генома герпес-вируса (ПЦР), обнаружением специфических иммуноглобулинов (ИФА) или при цитологическом исследовании материалов, полученных при аутопсии умерших детей.

Обращало на себя внимание отсутствие характерного «герпетического» анамнеза у матерей. Так, лишь в 6 случаях (22 %) отмечались типичные герпетические проявления у женщин во время беременности (2 случая — лабиальные, 3 случая — генитальные, 1 случай — опоясывающие). Малоинформативными были исследования титров специфических антител у матери во время беременности, так как данное исследование было проведено лишь у 1/3 женщин, однократно, без динамического контроля. Подавляющее большинство женщин были первобеременными, как правило, не обследованные на внутриутробные инфекции.

Наиболее тяжелыми формами неонатального герпеса являются генерализованный герпес и герпетический энцефалит, среди наблюдавшихся детей эти формы имелись в 5 и 17 случаях, соответственно. Изолированная кожно-слизистая форма отмечена лишь у 5 детей.

В большинстве случаев при поражении головного мозга первым признаком было появление судорог фокального или полиморфного характера, отличающихся резистентностью к противосудорожной терапии. Время появления судорог было различным — от первых минут жизни до 5-6 недель после рождения. В клинической картине преобладали неспецифические симптомы интоксикации: субфебрильная температура у 1/4 детей, синдром угнетения ЦНС, вялое сосание и недостаточные прибавки массы тела.

При УЗИ характерными были стойкая отечность структур головного мозга, быстрое наступление деструкции вещества мозга при отсутствии специфического лечения. Исследование ликвора выявляло умеренный плеоцитоз, преимуществен-

но за счет лимфоцитов, «старые» эритроциты, высокий уровень белка, что является отражением геморрагического некротизирующего поражения мозгового вещества.

Исследование ПЦР ликвора и/или крови было проведено у 18 детей, вирус простого герпеса II типа установлен у 10 детей. При проведении ИФА (21 ребенок) противогерпетические антитела класса М были выявлены лишь в 2 случаях, в остальных — определялись антитела класса G, различного уровня, чаще 1 : 200 — 1 : 400, что не позволяло оценить их происхождение и диагностическую значимость.

Таким образом, возможность доказательного диагноза герпетической инфекции у новорожденного в ранние сроки, основанная на лабораторных данных, практически отсутствовала. В результате, врач-неонатолог решал вопрос о лечебной тактике, в первую очередь, основываясь на клинико-анамнестических данных, динамической УЗИ-картине головного мозга и результатах исследования ликвора.

С 2001 года в неонатологической практике начал использоваться Протокол Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, предусматривающий раннюю специфическую противогерпетическую терапию в виде внутривенного введения ацикловира (зовиракса), до полного купирования активного инфекционного процесса (курсом не менее 14 дней). В качестве вспомогательной терапии использовались виферон и внутривенный иммуноглобулин, в т.ч. пентоглобин. Поддержание жизненно важных функций организма ребенка проводилось в соответствии с общими принципами интенсивной терапии, обращалось внимание на адекватность противосудорожной терапии, по возможности поддерживалось грудное вскармливание.

В сравнении с предшествующими годами (1998-2000 гг.), имело место снижение летальности с 50 % до 11 % (3 из 27 детей). Среди выживших детей, перенесших герпетический энцефалит, уровень инвалидизации снизился со 100 % до 56 %. Неблагоприятные исходы имели место, в основном, при внутриутробном поражении плода и наличии клиники энцефалита при рождении, а также при позднем начале этиологической терапии.

Таким образом, актуальной задачей перинатологии остается выявление беременных высокого риска по герпетической инфекции, адекватное

ведение данной группы во время беременности и родов, создание в г. Кемерово условий для раннего и полноценного обследования новорожденных детей с подозрением на герпетическую инфекцию, своевременной специфической профилак-

тики и лечения. Высокая социальная значимость неблагоприятных последствий внутриутробной герпетической инфекции диктует необходимость адекватного финансового обеспечения решения данной проблемы.

БУКША С.И.

*МУЗ Специализированный дом ребенка № 1,  
г. Кемерово*

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА

**П**ериод раннего детства является особенно важным в развитии ребенка. Особое значение для формирования здоровья ребенка, оставшегося без попечения родителей, имеет воспитание в условиях закрытого детского учреждения – в доме ребенка.

Стокоечный специализированный дом ребенка № 1 для детей с поражением ЦНС и нарушением психики с рождения до 4-х лет имеет стабильное выполнение плановых показателей работы. В 2004 году план койко-дней выполнен на 103,3 %, остается высокой функция койки – 327,3, число поступивших детей постоянно увеличивается: 2003 г. – 90 детей; 2004 г. – 127 детей; в структуре воспитанников сохраняется высокий удельный вес детей-инвалидов (0,31).

В соответствии с семейным кодексом Российской Федерации, «усыновление и удочерение является приоритетной формой устройства детей, оставшихся без попечения родителей». Активно работая в этом направлении, из дома ребенка было взято родителями в семью 27 детей (2003 г. – 23 ребенка), взято для усыновления 59 детей (2003 г. – 49 детей), взято под опеку 11 детей (2003 г. – 4 ребенка).

Несмотря на то, что у большинства поступающих детей II-III группы здоровья, имеется инвалидность у 31 % детей, в доме ребенка отмечается снижение общей заболеваемости детей на 17 %, по сравнению с 2003 г., за счет снижения в 4,3 раза врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений. Кроме этого, уменьшилось в 0,9 раз количество детей с расстройствами питания и нарушениями обмена веществ.

Однако каждый 5-й ребенок страдает патологией нервной системы. Сохраняется высокая доля ОРВИ в структуре общей заболеваемости (0,20), что обусловлено постоянным поступлением детей первого года жизни (2004 – 93 ребенка из 127 поступивших), имеющих низкую иммунокомпетентность. Для решения последней проблемы было проведено разукрупнение групп воспитанников, усилены санитарно-противоэпидемические меро-

приятия, проводились меры по повышению иммунитета детей, сотрудников дома ребенка.

Совершенствование оказания реабилитационной помощи детям раннего возраста способствует восстановлению здоровья, повышению социальной адаптации ребенка, позволяет уменьшить число детей, передаваемых в учреждения социальной защиты, дает возможность решить вопрос об обретении ребенком семьи, что является главной целью всей деятельности дома ребенка.

Начальным этапом успешной реабилитационной работы у детей является ранняя диагностика врожденной и приобретенной патологии, которая проводится специалистами дома ребенка совместно со специалистами лечебно-профилактических учреждений города.

В комплексной реабилитации детей применяются методы восстановительной терапии, современные технологии педагогической коррекции и социализации детей. В реабилитационном процессе участвуют врачи разных специальностей, психолог, инструктор ЛФК, массажист, логопед-дефектолог, педагог-воспитатель, медицинские сестры.

Укомплектованность врачебными кадрами составляет 93,3 %, средними медицинскими работниками 72,5 %, педагогическим персоналом 90 %.

В учреждении имеется материально-техническая база для отпуска физиотерапевтических процедур, проведения гидрокинезотерапии, ЛФК, педагогических занятий.

10 детей дома ребенка были оздоровлены в санаториях города (2003 г. – 10 детей). Стоимость одного пролеченного ребенка повысилась с 70570 руб. в 2003 г. до 72871,3 руб. в 2004 г.

Администрация учреждения продолжает работу по привлечению внебюджетных средств. Так, их поступление в 2004 г. составило 1221,8 тыс. руб. (2003 г. – 499,35 тыс. руб.), благодаря чему было приобретено дополнительное оборудование и пособия для реабилитации детей. Приобретена установка фирмы «Центер» для очистки холодной воды.



В результате целенаправленной работы по совершенствованию оказания реабилитационной помощи в доме ребенку, количество усыновленных и возвращенных в семью составило 70,6 % от выбывших детей, что дает право на хорошую оценку проводимого комплексного реабилитационно-

восстановительного лечения. И в дальнейшем коллектив дома ребенка сохранит приоритетным направлением своей деятельности комплексный подход к решению вопросов охраны здоровья, воспитания, реабилитации, социальной адаптации и раннего определения судьбы детей.

ГАСАНБЕКОВА Э.Г.

*МУЗ Городская клиническая больница № 2,  
г. Кемерово*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

**В**ажность развития психологической помощи в целом, и внедрения в практику относительно недавно сформировавшегося ее направления медико-психологического, обусловлена нарастающими негативными процессами в состоянии здоровья и, в первую очередь, психического, возрастанием в последние годы удельного веса психических отклонений и пограничных состояний в структуре заболеваемости детско-подросткового контингента.

Регистрируется постоянный рост так называемых «рисковых форм» поведения среди детей и подростков, включая применение психоактивных веществ — алкоголя, табака, наркотиков, токсикоманических веществ, а также безнадзорность, бродяжничество, проституцию малолетних и многое другое.

Хочу отметить из своей практики, учитывая возрастающий процент обращающихся за помощью родителей с «трудными» детьми, можно предположить, что в последнее время все большую актуальность приобретает синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Анализ литературы выявил широкую вариабельность данных по распространенности СДВГ. Так, например, в США таких детей 4-20 %, Великобритании 1-3 %, Италии 3-10 %, России — 4-18 %.

Гиперактивность — это не поведенческая проблема, не результат плохого воспитания, а медицинский и нейропсихологический диагноз, который может быть поставлен только по результатам специальной диагностики. Гиперактивный ребенок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми самостоятельно не сможет. Дисциплинарные меры воздействия в виде постоянных наказаний, замечаний, окриков, нотаций не приведут к улучшению поведения ребенка. А, скорее, из-за непонимания со стороны окружающих (родителей, педагогов) гиперактивный ребенок может оказаться среди «детей улиц».

Известно, что у гиперактивных детей рано развивается тяга к алкоголю и наркотическим ве-

ществам. В связи с этим, данная патология представляет серьезную социальную проблему. В связи с повышенным интересом к данной проблеме, в детской поликлинике МУЗ ГКБ № 2 города Кемерово была взята группа детей для углубленного обследования и выявления первичных причин СДВГ, с дальнейшей разработкой индивидуальной коррекционно-развивающей программы.

За период с IX-XII 2004 г. была оказана помощь 15 гиперактивным детям. Возраст 5-13 лет. Из них 4 ребенка дошкольного возраста, 11 детей — школьники. Среди них 12 детей из благополучных семей.

Работа с детьми была построена на 3-х этапах:

I этап — диагностика.

II этап — разработка индивидуальной коррекционно-развивающей программы по результатам диагностики; практические рекомендации родителям гиперактивных детей.

III этап — коррекция, развитие и формирование высших психических процессов.

Сделан вывод, что есть дети, которые действительно испытывают сложности в организации самостоятельной деятельности, требуют чрезмерного внимания, большинству из них свойственна слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, для них характерно деструктивное, оппозиционно-вызывающее поведение. Наибольший положительный эффект достигается при сочетании различных методик психологической работы (как с самим ребенком, так и с родителями) с медикаментозной терапией.

По итогам проведенной работы значительные улучшения в поведении были отмечены у 2-х детей дошкольного возраста и у 7 школьников. Также работа способствовала повышению успеваемости у школьников, что отмечено со слов родителей и педагогов.

Из катамнеза амбулаторных карт детей, находящихся под наблюдением, выявляется основная патология ПЭП, которая была диагностирована,

но лечение эти дети не получали вообще или не в полном объеме. Отсюда следует, что для достижения цели необходима своевременная диагностика и комплексная коррекция детей с СДВГ в раннем возрасте психологом и врачами детской поликлиники с учетом того, что успешная реабилитация возможна при условии, если она проводится в возрасте 5-10 лет.

Дети с СДВГ имеют достаточно высокие компенсаторные механизмы, для развития которых должны соблюдаться определенные условия:

- обеспечение спокойных эмоционально-нейтральных условий развития и обучения;

- обучение по личностно-ориентированной программе, без интеллектуальных перегрузок;
- разработка комплексной индивидуальной программы помощи ребенку со стороны невролога, психолога, педиатра, педагога, родителей;
- своевременная нейропсихологическая коррекция.

С учетом выше сказанного, необходимо проводить комплексную работу с семьями, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, которая, кроме материальной, включает в себя психологическую, медицинскую, юридическую, педагогическую помощь.

ИВАННИКОВА О.Э., КОСТРОМИНА Е.Г.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ

**И**сследования в области нейроанатомии и нейрофизиологии показали, что новорожденные, даже глубоко недоношенные, рождаются биологически подготовленными к восприятию боли и способны чувствовать боль.

Важность определения и предупреждения болевого синдрома связана с тем, что выраженная и длительная боль сопровождается ухудшением общего состояния, нарушением гемодинамики, нервной и эндокринной регуляции, и может способствовать наступлению летального исхода. Удлиняется время пребывания ребенка в палате интенсивной терапии и в отделениях второго этапа выхаживания. Не исключено влияние на дальнейшее нервно-психическое развитие ребенка.

Наиболее типичен и часто встречается болевой синдром у новорожденных с натальной травмой спинного мозга и при абстинентном синдроме у детей, родившихся от матерей, употреблявших во время беременности психоактивные вещества.

Исследование проведено у 100 новорожденных детей, из них 88 детей с натальным повреждением спинного мозга и 12 — с опиатным абстинентным синдромом (матери во время беременности употребляли «ханку» или героин). Все новорожденные были доношенными (гестационный возраст 37-40 недель), масса тела при рождении — от 2700 до 4600 г, постнатальный возраст на момент исследования — 0-6 суток.

Общее состояние расценивалось как тяжелое у 16 % новорожденных, средней тяжести — у 84 %. Болевой синдром проявлялся следующими клиническими признаками: нахмуренные брови — 84 % детей, зажмуренные глаза — 62 %, углубление носогубных складок — 78 %, откры-

тый рот — 46 %, вынужденное положение головы — 68 %, приподнятый плечевой пояс — 88 %, напряженная поза — 96 %, стон — 56 %, резкий крик — 94 % новорожденных. У 44 % были проявления синдрома дыхательных расстройств. Все новорожденные были разделены на две группы — по 50 детей (по 44 ребенка со спинальным поражением и по 6 детей с абстинентным синдромом). В первой группе для купирования болевого синдрома использовался 50 % раствор анальгина в дозе 0,05-0,1 мл на введение 2-3 раза в сутки, во второй — Эффералган в ректальных свечах из расчета 10-15 мг/кг парацетамола 2 раза в день.

Эффективность применения свечей Эффералган по сравнению с применением 50 % раствора анальгина, оценивалась по времени купирования болевого синдрома, продолжительности курса лечения, осложнениям терапии.

В группе детей, получавших внутримышечные инъекции 50 % раствора анальгина, болевой синдром сохранялся в среднем 3-4 суток. 7 новорожденных были переведены в реанимационную палату для проведения искусственной вентиляции легких, в связи с нарастанием СДР. Отмечались осложнения, в виде отечного синдрома у 47 детей, геморрагического синдрома у 4 детей. На второй этап выхаживания (в психоневрологическое отделение) переведено 37 детей.

В группе новорожденных, получавших ректально свечи Эффералган, болевой синдром сохранялся, в среднем, 2 суток, 1 ребенок нуждался в проведении ИВЛ, отечный синдром отмечался у 6 детей, геморрагического синдрома не было ни у одного ребенка. В психоневрологическое отделение переведено 14 детей.



Таким образом, применение свечей Эффералган позволило уменьшить выраженность болевого синдрома, избежать инвазивных методов введения лекарственных препаратов, сократить длительность терапии, снизить количество

осложнений, как самого заболевания, так и медикаментозной терапии, а также оптимизировать постнатальную адаптацию новорожденных с натальным повреждением спинного мозга и абстинентным синдромом.

КАРКАШИНА О.В., КОВАЛЕНКО А.В., АРЕСТОВА Е.В.  
МУЗ Детская клиническая больница № 1,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ГИПОКСИЧЕСКИ- ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

**Б**урное развитие перинатальной неврологии в последнее время обусловлено качеством диагностической базы, широким спектром оказываемого лечения и, как следствие, снижением уровня заболеваемости нервной системы и инвалидности. Одним из широко дискутируемых вопросов по патологии детей первого года жизни является гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС). ГГС является полиэтиологичным, различным по течению, тяжести и в большинстве случаев имеет последствия.

Наиболее подробно варианты развития ГГС изучены у недоношенных детей. Имеются единичные проспективные исследования у доношенных детей. ГГС — это сочетание внутричерепной гипертензии и расширения пространств головного мозга, содержащих цереброспинальную жидкость вследствие ее гиперсекреции, нарушения резорбции, или оттока. В течении этого синдрома выделяют три варианта течения: транзиторное, стабильное или прогрессирующее. По локализации изменений различают расширение внутренних, наружных ликворных пространств и их сочетанную форму. Клиническими признаками ГГС являются увеличение окружности головы больше возрастной нормы, напряжение родничка, симптом Грефе, расхождение швов, выраженность подкожных вен головы, частые отсроченные срыгивания, нарушение сна, косоглазие, тремор дистальных отделов конечностей и подбородка, двигательные нарушения, задержка психомоторного развития.

Клинико-неврологическая картина ГГС меняется в зависимости от преобладания одной из составляющих его частей. Учитывая разнообразие симптомов, форм течения и степени тяжести последствий ГГС, у практического врача возникают трудности для постановки достоверного диагноза.

*Цель исследования* — выявить набор ранних клинически информативных признаков ГГС при различной локализации изменений ликворных пространств.

*Материалы:* Группу исследования составили 42 ребенка от одного дня жизни до четырех месяцев (средний возраст 2,5 месяца), у которых имелись клинические признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома. У всех детей в неонатальный период диагностирована гипоксическо-ишемическая энцефалопатия. В среднем, регистрировалась оценка по Апгар 6/7, вес при рождении составил 3400 г. В анамнезе у всех пациентов отмечалась отягощенность по плодотеринским факторам риска. Из 42 детей у 19 % в период новорожденности имелись признаки внутричерепной гипертензии. Исследуемая группа детей была разделена на две подгруппы, в зависимости от наличия изменений ликворных пространств головного мозга. В двух сравниваемых группах анализировали частоту клинико-неврологических признаков ГГС и показатели психомоторного развития (ПМР).

*Методы:* Клинико-неврологический осмотр, с оценкой психомоторного развития по методике Журба-Мастюковой применялся в 100 %. Для изучения состояния ликворных пространств использовали нейросонографию в 100 %. Дополнительно всем детям проводился осмотр глазного дна. Результаты обработаны методом критерия соответствия  $\chi^2$ .

*Результаты:* При клинико-неврологическом обследовании изменения в неврологическом статусе были зарегистрированы у 100 % детей. Выявлены наиболее часто встречающиеся следующие первых пять признаков: выраженность подкожных вен головы (78,5 %), тремор дистальных от-

делов конечностей и подбородка (50 %), метеозависимость (47,6 %), частые срыгивания (42,8 %). Задержка психомоторного развития регистрировалась в 53,6 %. Чаще отмечались три признака: изменение мышечного тонуса (92,8 %), снижение безусловных рефлексов (52,3 %) и нарушение ценного симметричного рефлекса (52,3 %), наличие патологических движений (50 %).

Изменения ликворных пространств головного мозга выявлены у 29 из 42 пациентов (69 %). По нашим исследованиям, у детей первых четырех месяцев жизни чаще встречаются изолированное расширение боковых желудочков (37,9 %), сочетанное расширение боковых желудочков + III + наружных ликворных пространств (24,1 %) и рас-

ширение наружных пространств с боковыми желудочками (17,2 %). При анализе клинко-неврологических признаков и показателей ПМР с различными состояниями ликворной системы достоверности не найдено ( $p < 95 \%$ ).

В связи с полученными результатами, необходим дифференцированный подход в тактике лечения при расширении ликворных пространств, генез которых неоднозначен. Ранее применение комплексного динамического обследования детей с подозрением на ГГС — клинко-неврологический осмотр с определением уровня ПМР. Нейросонография помогает достоверно установить диагноз и проводить своевременную патогенетическую терапию.

КИРЕЙЧУК В.П., ЛОШАКОВА Л.Ю., ГРИНЬ Г.Ф., КОНОВАЛОВА Т.И.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 11,  
г. Кемерово*

## МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**Б**орьба с болью продолжает оставаться одной из актуальных проблем в стоматологии вообще и в детской в частности. Местная анестезия является основой всех методик контроля над болью в стоматологии.

По современным представлениям, боль это субъективное ощущение, которое испытывает человек при нанесении раздражителя, вызывающего повреждение тканей.

У человека стойкая память на боль имеется уже с трехлетнего возраста, именно в этом возрасте у маленьких пациентов формируется стоматофобия. Эмоции руководят поведением ребенка. У детей эмоция страха сильно выражена, а низкий порог болевой чувствительности обуславливает непереносимость ими болевых ощущений.

Проблема обезболивания у детей — это залог качественного лечения заболеваний зубов в их дальнейшей жизни. При применении любых лекарственных препаратов могут возникнуть осложнения, в виде аллергических и токсических реакций, связанные с самим действующим веществом или другим компонентом, входящим в состав вводимого местно-анестезирующего раствора.

Аллергическая реакция может развиваться на любой компонент местноанестезирующего раствора: метилпарабен, бисульфит натрия, эдитиновую кислоту и т.д. На входящий в состав местного анестетика вазоконстриктор аллергической реакции в принципе быть не может, так как адреналин является гормоном надпочечников и выделяется при любых стрессовых ситуациях, не связанных с проведением анестезии.

В литературе имеются данные об аллергической реакции на лидокаин, которая составляет 1 случай на 36000000 введений.

При выполнении любого вида местной анестезии у ребенка, необходимо учитывать возраст пациента и его вес, так как дети в одном возрасте могут иметь разную массу тела и доза лекарственного препарата должна быть индивидуальна.

Для расчета дозы вводимого препарата можно пользоваться формулой определения веса ребенка:

$$X = 10 + (n \times 2),$$

где  $n$  — число лет или 0,1 мл на год жизни ребенка.

В последнее время средства массовой информации рекомендуют с осторожностью приобретать лекарственные препараты даже в аптечной сети. Множество лекарств, применяемых для обезболивания, не соответствуют стандарту и могут вызывать ряд осложнений из-за токсического воздействия на организм.

Следует использовать только препараты, имеющие сертификат качества, они безболезненно переносятся организмом, а реакции, возникшие при их применении, можно рассматривать как токсические, вследствие передозировки. Так, на нашей памяти был трагический случай с ребенком пяти лет при завышении дозы лидокаина в 15 раз. При выполнении инфильтрационной анестезии, вместо 2 % лидокаина был введен 10 %

лидокаин в дозе 6,0 мл, у ребенка развился отек легких вследствие передозировки местного анестетика.

Нет необходимости ребенку в одно посещение под анестезией лечить два и более зубов, находящихся в разных квадрантах. При одномоментном введении лекарственного препарата, в этом

случае происходит завышение дозы, поэтому рекомендуется дробное введение анестетика в тот квадрант, где необходимо лечить зуб.

*Резюме:* при правильно собранном анамнезе жизни и соблюдении дозы вводимого препарата риск развития токсической реакции сводится к нулю.

КОНОНОВА Г.А., КАЗАКОВЦЕВА В.С., КОБЫЛЯНСКАЯ Г.В., РОВДА Т.С.

*МУЗ Детская клиническая больница № 1,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

**Б**ыли проанализированы истории развития детей (22 истории), перенесших перинатальные пневмонии.

Большинство этих детей (52 %) родились преждевременно с массой менее 2500 г, имели оценку по Апгар 4/6 баллов.

Течение беременности в 100 % случаев было осложненным: в 28,6 % случаев имела место хроническая гипоксия плода, 24,3 % женщин наблюдались по поводу хронического носительства внутриутробной инфекции, 14,3 % — имели анемию во время беременности, 12 % — фетоплацентарную недостаточность, 16% — угрозу прерывания, нефропатию — 4,8 % женщин. При этом 94,4 % женщин были старше 30 лет, у 50 % это были первые роды. Среди отцов 30 % были старше 30 лет. В 50 % случаев оба родителя имели вредные привычки (в основном курение). 22,2 % женщин не наблюдались регулярно в женской консультации во время беременности, вели нездоровый образ жизни и составляли группу социального риска.

В 94,4 % случаев дети были переведены из родильного дома в отделение патологии новорожденных, где у одного ребенка состояние оценивалось как тяжелое, у остальных — среднетяжелое;

проведено рентгенологическое подтверждение диагноза и комплексное лечение.

Несмотря на активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья новорожденных, перенесших перинатальную пневмонию, дети имеют отклонения в состоянии здоровья. При этом 72 % из них находились на искусственном вскармливании и на первом году жизни у этих детей отмечался высокий удельный вес фоновой патологии: 33,4 % — рахит; 27,8 % — анемия; 8 % имели атопический дерматит; у 61 % отмечались повторные простудные заболевания.

В последующем у 5,6 % детей из этой группы отмечались повторные пневмонии в возрасте до 3-х лет, а 16,6 % из них составили группу часто и длительно болеющих детей.

Таким образом, дети, перенесшие пневмонию в периоде новорожденности, имеют значительное снижение показателей здоровья на первом году жизни. Выявленные особенности анамнеза этих детей диктуют необходимость индивидуальной работы с семьей, с учетом ее социальных характеристик, на этапах наблюдения женщин в женской консультации и при проведении дородовых патронажей педиатрами.

ТИМОФЕЕВА А.А., ДАНИЛЕНКО А.Н.

*Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

**Н**аиболее распространенной локализацией кариеса является фиссуры зубов. Примерно в 90 % случаев поражения зубов, наблюдае-

мых у детей, приходится именно на фиссурный кариес. Основной причиной такой ситуации является сложное морфологическое строение фиссур, отли-

чающееся наличием труднодоступных участков, что обуславливает невозможность их эффективной механической очистки обычными зубными щетками.

Наш клинический опыт свидетельствует о том, что самостоятельно пациент не может предотвратить возникновение этого заболевания даже при соблюдении высокого уровня гигиены полости рта, рациональном питании и регулярном профилактическом фторировании зубов. Запечатывание фиссур позволяет значительно снизить эффективность проникновения и закрепления на их поверхности бактерий, вызывающих кариес. Герметизация фиссур постоянных зубов является широко распространенной во всем мире и чрезвычайно эффективной профилактической процедурой.

Для достижения наибольшей эффективности герметизацию фиссур рекомендуют проводить сразу или в течение года после прорезывания зуба. Применение герметика в этот период целесообразно в связи с тем, что после прорезывания зуба, в течение 2 лет, довольно интенсивно происходит процесс «созревания эмали».

В настоящее время в клинической практике используются герметики химического и светового отверждения. Для усиления профилактического действия герметиков в их состав вводятся активные соединения фтора. Фторидсодержащие герметики вызывают достоверное увеличение содержания фторидов в контактирующих с ними слоях эмали и заметно снижают ее растворимость. После применения герметика происходит освобождение из него фторид-ионов, которые концентрируются на границе эмаль-герметик и затем проникают в эмаль с образованием малорастворимого фторапатита.

*Цель исследования:* Изучить в сравнительном аспекте, эффективность противокариозного действия фторсодержащего герметика.

Клинические результаты оценивались на основании редукации кариеса и ретенции герметика.

*Материалы и методы:* Герметизация фиссур проводилась 75 детям 6-летнего возраста. Герметиком покрывались шестые постоянные зубы в течение первого года после их прорезывания. В качестве герметика применялся фторидсодержащий препарат Direct Seal фирмы «Дентсплай» световой полимеризации.

Оценка применения его эффективности проводилась через 2 и 4 года после использования.

Контрольную группу составили дети 6-летнего возраста, которым не проводилось профилактическое покрытие шестых постоянных зубов фторсодержащим герметиком.

*Результаты исследования:* Обследование детей, проведенное через два года после покрытия зубов герметиком, показало, что удельный вес здоровых шестых зубов (первых постоянных моляров) у них был высоким и составил 95,4 %, а через 4 года был равен 92 %. В то же время обследование, проведенное среди детей контрольной группы выявило, что этот показатель среди них достоверно ниже ( $P < 0,05$ ) и был равен 74,5 % и 46 %, соответственно.

Мы обнаружили, что удельный вес разгерметизации фиссур оказался невысоким и составил через 2 года 5,8 %, через 4 года 9,84 % от общего количества зубов, покрытых герметиком.

Таким образом, клинические результаты свидетельствуют, что герметизация фиссур является достаточно эффективным методом. Покрытие зубов фторсодержащим герметиком может являться основой современных эффективных методик профилактики кариеса.

ЧИБРЯКОВА Т.М.

*МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,  
г. Кемерово*

## ПУЗЫРНО-РЕНАЛЬНЫЕ РЕФЛЮКСЫ (АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ)

Распространенность пузырно-рентальных рефлюксов (ПРР) составляет 1 % от популяции детей и подростков. При инфекциях мочевых путей, по разным авторам, ПРР встречается в 18-60 %, являясь важнейшим фактором риска поражения почек с урогенным путем повреждения.

Проведен анализ диспансерных карт детей с ПРР, находящихся на диспансерном учете нефролога консультативной поликлиники ДГКБ № 5. По нашим данным, группа детей с ПРР включает

99 человек, из них 83 ребенка с вторичным пиелонефритом (30 % в структуре пиелонефритов) и 16 детей без инфекции мочевых путей. При анализе диспансерных карт отмечена давность наблюдения: 1-3 года — 9 детей; 3-7 лет — 34 ребенка; 7-10 лет — 10 детей; 10-15 лет — 7 детей. 17 детей после установления диагноза повторно не обращались и не имеют данных катamnестического наблюдения.

Клиника ПРР неспецифична, поэтому у наблюдавшихся детей ПРР выявляли при обследо-



вании по поводу инфекции мочевых путей, гипертензии, энуреза, нарушений мочеиспускания, «подозрении на патологию почек». Первичный ПРР связан с врожденной несостоятельностью пузырно-мочеточникового соустья, вторичный – обусловлен повышением давления в мочевом пузыре (нейрогенный мочевой пузырь, обструкция нижних мочевых путей) или выраженным воспалительным процессом (цистит).

В раннем возрасте, до 2 лет, ПРР чаще выявлялся у мальчиков, обычно в сочетании с гидронефрозом, аномалиями развития, старше 3 лет – чаще у девочек, в целом соотношение девочек и мальчиков составило 85 : 15. Одностороннее поражение отмечено у 72 % детей (40 детей – левосторонний ПРР, 20 детей – правосторонний ПРР), 28 % детей имели двухстороннее поражение. Рефлюксы 1 ст. выявлены у 4 % детей, 2 ст. – у 54 %, 3 ст. – у 31 %, 4 ст. – у 11 %. 58 % детей, основная часть, имели ПРР 1-2 ст., при котором консервативная терапия дает высокий удельный вес наступления регресса имеющихся патологических изменений.

Регресс ПРР на фоне консервативной терапии за период наблюдения отмечен у 29 детей (35 %) (по данным литературы, он наблюдается у 15-56 % больных).

Эндоскопическая коррекция рефлюкса в Москве проведена у 10 детей (12 %), у 3 – повторно; оперативное лечение – у 6 (7 %). Эффективность наблюдения и лечения у детей с ПРР можно расценить как положительную у 42 (51 %), нет положительной динамики – у 10 (12 %), частичный эффект (положительный – по инфекции, нет эффекта – по ПРР) – у 12 (14 %).

ПРР создает предпосылки для развития рефлюкс-нефропатии, клиническими проявлениями которой являются стойкий тубуло-интерстициальный компонент, постоянная протеинурия, снижение клубочковой фильтрации, артериальная гипертония. Рефлюкс-нефропатии являются причиной ХПН в молодом возрасте в 10-20 % случаев.

Наиболее высокий риск развития рефлюкс-нефропатии отмечается в первые два года жизни. Среди наблюдавшихся детей рефлюкс-нефропатия диагностирована у 10 больных (12 %), вторичное сморщивание – у 16 (19 %). Парциальное нарушение функции почек отмечено у 37 детей (45 %), (по литературным данным, в 40-47 %).

Рефлюксы без инфекции мочевых путей наблюдались у 16 детей.

Отсутствие инфекции не гарантирует положительный исход, т.к. выход в склероз возможен и у этой группы больных. Сочетание с циститом отмечено у 18 детей (22 %), с гипорефлекторным мочевым пузырем – у 21 (25 %), с энурезом – у 7 (8 %), с мочекаменной болезнью – у 1. Гипертензионный синдром отмечен в 2,5 % случаев (по литературным данным, от 0 до 20 – 27 %).

Учитывая высокий риск развития ХПН в этой группе больных, важна ранняя диагностика и своевременное лечение (консервативное, оперативное, или эндоскопическая коррекция). В индивидуальные схемы консервативной терапии включается антибактериальная терапия с целью купирования или профилактики воспалительного процесса, с непрерывным, прерывистым курсом или поддерживающей дозой с однократным приемом препарата; курсы физиолечения 4-6 раз в год с целью улучшения сократительной функции мочевого пузыря и мочеточников, витамины, антиоксиданты, мембраностабилизаторы, при гипертензионном синдроме – ингибиторы АПФ, с ежегодным контролем эффективности терапии.

При сочетании ПРР с циститом, нейрогенным мочевым пузырем, энурезом в план лечения обязательно включение инстилляций мочевого пузыря, коррекции физиолечения, дополнительной медикаментозной терапии. Обращается внимание на регулярность стула, т. к. в 10-15 % нейрогенные дисфункции мочевого пузыря сочетаются с дисфункцией кишечника, в 2-4 % – с энкопрозом.

Проводится контроль: УЗИ почек мочевого пузыря – 1 раз в 3-6 месяцев, цистиграфия – 1 раз в 6-12 месяцев, экскреторная урография – через 1-2 года, скинтиграфия почек – 1 раз в год.

В диагностике и динамическом наблюдении больных с ПРР необходимо возобновить проведение скинтиграфии почек – единственного метода, выявляющего начальные стадии нефросклероза, определение В2-микроглобулина – маркера интерстициального поражения почек.

Таким образом, важна ранняя диагностика ПРР, своевременное и регулярное лечение по индивидуальному плану с учетом особенностей каждого ребенка.

Обязателен ежегодный контроль эффективности лечения с дальнейшим выбором тактики ведения, определяемым совместно урологом и нефрологом.

БАХМЕТЬЕВ А.Б., МОРЕВ В.А., МУХОРТОВА Т.М.  
МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Ультразвуковое исследование является высокоэффективным способом оценки состояния внутренних органов, которое позволяет, как установить диагноз заболевания, так и определить дальнейшую тактику ведения пациента. С его помощью можно проводить детальную оценку структурных изменений во внутренних органах без использования инвазивных процедур, внешнего ионизирующего излучения и введения радионуклидных препаратов. К большому достоинству данного метода относится возможность многократного исследования пациентов за короткий период времени.

С целью изучения заболеваемости терапевтических больных и возможности ее ультразвуковой диагностики, нами проанализирована работа кабинетов УЗИ МУЗ Клинической поликлиники № 5 за период с декабря 2003 г. по декабрь 2004 г. Использовались два ультразвуковых сканера SIEMENS и Ricus с конвексными, линейными, секторными и внутриполостными датчиками с частотой от 3,5 до 7,5 МГц. За этот промежуток времени кабинет УЗИ посетили 8182 человека, сделано 14742 исследования. Возраст обследуемых составил от 15 до 85 лет.

По половому составу пациенты распределились следующим образом: женщин 5125 (62,6 %), мужчин 3057 (37,4 %). Исследования позволили выявить заболевания различных органов у 6544 больных, патология органов желудочно-кишечного тракта диагностирована у 3337 человек (51 %), болезни мочеполовой системы — у 1767 человек (27 %), патология щитовидной железы — у 1309 человек (20 %), изменения в других органах — у 131 человека (2 %).

Патология желудочно-кишечного тракта распределилась следующим образом: желчно-каменная болезнь — 701 человек (21 %); жировой гепатоз — 584 человека (17,5 %); диффузные из-

менения печени — 183 человека (5,5 %); острый холецистит — 13 человек (0,4 %); хронический холецистит — 53 человека (1,6 %); острый панкреатит — 17 человек (0,5 %); хронический панкреатит — 1735 человек (52 %); объемные образования — 51 человек (1,5 %).

В щитовидной железе изменения представлены следующим образом: диффузные изменения — 668 человек (51 %); объемные образования — 253 человека (19,3 %); диффузно-узловой зоб — 388 человек (29,7 %).

Патология мочеполовой системы имела следующие характеристики: кисты почек — 776 человек (44 %); мочекаменная болезнь — 760 человек (43 %); аденома предстательной железы — 160 человек (9 %); гидронефроз почек — 21 человека (1,2 %); объемные образования почек — 16 человек (0,9 %); острый пиелонефрит — 142 человека (0,8 %); объемные образования мочевого пузыря — 11 человек (0,6 %); водянка оболочек яичек — 9 человек (0,5 %).

На долю других органов пришлось 2 % патологии — 131 человек, сюда вошли гиперплазия и объемные образования надпочечников — 35 человек (26,5 %), и различные формы мастопатий — 96 человек (73,5 %).

Таким образом, наибольшее количество исследуемых составили больные с гастроэнтерологической патологией, на второе место вышла патология мочеполовой системы, на третьем месте заболевания щитовидной железы. Проведенное исследование показывает, что эхография является методом, который отвечает всем требованиям, предъявляемым к скрининг-методу: неинвазивность, относительная простота и быстрота исследования, безвредность и отсутствие противопоказаний. Все это определяет высокую диагностическую ценность ультразвукового исследования в работе терапевтической службы поликлиники.

БЛАЩУК В.А., ВАВИН Г.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА БИОПОЛИМЕРОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Нарушения в обмене соединительной ткани играют ведущую роль в генезе многих заболеваний: хронического бронхи-

та, коллагенозов, язвенной болезни, гепатитов, циррозов печени и др. (Осадчук М.А., 1986). В ходе биосинтеза коллагена в клетках свободный



оксипролин не включается в состав этого белка, его количество в крови и моче, в условиях исключения приема коллагена с пищей, зависит от интенсивности распада коллагена в тканях (Шараев П.Н., 1990).

Заболевания или состояния, при которых происходит усиленный биосинтез и усиленная деградация коллагена, сопровождается усиленной экскрецией оксипролина. Выделенный с мочой оксипролин является продуктом метаболизма коллагена и может служить показателем интенсивности этого процесса. Нарушение коллагенообразования влияет на оксипролинурию (Бабаев М.П., 2001).

Из белково-углеводных комплексов наибольший интерес представляют гликозаминогликаны — полианионные полимеры, входящие в состав межклеточного вещества соединительной ткани, строение и состав которых во многом определяют основные свойства соединительной ткани: синтетические, антибактериальные и репаративные (Мурашов Б.Ф., 1986, Хьюз Р., 1985, Юсипова Н.А., 1980).

Таким образом, специфическими маркерами соединительной ткани в биологических жидкостях являются продукты ее деградации: оксипролин и гликозаминогликаны (Кучинский А.Л., Логинов А.С., 1983, Неверов И.В., 1984).

В данной работе мы попытались оценить диагностическую значимость определения таких показателей в условиях городской клинической больницы. Нами было обследовано 188 больных с различными заболеваниями (хронический бронхит 36 %, вирусные гепатиты 48 %, циррозы печени 16 %,) которые, в соответствии с авторскими данными, сопровождаются деструктивными процессами в соединительной ткани.

Для определения достоверных границ показателей обследовано 76 здоровых лиц. Использовали метод количественного определения свободного оксипролина в моче (Мараев П.Н., 1990), основанный на окислении его в пиррольное соединение, которое при взаимодействии с парадиметиламинобензальдегидом дает окрашенный комплекс.

При определении гликозаминогликанов, за основу был принят вариант классического метода, принцип которого состоит в избирательном

осаждении гликозаминогликанов цетилпиридинийхлоридом при строго определенном значении рН реакционной смеси (Логинов А.С., 1981). Для устранения влияния различий исходной концентрации солей и рН мочи на скорость и степень осаждения гликозаминогликанов мы заменили водный детергент по Manley буферным, что значительно увеличило стабильность образовавшегося осадка.

Статистическую обработку цифрового материала проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Выбор критерия оценки значимости парных различий проверяли на основании соответствия формы распределения нормальному. Нулевую гипотезу отвергали в случае  $p < 0,05$ .

В результате исследования установлено, что в норме за сутки с мочой выводится до  $8,3 \pm 2,4$  мг оксипролина, а количество гликозаминогликанов в моче здоровых людей составляет  $2,74 \pm 0,23$  мкг/мл. У больных с хроническим бронхитом суточная экскреция оксипролина с мочой превышает нормальные показатели в 4,3 раза, а гликозаминогликанов определяется в 2,2 раза больше, чем у здоровых людей. В суточной моче больных вирусными гепатитами количество оксипролина и гликозаминогликанов также превышает нормальные показатели в 5,1 и 3,3 раза, соответственно. При циррозах печени выявлены максимальные отклонения от нормальных показателей: экскреция оксипролина составила превышение в 6,4 раза, а концентрация гликозаминогликанов в моче превысила нормальные показатели в 5,7 раз.

Таким образом, экскреция оксипролина и концентрация гликозаминогликанов вполне отражают тяжесть деструктивных процессов в соединительной ткани.

Определяемые показатели вполне специфичны и могут быть использованы в клинической медицине и исследовательских работах. Следует отметить, что лабораторные технологии определения этих показателей, в модификациях используемых в нашей работе, обладают достаточной чувствительностью, не требуют значительных объемов биологического материала, больших временных затрат и могут быть воспроизведены в условиях стандартного оснащения клиничко-диагностических лабораторий.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ПОПЕРЕЧНЫХ ДУРАЛЬНЫХ СИНУСОВ С ПОМОЩЬЮ СКТ-АНГИОГРАФИИ

**В**изуализация стенки на спиральном компьютерном томографе позволяет расширить возможности применения СКТ-ангиографии в определении количественного анализа церебрального венозного тромбоза (ЦВТ), а высокая разрешающая способность спиральных КТ способствует проведению сравнительной денситометрии, и определения качественного показателя.

Обследовано 60 пациентов с клиническими признаками интракраниального венозного застоя вследствие тромботической обструкции церебральных венозных структур. Всем пациентам была выполнена спиральная компьютерно-томографическая ангиография (СКТА) с усредненной задержкой сканирования. Контрольную группу составили 33 человека без клинических признаков церебральной венозной обструкции, которым СКТА выполнялась с целью исключения артериальных аневризм.

Качественный показатель включал в себя определение полного и частичного тромбоза. При полном тромбозе определялось полное отсутствие контрастирования сосуда. Отличить частичный тромбоз от гипоплазии позволило неравномерное контрастирование сосуда с неровными, нечеткими краями потока, тогда как при гипоплазии края потока ровные и четкие на всем протяжении. Дифференцировать гипоплазию от вариантной нормы узкого поперечного синуса позволяет наличие более широкого гомолатерального сигмовидного синуса.

Качественно-количественная оценка степени окклюзии или денситометрия включает в себя определение коэффициента поглощения рентгеновских лучей контрастированными сосудами, выражаемые в относительных единицах шкалы (единицах плотности Хаунсфилда). Определение денситометрии в группе больных ЦВТ нами производилось методом точечного измерения в зоне тромбоза и в области свободного контрастирования. Если контрастирования не наблюдалось на протяжении всего сосуда, то полученные результаты сравнивались с плотностью неизмененных контрастированных сосудов. В контрольной группе плотность Хаунсфилда определялась на всем протяжении области интереса. Результаты исследования в контрольной группе показали явную зависимость величины плотности контра-

стирования от ширины просвета сосуда. Коэффициент поглощения был тем выше, чем шире определялся просвет синуса. В группе больных с ЦВТ определялась асимметрия плотности зоны тромбоза и зоны свободного контрастирования. Коэффициент поглощения в зоне тромбоза был, в среднем, в 3-5 раз ниже величины плотности свободного контрастирования.

Проведение количественного анализа в контрольной группе заключалось в определении просвета основных венозных коллекторов по высоте сосудов. В процессе исследования было отмечена преобладающая ширина просвета правых латеральных синусов над левыми. Подобное различие объясняется особенностью строения стока синусов, где угол между верхним сагиттальным и правым поперечным синусом составляет, в среднем,  $113,05^\circ$ , а с левым —  $108,7^\circ$ . Следовательно, более гидродинамически «удобным» для оттока крови является правый поперечный синус. Количественный анализ в группе больных ЦВТ заключается в вычислении степени тромботической окклюзии. Поскольку поперечные синусы трехгранной конфигурации, расчет степени окклюзии оказался возможным только по вычислению площади сосуда и площади остаточного просвета, и производился по формуле:

$$S = \frac{h^2 \sqrt{3}}{3} = 0,578h^2,$$

где  $h$  — высота треугольника, а  $0,578$  — величина постоянная.

Процент остаточного просвета вычислялся по формуле:

$$\delta_1 = \frac{S_1}{S} 100 \% = \frac{0,578h^2}{0,578H^2} 100 \%,$$

где  $S$  — площадь поперечного сечения сосуда,  $S_1$  — площадь остаточного просвета,  $H$  — высота сосуда, а  $h$  — высота остаточного просвета.

Процент тромботической окклюзии определяется путем простого вычисления:  $\delta = \Delta - \delta_1$ , где  $\Delta$  — процент просвета сосуда, принятый за 100 %, а  $\delta_1$  — процент остаточного просвета сосуда.

Определение данного показателя стало реальным с появившейся возможностью дифференцировать сосудистую стенку уже на одноконтрастном спиральном КТ.

Следует отметить, что вычисление степени окклюзии частичного тромбоза в поперечных синусах оказалось возможным только у больных с центральным расположением тромба и локализацией тромба со стороны затылочной кости (60 % случаев). В тех случаях, когда тромб определялся с контралатеральной стороны в виде дефекта наполнения (33,3 %) и имел небольшую протя-

женность, проведение расчета производилось по воображаемой линии, поскольку просвет сосуда хорошо контрастировался в претромботической и посттромботической зонах. При контралатеральной локализации тромба на всем протяжении (40 % случаев) сосудистая стенка не дифференцировалась, и вычисление степени окклюзии оказалось невозможным.

ВОЛОКИТИН В.В., КОЛПИНСКИЙ Г.И.  
 Больница № 1 ГУВД КО,  
 МУЗ Клинический диагностический центр,  
 г. Кемерово

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Основываясь на результатах операционной верификации дискоррадикулярного конфликта у исследуемых пациентов, нами была изучена информативность различных методов предоперационной диагностики грыж межпозвонковых дисков на поясничном уровне. Анализ проводили у 237 пациентов, направленных на оперативное лечение, сопоставляя данные позитивной миелографии, МРТ-исследования и КТ-исследования с операционными.

Сравнительный анализ результатов обследования и интраоперационная верификация локализации грыжевого выпячивания показали, что позитивная миелография, проведенная у 78 пациентов, имеет чувствительность 85,8 %, специфичность 82,1 %, точность 83,9 %. Результаты 95 МРТ-исследований показали чувствительность 98,9 %, специфичность 96,8 %, точность 97,8 %. Результаты 64 КТ-исследований позволили определить чувствительность 90,6 %, специфичность 87,5 %, точность 89,1 %.

Более низкий показатель информативности при миелографическом исследовании в наших наблюдениях был связан с ошибкой при определении локализации грыжи диска относительно поперечника позвоночного канала, в основном, при дифференцировке между заднебоковой и парамедианной. В 5 случаях у пациентов, у которых по данным миелографии имела место парамедианная грыжа диска, во время оперативного вмешательства была верифицирована заднебоковая локализация грыжи. У троих больных, несмотря на то, что данные свидетельствовали о срединной локализации дискоррадикулярного конфликта, выявлены две парамедианные грыжи и одна заднебоковая. Троице пациентам с диагностированной по МРТ парамедианной локализацией, была удале-

на срединная грыжа межпозвонкового диска. В одном случае, вместо фораминальной, оказалась заднебоковая грыжа. В двух оставшихся случаях грыжи дисков и, следовательно, их локализации с помощью миелографии не были выявлены, однако во время дискэктомии были удалены срединная и заднебоковая грыжи.

Компьютерная томография при определении локализации грыжи оказалась более информативной, чем позитивная миелография. Отмечены следующие ошибки в диагностике. В 4-х случаях диагностированная на КТ заднебоковая локализация грыжи не совпала с истинным расположением грыжи. При этом у 2 пациентов была верифицирована парамедианная грыжа, у двух оставшихся срединная и фораминальная. У 3 больных с КТ-признаками парамедианной локализации были удалены 1 срединная и 2 заднебоковые грыжи. В трех случаях, вместо ожидаемой срединной локализации дискоррадикулярного конфликта, выявлялись парамедианные грыжи.

Магнитно-резонансная томография оказалась наиболее точной в определении локализации грыжи межпозвонкового диска. Несовпадение между неврологической симптоматикой и локализацией грыжи отмечено всего у 2-х пациентов.

Тем не менее, первичным методом лучевой диагностики должна являться обзорная рентгенография поясничного отдела позвоночника. Рентгенография позволяет судить о дегенеративных изменениях позвоночного столба. Этот метод удобен так же для выявления таких аномалий развития, как незаращение дужки, люмбализация, сакрализация, узкий позвоночный канал, спондилолиз, спондилолистез, аномалии суставного тропизма.

ДЕМИДОВА Т.В.

*МУЗ Клинический консультативно-диагностический центр,  
г. Кемерово*

## ЧТО МОГУТ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АНАЛИЗАТОРЫ

**К**ровь, как внутренняя среда организма, «несет в себе стигматы жизнедеятельности различных органов и систем, изучение которых имеет несомненное клиническое значение, необходимо для диагноза, прогноза течения и контроля терапии практически всех внутренних болезней человека». Вот такую значимость, со слов профессора Е.Б. Владимирской, имеет гематологическое исследование. Практически клинический анализ крови входит в алгоритм диагностики большинства патологических процессов.

В наши дни исследование крови не только не утратило своего значения, но и значительно расширилось, приобрело новый взгляд и новую технологию исполнения. На смену ручной технологии пришли гематологические анализаторы — высокотехнологические системы анализа крови. С их появлением клинический анализ крови меняется в значительной степени, так как анализатор позволяет получать информацию по новым, количественно и качественно отличающимся параметрам.

Еще 10-15 лет назад о гематологических анализаторах можно было только мечтать, сегодня эти современные приборы довольно широко внедряются в практику лабораторий, и более того, начинают постепенно вытеснять не только ручные, но и полуавтоматические методы исследования. Приборы такого класса производятся исключительно за рубежом, отечественных же анализаторов, как говорится, «в природе не существует». Первые гематологические анализаторы были разработаны братьями Coulter в 60-е годы, потом последовали новые поколения анализаторов, значительно модифицированные и качественно улучшенные. Но задача анализатора по-прежнему в том, чтобы подсчитать количество клеток и охарактеризовать объем каждой клетки.

Что же принципиально отличает современный гематологический анализатор от традиционной ручной технологии? Автоматический анализ крови отличает, прежде всего, высокая производительность (от 60 до 100 и более проб в час), то есть примерно 6 (и меньше) минут приходится на один анализ крови. При этом дается оценка большого числа параметров крови (в среднем, 20 показателей вместо 10-12, как при обычном анализе). И все это в очень маленьком объеме взятой крови (в венозной или капиллярной), от 12 до 50 мкл и точнейшем дозировании этого объема. В дополнение ко всему будет представлено графическое распределение клеток на гистограммах (эритроцитарных, лейкоцитарных, тромбоцитарных).

Это важные преимущества для педиатрии, при неотложной медицинской диагностике. Это позволяет ликвидировать очереди на лабораторные исследования в поликлиниках, и даже решить (в некоторой степени) проблему нехватки лаборантов.

Гематологические анализаторы обладают исключительно высокой точностью и аналитической возможностью, которая абсолютно недостижима при выполнении исследований ручными методами. При ручной технологии случаются не только статистические ошибки (до 7%), обусловленные случайными вариациями числа клеток, попадающих в площадь сетки камеры Горяева (при подсчете клеток крови этим методом), но и погрешности, и даже грубые ошибки, связанные с опытом лаборанта, его прилежностью и уровнем ответственности. Все это может приводить к расхождению результатов анализа с клинической картиной заболевания.

Современные гематологические анализаторы выполняют измерение концентрации клеток крови с точностью 1-3% (Шибанов А.Н.). Высокая точность исследования (снижение ошибки измерения) обеспечивается подсчетом нескольких тысяч клеток из одной пробы, а не 100-200, как при традиционной ручной технологии. Отмечается большая аналитическая точность и при измерении гематокрита (НСТ) на анализаторах, чем при использовании центрифужной технологии.

Существенным моментом при работе на автоанализаторах, влияющих на качество и точность исследований, является использование специальных пластиковых (одноразовых) пробирок с антикоагулянт — «Моновет» для взятия венозной крови и «Микровет» для капиллярной крови, поскольку гематологические анализаторы рассчитаны на работу с цельной кровью. Это обеспечивает не только удобство хранения и доставки крови в лабораторию, но и безопасность взятия крови, когда снижается вероятность инфицирования и персонала лабораторий вирусами гепатита и ВИЧ.

Наконец, гематологический анализатор позволяет оценивать все гематологические показатели в комплексе, а не каждый в отдельности, ведь интерпретировать общий анализ крови, несмотря на кажущуюся простоту, нелегко по причине разнообразия функций клеток крови, большого числа вариантов их сочетаний при патологических состояниях.

Главная особенность гематологических автоанализаторов в том, что, наряду с классическими



гематологическими показателями (концентрация эритроцитов, концентрация лейкоцитов, концентрация тромбоцитов, концентрация гемоглобина), определяется ряд новых, весьма важных параметров, существенно повышающих диагностическую значимость гематологического исследования.

Гемограмма на гематологических анализаторах включает следующие параметры: WBC — лейкоциты, RBC — эритроциты, HGB — гемоглобин, HCT — гематокрит, PLT — тромбоциты, LYM — лимфоциты, GRAN — гранулоциты, MID — лейкоциты среднего размера, MPV — средний объем тромбоцита, PDW — показатель анизоцитоза тромбоцитов, PCT — тромбокрит, MCV — средний объем эритроцита, MCH — среднее содержание гемоглобина в эритроците, MCHC — средняя концентрация гемоглобина в эритроците. Кроме этого, распределение клеток (лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов) представляется графически на гистограммах. В гемограмме используется международная аббревиатура на английском языке.

Теперь следует сказать об эритроцитарных индексах, которые в традиционном анализе крови отсутствовали. Эритроцитарные индексы (MCV, MCH, MCHC) характеризуют сами клетки, а не их количество, вследствие чего являются достаточно стабильными параметрами. MCV-индекс обозначает средний объем эритроцита в кубических микрометрах (мкм<sup>3</sup>) или фемтолитрах (фл). MCV меняется в течении жизни: у новорожденных достигает 128 фл, затем постепенно снижается, и в возрасте 4-5 лет стабилизируется (80 фл — нижняя граница нормы). У взрослых MCV составляет от 80 фл до 95 фл и используется для оценки макро- или микроцитоза. Оценка этого показателя необходима для характеристики популяции эритроцитов, что важно при диагностировании железо- и В<sub>12</sub>-дефицитных состояний. Относительное снижение MCV может быть следствием повышенного содержания фрагментов эритроцитов в крови (коагулопатия потребления, механический гемолиз) и др.

MCH обозначает среднее содержание гемоглобина в отдельном эритроците (норма 27-31 пг). По MCH оценивают анемию как нормо-, гипо- и гиперхромные. MCH — более объективный показатель, чем цветовой показатель (ЦП), который не отражает синтез гемоглобина и его содержание в эритроците, а во многом зависит от объема клетки.

MCHC — отражает среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците, степень насыщения эритроцита гемоглобином (норма 33-37 г/дл). Это наиболее стабильный гематологический показатель. Снижение MCHC наблюдается при заболеваниях с нарушением синтеза гемоглобина. К увеличению MCHC приводит любая неточность, связанная с

определением гемоглобина, гематокрита, MCV, то есть это еще и индикатор ошибки.

RDW — мера анизоцитоза клеток по объему, рассчитывается как коэффициент вариации среднего объема эритроцитов (норма 11,5-14,5%), характеризует колебания объема эритроцитов и улавливается прибором значительно быстрее, чем при визуальном просмотре мазка крови. Оценка анизоцитоза под микроскопом сопровождается целым рядом ошибок — при высыхании эритроцитов в мазке их диаметр уменьшается на 10-20%, в толстых мазках он меньше, чем в тонких. Полностью избавиться от артефактов позволяет только автоматизированный подсчет жидкой крови, при котором сохраняется стабильность клеток.

То есть, при автоматизированном анализе крови количественные индексы заменяют качественное описание мазка (до определенной степени).

Тромбоцитарное звено гемограммы оценивается по количеству тромбоцитов, тромбоцитарным индексам и тромбоцитарной гистограмме. К тромбоцитарным индексам относят MPV, который обозначает средний объем тромбоцитов (норма 7-10) — он увеличивается с возрастом, повышается у больных с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, тиреотоксикозом, сахарным диабетом, атеросклерозом, у курильщиков и лиц, страдающих алкоголизмом, миелопролиферативными заболеваниями; снижается MPV после спленэктомии, при синдроме Вискотта-Олдрича. Другой тромбоцитарный индекс — PDV — показатель анизоцитоза тромбоцитов, а PCT — тромбокрит.

Лейкоциты — гематологический анализатор позволяет подсчитать количество лейкоцитов и определить несколько показателей лейкоцитарной формулы, причем как относительно, так и абсолютное содержание клеток. Автоматический анализ лейкоцитарной формулы можно использовать для проведения скрининга норма — патология, а также в динамическом контроле за содержанием нейтрофилов и лимфоцитов при различных патологических состояниях (лимфопролиферативные заболевания, нейтропении).

Наконец, следует добавить, что в гемограмме выставляются, так называемые, сигналы тревоги (специфические «флаги») при выявлении патологических образцов крови. В случаях отклонения от нормы могут появиться знаки («флаги»), обозначающие: «Н» — высокий уровень, «L» — низкий уровень, «\*\*\*» — запредельные уровни, R, R1, R2 ... — «флаги» гистограмм.

То есть, гематологические анализаторы «способны» на многое. Не могут только анализаторы пока точно дифференцировать и подсчитывать незрелые формы гранулоцитов, подсчитывать бластные клетки, поэтому отказаться полностью от микроскопа и мазка крови еще нельзя. Но главное, что современные гематологические анализаторы,

благодаря своей высокой точности и широкому спектру исследуемых гематологических параме-

тров, позволяют провести клинический анализ крови на новом качественном уровне.

ЕЛГИНА С.И., ДЕМЬЯНОВА Т.Н., ГОЛИКОВ Г.Я., ЖЕЛНИНА Ю.Б.  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 г. Кемерово

## ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

**В**недрение эндоскопических технологий в гинекологии изменило классические подходы к диагностике и лечению патологических процессов эндометрия. В настоящее время эндоскопические методы исследования, к которым относится гистероскопия, приобрели широкое распространение в клинической практике для диагностики и лечения гинекологических заболеваний. Гистероскопия – единственный метод, который при помощи оптической системы гистероскопа позволяет визуально осмотреть полость матки.

*Цель исследования* – оценить эффективность гистероскопии в диагностике патологических процессов эндометрия.

*Материал и методы исследования:* В гинекологическом отделении ГКБ № 3 г. Кемерово в 2004 году проведено эндоскопическое обследование полости матки у 76 женщин в возрасте от 20 до 50 лет. В плановом порядке гистероскопия выполнена у 40 женщин (52,6 %), в экстренном – у 36 (47,4 %). При поступлении у всех женщин проведено выскабливание полости матки под контролем гистероскопии.

*Результаты и их обсуждение:* В результате гистероскопического обследования у 76 женщин выявлена патология эндометрия: полип эндометрия, полип ц/к – у 34 (36 %), гиперпластический процесс эндометрия – у 20 (21 %), интерсти-

циально-субмукозная локализация миоматозных узлов – у 15 (16 %), децидуальный эндометрит – у 5 (9,8 %), атрофический эндометрит – у 5 (5,5 %), аденомиоз – у 5 (5,5 %), ВМС – у 2 (2,1 %), децидуальный и плацентарный полип – у 2 (2,1 %), вращение хориона в области рубца – у 1 (1 %), аномалия развития матки (перегородка в п/м – у 1 (1 %)). Результаты гистологического исследования соскобов: у 20 женщин – гиперплазия базального слоя эндометрия (26,3 %), у 18 – железисто-фиброзный полип эндометрия (24 %), у 13 – эндометрий с децидуальной реакцией стромы; в соскобе остатки децидуальной ткани; эндометрий гравидарного типа (17 %), у 7 – эндометрий в поздней стадии фазы секреции (9,3 %), у 6 – участки смешанного и очагового аденомиоза (7,8 %), у 5 – кусочки эндометрия с секреторирующими железами (6,6 %), у 2 – злокачественное новообразование тела матки (2,6 %), у 2 – эндометрий в состоянии постгравидарного обратного развития (2,6 %), у 2 – среди крови микрообрывки гиализированной стромы (2,6 %), у 1 – плацентарный полип (1,3 %).

Таким образом, у большинства больных гистероскопия позволила установить точный топический диагноз патологических процессов эндометрия и выполнить прицельное выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием.

КАТКОВА М.А., ЮЗМЕЕВ В.Х.  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 г. Кемерово

## СОСТОЯНИЕ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА У РАБОТАЮЩИХ С ПРОИЗВОДНЫМИ АЗОТА (ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ)

**П**роизводные азота относятся к вредным веществам раздражающего действия, которые способны оказывать неблагоприятное

воздействие на верхние дыхательные пути при длительном контакте с ними.

*Целью работы* было изучение течения хрони-

ческих синуситов при помощи лучевых методов в динамике у больных, контактирующих с надпороговыми дозами производных азота, которые превышают ПДК в 1,5-5 раз.

С момента установления диагноза хронического синусита, и на протяжении всего времени диспансерного наблюдения, от 2 до 14 лет, изучалось состояние придаточных пазух носа при помощи рентгенографии, гайморграфии (по показаниям), КТ, МРТ, в стадии обострения и ремиссии.

Было обследовано 473 человека основной группы (которые контактировали с производными азота в виде аммиака, азотной кислоты, некоторых окислов азота) и 131 контрольной (которые работали на тех же предприятиях, но не имели контакта с вредными веществами). Из них, хроническим гайморитом страдали, соответственно, 58 % и 75 %; хроническим фронтитом – 12 % и 10 %; сфеноидитом – 8,2 % и 4 %; сочетанным поражением придаточных пазух носа (гайморит + фронтит, гайморит + сфеноидит) – 21,8 % и 11 %.

Все исследования проводились по единой программе, с использованием одних и тех же технических средств. Общий стаж работы, возраст, распределение по полу на момент поступления на работу у этих групп существенно друг от друга не отличался.

Анализ заболеваемости показал, что в основной группе хронический синусит диагностировался в более молодом возрасте и рецидивы заболевания наблюдались чаще, чем в контрольной ( $p > 0,05$ ).

Так как все хронические синуситы диагностировались в стадии обострения, то основными лучевыми признаками в обеих группах были снижение или отсутствие пневматизации пораженных пазух и клеток решетчатой кости.

Кроме этого, у больных основной группы чаще наблюдались двухстороннее поражение придаточных пазух, деструкция их костных стенок, утолщение слизистой клеток сосцевидного отростка при отсутствии клинических признаков заболевания среднего уха ( $p > 0,05$ ).

При повторных лучевых исследованиях, проводимых после наступления клинической ремиссии хронического синусита у больных основной группы (по данным МРТ или КТ), лучевые признаки утолщения пристеночной слизистой при катарально-отечной форме, исчезали на 2-3 месяца позже, чем в контрольной, а у 27 % этих больных основной группы, через 6-12 лет после начала заболевания, наблюдался переход одной из форм хронического гайморита в другую: катарально-отечной формы в гиперпластическую, а гиперпластической в полипозную.

Таким образом, течение хронических синуситов при длительном контакте с пороговыми и надпороговыми дозами производных азота протекают более неблагоприятно, в виде частых рецидивов заболевания, с вовлечением в процесс нескольких пазух, деструкцией костной стенки пораженной пазухи, переходом более благоприятной формы хронического гайморита в более неблагоприятную.

КОКОВ А.Н., СИЗОВА И.Н., МОЙСЕЕНКОВ Г.В., ЖУРАВЛЕВА И.Ю.,  
СЕМЕНОВ С.Е., БАРБАРАШ Л.С.

ГУ НПП лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН,  
г. Кемерово

## НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ПОТОКА В АОРТЕ МЕТОДОМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

**Ц**елью исследования явилось изучение возможности неинвазивной оценки структуры потоков крови в восходящем отделе аорты (ВоА) в зависимости от типа протеза, использованного для замещения аортального клапана.

**Материалы и методы.** Изучены три типа протезов аортального клапана: бескаркасные протезы «АБ-Моно-Кемерово» и «АБ-Композит» и механические дисковые протезы «Эмикс-21». Средний возраст пациентов составил  $49 \pm 3,6$  лет, обследованы они через 0,5-1 год после реконструктивных операций. Для получения информации о структуре потока в норме обследовали здоровых добровольцев. В качестве метода визуализации использовали кино-МРТ сердца

на магнитно-резонансном томографе «Magnetom OPEN» с магнитным полем 0,2 Тесла.

**Результаты.** Кровь при кино-МРТ играет роль естественного контраста и представляется яркой. Но с появлением турбулентного потока возникает разнонаправленность движения крови, и яркий сигнал теряется. В норме высокоскоростной поток в восходящем отделе аорты, по данным кино-МРТ, формирует зону турбулентного потока вдоль передне-правой стенки ВоА. Распространяясь до дуги аорты, этот поток формирует неустойчивое течение в брахиоцефальных сосудах.

Существенно отличается от данной схемы структура потока при дисковых клапанах. При

проведении кино-МРТ пациентам с дисковым механическим клапаном, в проекции ВоА отмечены 3 зоны потока крови. Две из них представлены турбулентным потоком вдоль стенок аорты, начинающимся сразу от краев диска клапана и продолжающимся до перехода ВоА в дугу аорты. Между ними возникает отрыв потока и индуцируется дополнительная зона завихрения в надклапанном пространстве, что приводит к потере МР-сигнала. При закрытии клапана эта локальная турбулентность распространяется в синусы Вальсальвы без образования вихрей Хила, что приводит к образованию застойных зон и микротромбов.

Более естественную функцию обеспечивают бескаркасные биологические клапаны. Они позволяют сохранить при функционировании нормальное взаимоотношение всех элементов корня аорты. На сегодняшний день нами используются две модели биопротезов: АБ-МОНО и АБ-КОМПОЗИТ. При проведении кино-МРТ у пациентов с бескаркасными протезами аортального клапана АБ-МОНО отмечен центральный тип потока через клапан. Но из-за мышцы в основании правой коронарной створки в фазу открытия клапана потоку приходится огибать этот выступ, теряя энергию. Распространяясь вдоль створок клапана, пристеночный поток, как и в норме, направляется в синусы Вальсальвы с образованием эффективного циркулярного движения. Турбулентный поток, формирующийся в восходящем отделе аорты, распространяется от надклапанного пространства вдоль переднеправой стенки ВоА с максимумом в области ее наибольшего изгиба, достигает дуги аорты. Направление потока совпадает с таковым у здоровых лиц, но в случае бескаркасного протеза протяженность зоны турбулентного потока больше. При закрытии клапана АБ-Моно, в надкла-

панном пространстве формируются вихри Хила, препятствуя застою в синусах и обеспечивая непрерывный приток к коронарам. Бескаркасный протез АБ-композит более приближен к анатомии нормального аортального клапана вследствие замены правой коронарной створки на некоронарную. При сравнении кино-МРТ бескаркасных протезов, пристеночный турбулентный поток при КОМПОЗИТЕ более приближен к норме по ширине и протяженности.

Корень аорты в надклапанном сегменте, как у здоровых лиц, так и у пациентов с бескаркасными протезами аортального клапана, имеет трапециевидную форму, тогда как при механическом клапане его форма приближается к прямоугольной, что, по-видимому, объясняется жесткой манжетой механического клапана, которая не позволяет фиброзному кольцу функционировать в физиологическом режиме.

#### *Выводы:*

1. Неинвазивная оценка структуры потока крови в восходящем отделе аорты возможна с применением низкопольной кино-МРТ, которая позволяет определить качественные характеристики потока крови в области аортального клапана, визуализировать турбулентный поток и определить его направление.

2. По данным кино-МРТ, структура потока в восходящем отделе аорты у пациентов с имплантированными механическими дисковыми протезами носит нефизиологический характер.

3. Бескаркасные биологические протезы обеспечивают структуру потока в восходящем отделе аорты, приближенную к физиологической. При этом, бескаркасный протез «АБ-Композит» наиболее приближен к анатомической и физиологической норме.

КОЧЕМАСОВА О.И., ИЛЬИНА Н.А.  
МУЗ Детская клиническая больница № 7,  
г. Кемерово

## ПРОГРЕССИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ – НА СЛУЖБЕ ДЕТЯМ «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

**П**оследнее десятилетие характеризуется ростом патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), как у взрослых, так и у детей. В структуре этих заболеваний основное место по частоте и разнообразию поражения органов и систем принадлежит кислотозависимым заболеваниям, к которым относятся гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), хронический гастрит, хронический гастродуоденит, язвенная

болезнь. Если частота гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни в детской популяции остается относительно стабильной, то, применительно к ГЭРБ, отмечается отчетливая тенденция к нарастанию частоты этого заболевания. Именно эти тенденции и дали основание группе экспертов ВОЗ образно назвать ГЭРБ «болезнью 21 века».

Гастроэзофагеальный рефлюкс – это моторные нарушения верхних отделов желудочно-ки-

печного тракта, сопровождающиеся обратным забросом желудочного содержимого в пищевод с развитием в дальнейшем разнообразных морфологических изменений слизистой оболочки пищевода. Частота его, по данным разных авторов, колеблется в диапазоне 18-25 % в популяции детей, страдающих расстройствами пищеварения.

Чаще всего ведущими симптомами заболевания верхних отделов пищеварительного тракта являются боль в животе, отрыжка, тошнота, изжога в результате нарушения двигательной функции и кислотообразования.

В МУЗ ДКБ № 7 внедрены современные методы диагностики кислотозависимых заболеваний верхних отделов ЖКТ на ранних стадиях.

- диагностика хеликобактерной инфекции неинвазивным методом (дыхательный тест на цитровом Хелик-аппарате). Открытие инфекционной природы формирования хронических форм воспаления желудка и 12-перстной кишки является важным достижением гастроэнтерологии последнего десятилетия; комплекс лечебных мероприятий принципиально зависит от наличия хеликобактерной инфекции;

- суточный рН-мониторинг на аппарате Гастро-скан-24, который является «золотым стандартом» диагностики патологического ГЭР и позволяет фиксировать рефлюкс, определить степень его выраженности (физиологический или патологический), выявлять зависимость рефлюкса от провоцирующих факторов (характер питания, положение тела, прием медикаментов и др.), определять уровень кислотности в разное время суток, подобрать индивидуально адекватную терапию;

- УЗИ пищевода и желудка у детей раннего возраста с целью диагностики моторных нарушений;

- эндоскопическое обследование, проводится при подозрении на эрозивный или язвенный процесс.

Существует зависимость между болезнями респираторного и желудочно-кишечного тракта. Частой причиной возникновения заболеваний органов дыхания является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). ГЭР может вызывать респираторные заболевания двумя путями: прямым, путем заброса агрессивного желудочного содержимого в пищевод, и непрямым (невральным) с возникновением рефлекторной реакции респираторного тракта в виде кашля, бронхо-, ларингоспазма, осиплости голоса. Впоследствии, при длительном существовании рефлюкса, симптомы могут перерасти в хроническое бронхолегочное заболевание

В настоящее время доказано:

- у 65-88 % детей с бронхиальной астмой, муковисцидозом, рецидивирующим бронхитом выявляется ГЭР различной степени выраженности;

- у 53 % детей с бронхиальной астмой выявлена хеликобактерная инфекция;

- степень бронхоспазма выше у пациентов с хеликобактериозом.

Детей с патологией бронхолегочной системы необходимо обследовать у гастроэнтеролога. До 85 % детей с астмой, у которых выявлена ГЭРБ, демонстрируют исчезновение респираторных симптомов после курса лечения рефлюкса.

КРЫШТАЛЕВ К.И., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., МАЛЬЦЕВА Е.Ю.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**П**ортальная гипертензия — комплекс нарушений, возникающий вследствие повышения давления в системе воротной вены. К развитию портальной гипертензии приводит целый ряд различных заболеваний и патологических состояний. На начальном этапе развития проявления портальной гипертензии мало выражены. В дальнейшем, при прогрессировании заболевания, осложнения портальной гипертензии могут явиться причиной гибели больного. Портальная гипертензия подразделяется на надпеченочную, вследствие окклюзии печеночных и/или нижней полой вен (болезнь/синдром Budd-Chiari), констриктивного перикардита и др.; внутрпеченочную, вслед-

ствие поражения печени (цирроз печени); внепеченочную, вследствие тромбоза воротной вены и ее ветвей. В литературе описаны «классические» проявления портальной гипертензии: асцит, спленомегалия, расширение вен портальной системы. Но данные признаки не являются специфичными для портальной гипертензии. Спленомегалия может быть проявлением любого инфекционного заболевания, в т.ч. вирусного гепатита. Асцит может наблюдаться при недостаточности кровообращения, гипопроотеинемии и др. Расширение вен портальной системы возникает далеко не во всех случаях портальной гипертензии, часто диаметр воротной вены нормальных размеров или уменьшен.

При синдроме Budd-Chiari отсутствует визуализация печеночных вен на фоне диффузного поражения печени, гепатомегалии, асцита. Спленомегалия выражена мало. Для надпеченочной портальной гипертензии характерно наличие гипертрофии хвостатой доли печени, которая, порой, достигает больших размеров. Это обусловлено наличием вен, которые непосредственно дренируются в нижнюю полую вену, а не в печеночные вены. Наиболее часто к развитию синдрома портальной гипертензии приводит цирроз печени. Наиболее специфичным признаком цирроза печени является наличие бугристого контура печени, при условии отсутствия ее очагового поражения. Данный признак хорошо заметен на фоне асцита. При отсутствии свободной жидкости в брюшной полости выявление его проблематично и требует внимания от исследователя. Другим признаком цирроза является наличие порто-системных коллатералей. Наиболее часто при циррозе встречается реканализация пупочной вены (параумбиликальная вена). Данный сосуд может быть легко обнаружен с помощью УЗИ. Пупочная вена начинается от умбиликальной части левой ветви воротной вены, далее проходит в круглой связке печени, в дальнейшем может идти в виде одного ствола под передней брюшной стенкой по направлению к пупку, либо «рассыпаться» на мелкие стволы непосредственно по выходе из печени. Реканализованная пупочная вена может достигать больших размеров (автор наблюдал пациентку с диаметром пупочной вены 4 см). Как правило, большой диаметр вены сочетается с отсутствием или с небольшой выраженностью пищевода варикоза и, следовательно, с низкой вероятностью кровотечения из него. Другие порто-системные коллатерали встречаются реже, либо не определяются при помощи УЗИ. Расширение вен портальной системы также является признаком портальной гипертензии, но проявляется на поздних стадиях болезни. Нормальными значениями диаметра воротной вены считается 12-14 мм, селезеночной и верхней брыжеечной – 6-8 мм. Соответственно, превышение этих значений может быть признаком портальной гипертензии.

Возможности УЗИ расширяются с использованием доплерометрии. Для синдрома портальной

гипертензии характерно снижение скорости кровотока в воротной вене до 15 см/с и ниже. При развитии реканализации пупочной вены скорость кровотока в воротной вене может возрасти и превышать нормальные значения. При развитии порто-системных коллатералей, в частности, пищевода варикоза, доля кровотока в селезеночной вене увеличивается и превышает 40 % от общего портального. При развитии спленоренального анастомоза в селезеночной вене может наблюдаться гепатофугальный кровоток. При большом порто-системном шунтировании через коллатерали гепатофугальный кровоток может наблюдаться и в воротной вене. При циррозе печени изменения происходят и в артериальном русле. Так, отмечается увеличение кровотока в селезеночной и верхней брыжеечной артериях, суммарный кровоток в этих сосудах в норме не превышает 85 % от портального. При развитии портальной гипертензии он может превышать портальный. «Излишек», т.о., шунтируется через коллатерали. В ряде случаев отмечается усиление кровотока в собственной печеночной артерии, т.н. артериализация печеночного кровотока. В норме доля печеночной артерии не превышает 25 % от общего печеночного кровотока. При циррозе она превышает 30 %.

Для внепеченочной портальной гипертензии характерно наличие тромбоза воротной вены, ее ветвей, селезеночной или верхней брыжеечной вен. Причинами развития тромбоза могут быть злокачественные новообразования поджелудочной железы, печени, острые воспалительные процессы брюшной полости (панкреатит, аппендицит, холецистит), в ряде случаев причина не может быть достоверно установлена. При УЗИ могут быть выявлены соответствующие причины развития тромбоза. Тромб выглядит как зона снижения эхогенности в просвете сосуда, с течением времени эхогенность его повышается, происходит его реканализация. Для тромбоза характерно развитие коллатералей в печеночно-двенадцатиперстной связке, воротах печени, околопупырных и парапанкреатических в виде тонких извитых трубчатых структур. При тромбозе селезеночной вены – спленомегалия. Возможно развитие порто-кавальных коллатералей.

КУЛЫШЕВ В.О., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., МАЛЬЦЕВА Е.Ю.  
Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

**П**аховые грыжи являются распространенным хирургическим заболеванием, встречающимся в любом возрасте, и составля-

ющим 75-80 % среди всех пациентов, страдающих грыжами живота. Анализ результатов диагностики и лечения наружных грыж живота показал,



что они далеки от идеала. Нами усовершенствована методика ультразвукового исследования и разработана подробная эхоэмиотика паховых грыж.

За последние 3 года обследованы 435 пациентов (370 мужчин и 65 женщин) в возрасте от 18 до 83 лет. Всем проведено комплексное клиническое и ультразвуковое исследование. Исследование выполняли с помощью прибора Aloka-SSD-1700 с линейным датчиком 5-10 МГц. При проведении обследования пациент с паховой грыжей находился в положении лежа на спине. Датчик располагался выше и параллельно паховой связки таким образом, чтобы на экране монитора визуализировалась паховая связка, наружная подвздошная артерия и вена. При исследовании в В-режиме при напряжении передней брюшной стенки и покашливании определяли наличие грыжевого выпячивания. Затем, изменяя плоскость сканирования отмечали патологическое смещение тканей в исследуемой области и одновременно визуализировали дефект задней стенки пахового канала (внутреннее паховое кольцо), и определяли длину пахового канала. Следующим этапом оценивали содержимое грыжевого мешка. Петли кишечника определялись как образования округлой формы с наличием перистальтики и пузырьками воздуха. Сальник, заполняющий грыжевой

мешок визуализировался как образование повышенной эхогенности однородной структуры.

Затем, при использовании дуплексного сканирования, визуализировали нижнюю надчревную артерию. Расположение грыжевого мешка латеральнее относительно анатомического хода артерии свидетельствовало о наличии косой паховой грыжи, медиальнее — прямой паховой грыжи.

В ходе исследования также оценивалась протяженность неизменной поперечной фасции, состоятельность мышечно-апоневротического каркаса пахового канала, высота пахового промежутка, толщина семенного канатика, и сопутствующие грыжевому выпячиванию патологические образования паховой области и яичек (водянка оболочек яичка, киста семенного канатика и др.). Все обследованные больные оперированы в плановом и экстренном порядке. Существенных различий данных, полученных при ультразвуковом исследовании и интраоперационных данных нет.

Таким образом, у больных с грыжей паховой области по данным ультразвукового исследования возможно выявить и оценить ряд значимых для последующего оперативного лечения количественных и качественных характеристик грыжевого выпячивания и сопутствующую патологию паховой области.

МОЗЕС К.Б., ДИК В.А.

*МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово*

## АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПО ДАННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Ц**ель: проанализировать структуру изменений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта по данным эндоскопического исследования в зависимости от распространенности процесса и возраста.

**Методы:** Проведен анализ 10642 протоколов эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта выполненных гастроэзофагоскопом Olympus GIF XQ-20 за 3 года на базе крупной территориальной поликлиники.

**Результаты:** Изменения слизистой оболочки ВОПТ не выявлены у 3% обследуемых. Это были пациенты молодого возраста (младше 35 лет). В 97% выявлены разнообразные изменения. У 54,8% пациентов патологические изменения ограничивались одной локализацией, преимущественно в желудке (93%), реже слизистой двенадцатиперстной кишки (в 5,8% случаев), пищевода — 1,3%. Распространенные изменения

слизистой оболочки встречались у 45,2% обследуемых. В 98,6% случаев отмечены поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, и только у 1,4% больных в процессе были заинтересованы слизистая пищевода и желудка. В структуре патологических изменений СО ВОПТ ограниченной локализации преобладали не язвенные изменения по типу гастрита, дуоденита (55,6%), эрозивно-язвенные состояния 30,6%, опухоли, геморрагии — 13,8%. У лиц молодого возраста (до 35 лет) не язвенные изменения составили 56,7%, эрозивно-язвенные 28,3%, опухоли не выявлены. В среднем возрасте (от 35 до 60 лет) не язвенные поражения обнаружены у 52,5%, отмечается рост эрозивно-язвенных процессов до 35,5%, полипы обнаружены у 4%. У лиц старше 60 лет так же преобладают среди локализованных процессов не язвенные изменения 58,5%. Частота эрозивно-язвенных остается в пределах 26,2%

(близкой к лицам моложе 35 лет). Но нарастает частота обнаружения полипов до 8,1 % и у 6 % заподозрен рак. Среди распространенных изменений СО ВОПТ преобладали эрозивно-язвенные состояния 65,8 %, не язвенные состояния составили 25,7 %, опухоли 8,5 %. В зависимости от возраста, у лиц моложе 35 лет эрозивно-язвенные процессы встречались в 58,2 %, в среднем возрасте 64,3 %, у пожилых 76 %. Полипы выявлены у

0,4 % больных до 60 лет и у 1,3 % старше 60 лет. Рак заподозрен в 2,7 % случаев.

*Выводы:* Структура патологических изменений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта зависит от распространенности и возраста. При распространенных процессах преобладают эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки. Частота их, так же как и опухолей, увеличивается с возрастом.

НЕПША Г.А.

*МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово*

## РОЛЬ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РАБОТЕ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ

**В**ажное место среди диагностических служб Клинической поликлиники № 5 занимает клиническая лабораторная диагностика, поставляющая объективную диагностическую информацию, необходимую врачам-клиницистам для своевременного принятия правильного решения и контроля за эффективностью проводимого лечения. Лабораторное отделение имеет в своем составе клинический, биохимический, иммунологический и бактериологический отделы.

В клиническом отделе проводятся необходимые исследования для диагностики бронхолегочных заболеваний, заболеваний ЖКТ, мочеполовой системы, крови.

В биохимическом отделе проводятся исследования белкового, углеводного, липидного, пигментного, водно-солевого обменов, а также исследуются ферменты (АСТ, АЛТ, амилаза, щелочная фосфатаза, холинэстераза), делаются коагулологические исследования.

В иммунологическом отделе беременные женщины обследуются на групповую и резус принадлежность, на антитела при групповой и резус несовместимости матери и плода.

В бактериологическом отделе проводятся исследования, связанные с клинико-диагностической работой и направленные на выявление возбудителей из биологических сред организма, определяется их чувствительность к антибиотиками.

В соответствии с этим, определяются основные задачи клинико-диагностической лаборатории: обеспечение повседневных запросов лечащих врачей; внедрение новых методов исследований; оказание консультативной помощи в выборе наиболее диагностически информативных тестов, для своевременного принятия правильного решения и контроля эффективности проводимого лечения.

В последние годы, несмотря на известные трудности, в целом сохранялись положительные тенденции в развитии клинической лабораторной диагностики.

За последние три года среднее количество исследований на 100 посещений возросло, и составило 90,3 анализа.

В структуре лабораторных исследований занимают: общеклинические и гематологические 70,9 %; биохимические 15,5 %; иммунологические 5,9 %; бактериологические 5,5 %; цитологические 2,2 %.

Особенно стоит отметить увеличение исследований на КУМ. Последнее десятилетие характеризуется резким ухудшением эпидемиологической обстановки по туберкулезу.

Нарушение липидного обмена является важным фактором риска развития и прогрессирования, различных сердечно-сосудистых заболеваний в первую очередь ишемическую болезнь сердца. Своевременная и правильная диагностика и интерпретация измененного липидного профиля является необходимым.

В 2002 году освоена новая методика исследования — липидограмма.

Продолжается рост исследований на глюкозу крови. Выявление нарушения происходит либо случайно при рутинном скрининге, либо в ходе диспансерного обследования пациентов.

В июле 2004 года освоена новая методика исследования определения гликозилированного гемоглобина, которое важно для ранней диагностики сахарного диабета и коррекции лечения.

Проведенное исследование показывает высокую диагностическую ценность лабораторных исследований в работе врачей поликлиники, а также рост этих исследований.



ПРУДЕЙ Т.А., ДЕМИДОВА Т.В.  
МУЗ Клинический диагностический центр,  
г. Кемерово

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА

**Ж**елезо в человеческом организме играет важную роль в регуляции обмена веществ, в процессах транспорта кислорода, тканевого дыхания, в активации и ингибировании ферментных систем, в поддержании иммунной резистентности. Дефицит железа, так же как и его избыток, приводят к серьезным нарушениям этих процессов.

По данным ВОЗ число лиц с железодефицитной анемией составляет около 200 миллионов. Железодефицитные состояния являются причиной снижения работоспособности, увеличения восприимчивости к вирусным заболеваниям, вызывают задержку роста и развития детей. Перегрузка и отравление железом приводит к активации процессов, способных вызвать гибель клеток. В связи с этим своевременная диагностика нарушений обмена железа и последующий мониторинг лечения требуют знаний не только патофизиологических механизмов, но и правильной интерпретации лабораторных показателей метаболизма железа.

Пул железа, находящегося в организме, распределен таким образом, что на долю железа, входящего в состав эритрокариоцитов костного мозга и циркулирующих эритроцитов приходится до 65 % железа, тканевое железо (ферменты, содержащие железо, миоглобин) составляют около 15 %, депонированное железо (связанное с ферритином, гемосидерином) – 20 %, а на долю транспортного железа (связанного с трансферрином) приходится 0,1-0,2% от общего количества железа.

С диагностической точки зрения важно оценивать как эритропоэз (исследовать концентрацию гемоглобина, количество эритроцитов, определять МСН и MCV), так и транспортный и запасный (депонированный) фонды железа, то есть определять уровень сывороточного железа, трансферрина (транспортного железа) и ферритина (депонированного железа). Выполнить такой диагностический алгоритм можно, располагая специальным оборудованием. Клинико-диагностическая лаборатория Диагностического центра располагает такой возможностью и предлагает такого рода исследования.

Использование данного алгоритма исследования нарушений обмена железа дает возможность проводить дифференциальную диагностику анемий. Чрезвычайно важно при дифференциальной диагностике отличить железодефицитную анемию (первичную) от других гипохромных анемий, так как только при ЖДА показано лечение препара-

тами железа. При других гипохромных анемиях препараты железа могут вызвать симптомы вторичного гемохроматоза.

Если дефицит железа связан с нарушением распределения его в организме (перемещение железа из сыворотки в депонированную форму в клетках РЭС), то лечение препаратами железа будет только увеличивать перегрузку РЭС и не приведет к повышению синтеза гемоглобина.

Наиболее часто возникает необходимость дифференцировать ЖДА от хронических анемий, связанных с инфекциями, опухолями, сидеробластной анемией или талассемией. Наиболее важный диагностический признак – это количество резервного (депонированного) железа. Эти различия могут быть идентифицированы на основе определения ферритина в сыворотке крови. Все другие формы анемий, кроме ЖДА, протекают с нормальным или повышенным резервным железом и, соответственно, с нормальным или повышенным уровнем ферритина. Определение концентрации ферритина является «золотым» стандартом на современном этапе диагностики.

В большинстве клинико-диагностических лабораторий диагностика нарушений метаболизма железа ограничивается определением сывороточного железа и ОЖСС-общей железосвязывающей способности. ОЖСС – непрямой метод оценки уровня трансферрина. Определение ОЖСС технически проще, и поэтому этот тест часто подменяет определение трансферрина.

Однако, по литературным данным, измеряется связывающая способность сыворотки на 15-20 % больше, чем истинная связывающая способность трансферрина, так как используемый в методике ОЖСС реактив  $FeCl_3$  насыщает *in vitro* не только места связывания трансферрина, но также связывается с альбумином,  $\alpha_1$ -,  $\alpha_2$ -глобулинами сыворотки крови.

Поэтому в диагностический алгоритм следует включать определение трансферрина и ферритина на основе прямых методов (турбидиметрии, нефелометрии, латексагглютинации).

Следует отметить, что диагностическая значимость отдельных показателей метаболизма железа при определенных физиологических условиях и при большинстве патологических процессов не позволяет установить действительную причину нарушения обмена железа. Во избежание ложного диагноза и дальнейшего неправильного лечения необходимо определять все лабораторные параметры метаболизма железа и интерпретировать их на основе физиологических закономерностей.

Создав у себя в лаборатории новый диагностический алгоритм с помощью программируемого фотометра, мы имеем возможность наи-

более полно диагностировать отдельные этапы нарушений метаболизма железа в человеческом организме.

ПУЗАКОВА О.Ю., ЧУРКИН М.В., ЗАЙЦЕВ С.А.  
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**В**арикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и кардиального отдела желудка — один из кардинальных симптомов портальной гипертензии (ПГ). Кровотечения из них являются причиной летальных исходов у большинства таких больных. Своевременная эндоскопическая диагностика позволяет подтвердить факт наличия ВРВ, распознать их как источник геморрагии, прогнозировать риск рецидива кровотечения и определять возможности эндоскопической коррекции варикоза.

За период 2002-2004 гг., в условиях эндоскопического отделения ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского, обследовано 159 пациентов с циррозом печени и внепеченочными формами ПГ, у которых в процессе фиброгастроуденоскопии (ФГДС) выявлен варикоз вен пищевода и желудка, возраст больных от 17 до 69 лет.

Объективными критериями оценки состояния вен эзофагокардиального участка являются:

1. Диаметр вен (использовалась классификация N. Soehendra — K. Binmoeller, 1997): 1 степень варикоза обнаружена у 53 (33,3 %, n = 159), 2 — у 57 (35,9 %), 3 — у 49 (30,8 %).

2. Тип варикоза (преимущественно стволовая форма наиболее удобна для эндоскопической коррекции): стволовой тип выявлен у 154 (96,9 %), смешанный — у 5 (3,1 %).

3. Локализация вен (при наличии варикозных стволов в кардиальном отделе желудка от эндоскопических вмешательств целесообразно отказаться): распространение ВРВ ограничивалось дистальной третью пищевода у 58 (36,5 %), нижней и средней третью — у 68 (42,8 %), вены в пищеводе и кардиальной отделе желудка обнаружены у 30 (18,9 %), локальная заинтересованность кардиального отдела имела место у 3 (1,9 %).

4. Наличие «красных маркеров» — отмечены у 55 (34,6 %), и явлений эрозивного эзофагита — диагностирован у 20 (12,6 %). Существенное значение имеет обнаружение признаков портальной гастропатии (ПГП): признаки ПГП легкой степени («мозаичная» слизистая) найдены у 46 (28,9 %),

тяжелой — в 24 (15,1 %) случаях. ПГП тяжелой степени (подслизистые геморрагии и острые геморрагические эрозии) может быть причиной желудочного кровотечения у пациентов с ПГ, таких больных в наших наблюдениях было двое.

К субъективным критериям состояния ВРВ можно отнести выбухание вен над поверхностью слизистой и их реакцию на инсуффляцию воздуха. Оценивая эти признаки в динамике можно косвенно судить о снижении давления в системе воротной вены.

ФГДС является обязательной в алгоритме диагностического поиска у пациентов, поступающих с клиникой пищеводно-желудочного кровотечения, эти больные должны подвергаться экстренному эндоскопическому обследованию. Всего таких больных было 28 (17,6 %, n = 159) (из них, 2 человека с внепеченочной ПГ). Источниками кровотечения у них являлись — ВРВ пищевода (21), ВРВ кардиального отдела желудка (5), ПГ тяжелой степени (2). Активное поступление крови из дефекта в стенке вены обнаружено в 11 случаях (39,3 %, n = 28), признаки состоявшегося кровотечения (фиксированные тромбосгустки, белые тромбы на верхушках вен) — в 15 (53,6 %). Наличие тромбов на стенках вен, присутствие «красных маркеров», истончение стенки варикозных вен (синошная окраска варикозных стволов), отсутствие реакции на инсуффляцию воздуха были вероятными признаками угрозы рецидива кровотечения.

Помимо вышеописанных, выявлены следующие эндоскопические изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит — 159 (100 %, n = 159), в том числе атрофический — 11, хронический дуоденит — 29, острые язвы желудка — 7, эрозивный бульбит — 10, острые и хронические эрозии антрального отдела желудка — 25, полипы желудка — 29.

28 пациентам, с целью верификации изменений слизистой тела желудка, выполнена биопсия слизистой (3-4 биоптата): атрофический гастрит подтвержден у 22 (78,6 %, n = 28), фовеолярная

гиперплазия слизистой – у 19 (67,9 %), субэпителиальное полнокровие микроциркуляторного русла – у 22 (78,6 %), очаговый аденоматоз – у 11 (39,3 %), кишечная метаплазия – у 4 (14,3 %), микрогеморрагии – у 11 (39,3 %), активность гастрита 0-1 степени – у 12 (42,9 %), активность 1-2 степени – у 2 (7,1 %).

Столь подробное описание ВРВ и динамические осмотры позволяют хирургам и эндоскопистам достаточно объективно оценивать эффективность проводимой консервативной терапии, определять в дальнейшем показания к эндоскопическим методам коррекции и оперативным вмешательствам на ВРВ.

СЕМЕНОВ С.Е., ТЕН С.Б., МОЛДАВСКАЯ И.В., ВЛАД А.Р.

ГУ НПП лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН,  
МУЗ Городской клинической диагностической центр,  
г. Кемерово

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ НЕИНВАЗИВНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Н**ами в группе 215 пациентов (от 18 до 75 лет, в среднем  $43,5 \pm 13,9$ ) с внутречерепным венозным застоем была определена эффективность в диагностике гемодинамически значимой обструкции церебрального венозного кровотока методов неинвазивной лучевой диагностики: магнитно-резонансная томография (МРТ), магнитно-резонансная ангиография (МРА) без контрастного усиления, ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) и транскраниальная доплерография (ТКДГ). Контрольная группа – 104 человека (от 18 до 63 лет, в среднем  $42,0 \pm 9$ ).

Под обобщающим термином гемодинамически значимой обструкции церебрального венозного кровотока мы подразумевали гемодинамически значимую компрессию брахиоцефальных вен, а также церебральный венозный тромбоз любой локализации, как частичный, так и полный. Учитывались случаи верификации с использованием данных рентгеновской контрастной ангиографии (2 случая), интраоперационного (9 случаев) и секционного (3 случая) подтверждения диагноза, СКТА (55 случаев) и МРА с контрастным усилением (55 случаев).

Диагностическую эффективность МРТ головного мозга для гемодинамически значимой обструкции церебрального венозного кровотока в основных парных коллекторах рассчитывали с использованием симптома изменения сигнала в T2 взв. изображении в проекции сигмовидного синуса, как наиболее стабильного признака патологии: чувствительность – 64 %, специфичность – 76,5 %, диагностическая точ-

ность – 70,4 %. Диагностическую эффективность двухмерной время-пролетной МРА (без контрастного усиления) в основных парных коллекторах рассчитывали с использованием симптома отсутствия сигнала потока: чувствительность – 60,5 %, специфичность – 86,5 %, диагностическая точность – 73,8 %.

В целом МРА (без контрастного усиления) для гемодинамически значимой обструкции всех локализаций имеет чувствительность – 67,2 %, специфичность – 77,3 %, диагностическую точность – 71,8 %. Диагностическую эффективность УЗДС рассчитывали с использованием критерия асимметрии объемного кровотока по внутренним яремным венам (коэффициент асимметрии более 3).

Эффективность УЗДС в диагностике обструкции основных парных венозных коллекторов выше, чем МРТ и МРА: чувствительность – 79 %, специфичность – 92,5 %, диагностическая точность – 85 %.

Диагностическую эффективность ТКДГ рассчитывали с использованием критериев отсутствия локации и/или значительного повышения скорости кровотока в интракраниальных венозных структурах.

Для базальных вен Розенталя и верхних глазничных вен считалась повышенной скоростью более 15 см/с, для вены Галена и прямого синуса – более 30 см/с. Эффективность ТКДГ в сравнении с МРТ, МРА и УЗДС оказалась наиболее низкой: чувствительность – 63,7 %, специфичность – 63,7 %, диагностическая точность – 65 %.

СЕМЕНОВ В.В., КОЧУРОВА Г.И., ДУБОВОЙ А.В.  
МУЗ Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово

## ПОЗИТИВНАЯ МИЕЛОГРАФИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

**П**озитивная миелография является одним из самых распространенных лучевых методов исследования, применяемых у больных с грыжами поясничных дисков для качественной диагностики дискорадикулярного конфликта и определения показаний к оперативному лечению. Данный метод технически не сложен, не требует дорогостоящей аппаратуры и, при правильном исполнении, довольно легко переносится пациентами с корешковым компрессионным синдромом.

Суть метода заключается в контрастировании субарахноидального пространства посредством эндолумбального введения позитивного контрастного вещества. Для этих целей используются водорастворимые контрасты такие, как омнипак или ультравист. Эти вещества, как правило, дают высокую информативность (95-96 %) и в тоже время не вызывают серьезных осложнений (В.П. Берснев, 1998).

В данной работе изучена информативность контрастного метода исследования при статической нагрузке на пораженный межпозвонковый диск.

Нами был проведен анализ результатов позитивной миелографии со статической нагрузкой, произведенной 22 пациентам с дегенеративным поражением поясничных дисков, находившимся на стационарном лечении в ГКБ № 3. Среди них было 14 мужчин и 8 женщин в возрасте от 26 до 64 лет. У пациентов на момент обследования выявлялись клинические проявления корешкового компрессионного синдрома.

Методика позитивной миелографии, выполняемой нами, следующая. У больных с подозрением на грыжу межпозвонокового диска люмбальную пункцию делали в положении больного на боку, иглу вводили в межкостистый промежуток, расположенный выше предполагаемого пораженного диска. В противном случае можно не попасть в субарахноидальное пространство и дополнительно вызвать усиление болевого синдрома из-за наличия грыжевого выпячивания на уровне проведения люмбальной пункции. После прокола твердой мозговой оболочки выводили 3-5 мл ликвора, с целью проведения лабораторных исследований, а затем вводили ультравист 240 в количестве 8-10 мл. Сразу после этого

переводили больного в сидячее положение на 1 минуту для концентрации препарата в люмбальном саке и производили рентгенографию поясничного отдела позвоночника в горизонтальном положении в трех проекциях: прямой, боковой и косой.

Следующим этапом производили рентгенографию в положении больного стоя в двух проекциях: прямой и боковой.

Результаты позитивной миелографии, проведенной по традиционной методике, сравнивали с результатами контрастного исследования при статической нагрузке. У 19 пациентов результаты оказались одинаковыми. В 17 случаях были выявлены рентгенологические признаки грыж межпозвонковых дисков, а в двух оставшихся признаки протрузий.

У троих больных данные проведенной миелографии значительно отличались. В одном случае у пациента с выраженным болевым синдромом дискорадикулярного конфликта на поясничном уровне в горизонтальном положении не было обнаружено. Однако в положении стоя выявлены явные признаки грыжи диска L5-S1. У другой пациентки при традиционной методике миелографии дефекты наполнения контрастного вещества в позвоночном канале также отсутствовали. При статической нагрузке выявлена грыжа диска L4-L5. В третьем случае у больной со стойким болевым синдромом выявлены грыжи дисков L4-L5 и L5-S1, которые определялись в горизонтальном положении как незначительные протрузии.

Данные позитивной миелографии со статической нагрузкой у этих троих пациентов явились решающим фактором при определении показаний к оперативным вмешательствам.

Таким образом, на основании проведенного нами исследования можно сделать вывод о том, что при проведении позитивной миелографии на поясничном уровне у больных с подозрением на грыжу межпозвонкового диска необходимо применять статическую нагрузку на позвоночник, особенно в тех случаях, когда дискорадикулярный конфликт не обнаруживается в горизонтальном положении пациента. Информативность данного лучевого метода исследования при этом значительно возрастает.



ТОКАРЕВА Л.И., ШАТАЛОВА Н.В.  
 МУЗ Клинический консультативно-диагностический центр,  
 г. Кемерово

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ *HELICOBACTER PYLORI*. КРИТЕРИИ ИХ ИЗМЕНЧИВОСТИ

**В** настоящее время, общепризнанной причиной развития воспалительно-дисрегуляторных процессов в желудке является инфицирование *Helicobacter pylori*. Диагностика инфекции *H. pylori*, осуществляется методами, непосредственно выявляющими бактерию или продукты ее жизнедеятельности в организме больного.

Нами используется метод идентификации степени обсемененности *H. pylori* слизистой оболочки желудка в мазках-отпечатках биопсийных образцов, окрашенных по Романовскому-Гимзе.

Исследование проведено у 393 пациентов обеих полов, возраст 18-60 лет, с патологией верхних отделов ЖКТ.

Анализ накопленных результатов показал, что:

- в 70 % случаев патология верхних отделов ЖКТ ассоциирована с *Helicobacter pylori*.

- несмотря на свое название, *H. pylori* колонизирует не только антральный, но и фундальный отдел желудка. Важно, что у 10 % больных *H. pylori* удается выявить лишь в фундальных биоптатах. У 16 % больных обсемененность *H. pylori* слизистой оболочки желудка установлена только в антральном отделе; в 74 % случаев — и в антральном отделе и в теле желудка, только с разной степенью контаминации.

- кроме того, обращает на себя внимания тот факт, что при средней и низкой степени обсеменения слизистой оболочки *H. pylori*, наряду со спиралевидными (вегетативными) формами *H. pylori*, выявляются кокковые формы, которые находятся в некультивируемом, хотя и жизнеспособном состоянии, обладают всеми основными свойствами, присущими вегетативным формам.

Нами проведен анализ на присутствие кокковой формы *H. pylori* всех результатов микроскопии мазков — отпечатков биоптата слизистой оболочки желудка, в которых за время наблюдения выявлялись спиралевидные формы *H. pylori*, в разных сочетаниях степени и отделов контаминации.

По данным нашего исследования прослеживается следующая закономерность соотношения спиралевидной и кокковой форм *H. pylori* :

- в антральном отделе кокковые формы определялись достаточно редко (в 5 % случаев), т.е. при высокой степени контаминации спиралевидной формой *H. pylori* почти во всех случаях кокковые формы отсутствуют, тот же результат имеет место и при отрицательном результате маз-

ка-отпечатка биоптата на *H. pylori*, при выявлении *H. pylori* ранее;

- в теле желудка прослеживается обратная зависимость количественной и качественной структуры *H. pylori*: при уменьшении степени обсеменения спиралевидной формой *H. pylori*, увеличивается количество кокковой формы *H. pylori*. Кроме того, при уменьшении степени обсеменения спиралевидной формой *H. pylori* антрального отдела желудка, отмечается появление и увеличение количественного состава кокковой формы этого микроорганизма в теле желудка.

Видимо, переход *Helicobacter pylori* в кокковую форму обусловлен неблагоприятными условиями среды обитания, лишением необходимых органических субстратов, воздействием субингибирующих концентраций антимикробных агентов, особенно при использовании гипосекреторных препаратов, повышающих pH среды до уровня, который несовместим с жизнедеятельностью микроорганизма. *H. pylori* вынужден переселиться в тело желудка. При этом количественный состав микроорганизма остается высоким, меняется только форма *H. pylori*, происходит переход спиралевидной формы в некультивируемую кокковую форму.

Такое разнообразие вариантов сочетания степени и форм контаминации *H. pylori* связано, видимо, с генетическими особенностями микроорганизма, факторами вирулентности, состоянием иммунной системы человека.

Кроме того, всем пациентам с эрозивно-язвенными поражениями желудка и луковицы ДПК, после подтверждения обсемененности слизистой оболочки желудка *H. pylori*, был проведен курс эрадикационной терапии по схеме (ОАК) — комбинация омепрозола с амоксициллином и кларитромицином, назначаемый в течение одной недели.

Результаты исследования были следующими:

- при контрольной эндоскопии через 14 дней оказалось, что дефекты зарубцевались и эпителизировались, соответственно, у 100 % больных, получавших терапию ОАК.

Это доказывает, что рекомендуемая и применяемая схема лечения язвенной болезни (ОАК) обеспечивает высокий уровень заживления неосложненных язв ДПК и желудка, быстро купируются основные клинические проявления болезни;

- спиралевидная форма не выявлялась. Кокки выявлялись в 90 % случаев.

Следовательно, проводимые схемы терапии не дают полной эрадикации и способствуют появлению кокковидных форм бактерий, фактически представляющих собой одну из стадий биологического цикла *H. pylori*. Но антибиотиками, устраняя один из факторов патогенеза, способствуют репаративным процессам даже при неуспешной эрадикации *H. pylori*, за счет

снижения плотности бактерий или ее агрессивной формы.

Поэтому для успешной эрадикации *H. pylori*, в дополнение к стандартным схемам лечения Нр-оза и его последствий, необходимо изыскивать лекарственные средства, воздействующие на бактерии, находящиеся в некультивируемом состоянии.

ФИЛИППОВ П.Г., АРХАНГЕЛЬСКИЙ В.В., МАЛЬЦЕВА Е.Ю.  
*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## СЛУЧАЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Локализация плодного яйца вне полости матки, в маточных трубах, в индустриально развитых странах составляет в среднем 12-14 случаев на 1000 беременностей, и отмечается рост данной патологии. В России по разным авторам от 6 до 10-13 на 1000 беременностей. В разных странах от 1,4 до 13. Яичниковая беременность 1-2 случая на 1000 и брюшная 3 случая на 1000 беременностей. Шеечная беременность встречается с частотой 0,01 %.

Врачами ультразвуковой диагностики данная патология, в виду малой ее частоты, чаще расценивается как маточная беременность. Иногда с признаками угрозы прерывания, или без таковых, на фоне субсерозной фибромиомы тела матки. За субсерозный фиброматозный узел принимается не увеличенная в размерах, без плодного яйца в полости, матка. Причиной локализации и прикрепления плодного яйца в шейке матки являются: перенесенные воспаления в полости матки и эндометрия, аборт и выкидыши с выскабливаниями, когда в результате нарушения нейрорецепторного аппарата матки плодное яйцо не может прикрепиться к ее стенке.

Выявляемость данной патологии по данным трансабдоминального УЗИ составляет от 25 % до 77 %, (процент увеличивается при увеличении срока и прогрессировании беременности), при проведении трансвагинального УЗИ процент выявляемости увеличивается. Особенность данной патологии заключается в том, что осложненное течение беременности приводит к развитию кровотечения, единственным методом остановки которого, является экстирпация матки.

Наиболее часто ошибки в диагностике данной патологии могут возникать у врачей ультразвуковой диагностики с малым опытом работы, особенно, когда ими не берутся во внимание данные жалоб, клиники, анамнеза, сопоставления их с результатами ультразвукового исследования. В литературе описан единственный случай ультра-

звуковой диагностики шеечной беременности в раннем сроке 4-5 недель, когда удалось избежать инвалидизации пациентки и сохранить ее репродуктивную функцию.

Мы располагаем клиническим наблюдением случая шеечной беременности. Пациентка Х., 24 лет, поступила в гинекологическое отделение одной из городских больниц города Кемерово в дежурный день по направлению из женской консультации по поводу: «Беременность 7 недель, угроза прерывания беременности, субсерозная фибромиома тела матки». Беременность четвертая, желанная. Предыдущие две закончились медицинскими абортами, один из них с кровотечением и повторным выскабливанием по поводу неполного аборта, еще один — самопроизвольным выкидышем с выскабливанием. В анамнезе — эндометрит, воспаление придатков матки. При трансабдоминальном ультразвуковом исследовании (Aloka SSD-650, конвексный датчик 3,5 МГц) установлено: шейка матки значительно укорочена. В полости матки визуализируется одно плодное яйцо с живым эмбрионом, сердцебиение определяется. Срок соответствует 8 неделям гестации. Убедительных данных за отслойку хориальной ткани не выявлено. Из области дна матки исходит субсерозный фиброматозный узел на широком основании размерами 68×49×60 мм, без явных деструктивных изменений. Придатки не визуализируются. Свободной жидкости в заднем своде нет. Отмечено затруднение визуализации из-за плохого наполнения мочевого пузыря. Учитывая отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, желание женщины вынашивать беременность, отсутствие выраженных признаков угрозы прерывания и отслойки хориальной ткани, даже при наличии субсерозной фибромиомы, которая теоретически не должна была препятствовать развитию и росту плодного яйца и беременности в полости матки, решено пролонгировать беременность. Назначена соответствующая



терапия. Спустя 12 часов после поступления, у пациентки появились мажущие кровянистые выделения из половых путей.

С целью уточнения ситуации, для принятия решения о тактике ведения, коррекции в лечении, проведено повторное УЗИ. При трансабдоминальном исследовании установлено: шейка матки в средне-верхней трети увеличена бочкообразно. В ней визуализируется плодное яйцо с живым эмбрионом, с определяющимся сердцебиением, по КТР соответствует 8 неделям гестации. Плодное яйцо не округлой, а овоидной формы, средний внутренний диаметр его отстает от размеров КТР и соответствует 6-7 неделям гестации. Явных признаков отслойки оболочек не визуализируется.

Матка несколько увеличена в размерах до 3-4 (!) недель, эндометрий гравидарно изменен и гиперплазирован. Данных за фибромиому матки не выявлено. Придатки не визуализируются. Свободной жидкости в заднем своде и малом тазу нет. Мочевой пузырь без особенностей. Заключение: прогрессирующая шеечная беременность, 8 недель гестации.

Учитывая отсутствие выраженного, угрожающего жизни женщины, кровотечения, явных данных по УЗИ признаков отслойки плодного яйца, проводилось наблюдение до утра. Утром была выполнена операция: Экстирпация матки без придатков. При гистологическом исследовании диагноз подтвержден.

ШИБАЕВ А.Г.

*МУЗ Клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово*

## ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

**В**озможности суточного мониторинга делают эту методику совершенно необходимой при обследовании и лечении большинства больных аритмиями. Нарушение ритма и проводимости — одно из основных показаний к суточному мониторингу. Основное преимущество этой методики заключается не столько в скорости обследования пациента, сколько в качестве этого обследования. Именно суточное мониторирование показало, что большинство аритмий встречается гораздо чаще, чем считалось ранее. С использованием СМ мы существенно выигрываем в качестве диагностики аритмий, но не сокращаем время обследования больных, так как гораздо чаще выявляем аритмии, требующие дальнейшего обследования и лечения.

Рассматривая преимущества СМ при обследовании пациентов с нарушением ритма и проводимости принято сравнивать эту методику со стандартной электрокардиограммой. Вероятность обнаружения «аритмических событий» при мониторинге возрастает в 2400 раз. Нарушения функции синусового узла и АВ — проводимости чаще проявляются в вечернее и ночное время в связи с повышением тонуса парасимпатической нервной системы, что сводит к минимуму диагностическую ценность ЭКГ при этих аритмиях.

Из 752 исследований, сделанных в поликлинике нарушение ритма подтверждено и впервые выявлено у 90 % обратившихся; при этом в 100 % выявлены наджелудочковые нарушения ритма, а желудочковые — в 45 % случаев. В 5 % случаев не исключен синдром слабости синусового узла.

10 % и 20 % приходится на АВ и СА блокады, соответственно.

Повторное проведение суточного мониторинга показало эффективность назначенной терапии (уменьшение количества наджелудочковых экстрасистол, снижение градации по Лауну, восстановление синусового ритма), аритмогенность кордарона.

Нарушения ритма и проводимости сердца — не единственное событие, которое позволяет выявлять СМ. Одним из основных показаний к проведению мониторинга является наличие или предположение о наличии ишемии миокарда. Достаточно часто аритмии и ишемия миокарда сочетаются друг с другом. При этом причинно-следственные отношения между ними могут быть различными. Чаще всего можно видеть появление ишемической депрессии сегмента S-T на фоне пароксизма какой-либо наджелудочковой тахикардии, обычно фибрилляции предсердий или АВ-тахикардии. Значительно реже такие же изменения появляются на фоне какой-либо брадиаритмии (АВ-блокады высокой степени) или после продолжительных пауз (остановка синусового узла). Иногда к появлению изменений реполяризации может вести гемодинамически-неадекватные желудочковые аллоритмии: бигеминия, тригеминия. С другой стороны, сама ишемия миокарда может оказаться непосредственной причиной появления нарушения ритма или проводимости сердца: наджелудочковых или желудочковых аритмий (в том числе жизнеопасных), нарушений АВ-проводимости или функции синусового узла. Установлено:

у больных с нестабильной стенокардией и хронической коронарной недостаточностью до 80% всех эпизодов ишемии являются «немыми».

В поликлинике при суточном мониторинге ишемии миокарда была выявлена у 70 % пациентов. 30 % из них пришлось на безболевою форму у пациентов старшей возрастной группы (возможная причина – снижение чувствительности болевых рецепторов миокарда, эквивалентом боли в этом случае чаще всего является одышка.); болевая форма ишемии миокарда зарегистрирована у 40 %.

Процентное соотношение выявленной ишемии миокарда по возрасту: 30-39 лет – 5 %, 40-49 лет – 9 %, 50-60 лет – 14 %, старше 60-ти лет – 72 %.

Оценку тех или иных результатов суточного мониторинга ЭКГ для дифференциальной диагностики или подтверждения диагноза следует проводить с учетом других электрокардиографических синдромов. Заключительный диагноз по результатам СМ следует формулировать с учетом клинической картины заболевания.

Таким образом, суточное мониторирование ЭКГ является важным диагностическим методом для диагностики нарушений ритма и ишемии миокарда, он позволяет получить ценную информацию для проведения дифференциальной диагностики в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения.





---

## РАЗДЕЛ IV.

### СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО: УСЛОВИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ



## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНВАЗИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Известно, что внедрение передовых методов диагностики и лечения требует от медицинского персонала компетентности и профессионализма. С марта 2003 года в Кемеровском областном перинатальном центре внедрены новые виды исследований – инвазивные методы пренатальной диагностики: амниоцентез, кордоцентез, биопсия хориона (в 2003 г. проведено 3, в 2004 г. – 11 исследований). Инвазивная пренатальная диагностика представляет собой внутриматочные вмешательства под контролем ультразвука, с целью получения плодного материала для последующего анализа и выявления хромосомных аномалий для плода.

Данные исследования проводятся в операционной родильного дома под местным обезболиванием. При проведении инвазивного обследования основная роль принадлежит врачу. Однако данная манипуляция проводится совместно с медицинской сестрой, имеющей высокую квалификационную подготовку. Для согласованности работы от медицинской сестры требуется знание не только анатомо-физиологических особенностей женского организма, но и четкое представление о принципе и последовательности проводимого об-

следования, возможных осложнениях. При внедрении данного исследования врачом была проведена теоретическая подготовка медицинской сестры на рабочем месте. Перед проведением процедуры медицинская сестра, совместно с врачом, проводит подготовку женщины и рассказывает ей этапы данного исследования, объясняет, какие негативные ощущения могут возникнуть у нее во время и после данного исследования.

В обязанности медицинской сестры входит подготовка медицинского оборудования, накрытие стерильного стола с необходимыми инструментами. При заборе биологического материала у плода особое внимание обращается на соблюдение правил асептики и антисептики и обеспечение инфекционной безопасности, как пациентки, так и медперсонала. После проведения исследования беременная в течение 2-х часов наблюдается медицинской сестрой кабинета в условиях готовности оказания экстренной медицинской помощи при возникновении осложнений.

Таким образом, внедрение новых технологий в медицинскую практику требует от медицинской сестры овладения дополнительными знаниями и умениями по каждой конкретной новой методике.

БУШ Е.Н., КУЧКОВА Л.В.  
МУЗ Городской клинический диагностический центр,  
г. Кемерово

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Функциональные методы исследования являются важнейшей составляющей современной медицины. Некоторые методики применяются очень широко в силу их скринингового характера, другие, более сложные, проводятся по индивидуальным показаниям, в зависимости от пути диагностического поиска. Такие методы нередко имеют решающее значение при постановке правильного диагноза. Исследование функции органов и систем не только обеспечивает новую информацию для постановки диагноза, но и помогает оценить динамику и эффективность проводимого лечения.

Основной задачей отдела функциональной диагностики является углубленное обследование

впервые обратившихся и наблюдающихся в динамике пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, периферической и центральной нервной системы.

При проведении всех электрофизиологических и биофизических исследований огромная ответственность ложится на медицинскую сестру. Для получения достоверных результатов необходимо оценить потребность пациента в проведении данного исследования, возможностей избранного метода, а также грамотно подготовить пациента к проводимому исследованию.

Огромное значение имеет информированность пациента, ведь, зачастую, пациент не знает деталей и ожидаемых результатов данного исследова-

дования. Медицинская сестра, в рамках своей компетенции в доступной форме, должна объяснить пациенту характер и цель исследования, предупредить о возможных неприятных ощущениях, возникающих в ходе обследования, и получить согласие на выполнение методики. Особенно тщательно эти принципы и подходы должны осуществляться в тех кабинетах, где функциональные исследования проводятся детям.

Важная роль медицинской сестры после подготовки пациента заключается в ассистировании врачу при проведении диагностических методов исследований, или самостоятельное проведение инструментальной части данного вида исследования. Этот этап деятельности медицинской сестры требует от нее умения и навыков быстрого и качественного фиксации электродов, основанных на знании анатомии, схем и методов наложения электродов при различных методах диагностики; умения отличать фактическую запись от артефактной; устранения всевозможных помех и создания безопасной среды для пациента и персонала кабинета; соблюдения техники безопасности. Слаженная работа врача и медицинской сестры значительно ускоряет проведение сеанса обследования без потери качества диагностики, что благоприятно сказывается на настроении пациента и его вере в выздоровление.

В 2004 году на базе МУЗ «ККДЦ» авторами был проведен социологический опрос пациентов, пришедших на обследование в отдел функцио-

нальной диагностики. На вопрос: «Достаточно ли Вы были информированы о сути проводимого исследования?», 80 % пациентов ответили положительно; 20 % пациентов были информированы недостаточно. Причинами последнего, как выяснилось, являются следующие факторы: большой поток пациентов, нехватка времени, как у пациентов, так и у медицинского персонала для детального обсуждения сути и порядка предстоящего исследования, недостаточное количество выпускаемой в Диагностическом центре печатной продукции: памяток, проспектов и т.д.

После анализа сложившейся ситуации, нами были проведены следующие мероприятия: проведен конкурс на изготовление с последующим копированием в достаточном количестве памяток по подготовке к тем или иным функциональным методам исследования, больше внимания и времени стали уделять лицам пожилого возраста, детям и пациентам с ограниченными возможностями. Медицинская сестра стала оценивать и контролировать ситуацию во время проведения исследования, что привело к значительному улучшению оказания медицинской помощи пациенту в целом.

Таким образом, внимательный и терпеливый подход медицинской сестры во время подготовки больного к исследованию, ее высокая квалификационная помощь врачу, — это те факторы, которые способны значительно повысить качество предоставляемых медицинских услуг в отделениях функциональной диагностики.

ВЕГНЕР О.А.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово*

## НОВОВВЕДЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**П**риемное отделение развернуто на первом этаже терапевтического корпуса и имеет удобную систему организации. На сегодня площадь отделения составляет 637 м<sup>2</sup>, при нормативе 446 м<sup>2</sup>. Это позволило выделить отдельный кабинет для каждого специалиста, всего шесть кабинетов, отделить регистратуру — теперь пациенты, поступающие на плановую госпитализацию, попадают напрямую в отделение, минуя основной комплекс приемного отделения, где осуществляется прием экстренных больных.

В каждом кабинете с врачом работает медсестра. В отделении имеются две палаты, в которых развернуто 10 коек для больных, поступающих по экстренной службе, но не нуждающихся в экстренном оперативном вмешательстве, а также для динамического наблюдения пациентов. В палате

работает медсестра, которая ведет постоянное наблюдение, выполняет назначения врача и осуществляет уход за пациентами. Пациент может находиться на диагностической койке до 3-х суток, по движению он проводится за отделением, лечение осуществляется под контролем врача того отделения, за которым он проведен.

Приемное отделение располагает прекрасной базой диагностических отделений и вспомогательных служб. В отделении имеется просторный манипуляционный кабинет, где проводятся ПХО ран, блокады, пункции, инъекции. Каждый кабинет оборудован согласно профилю службы. В приемном отделении хранятся набор медикаментов и запас растворов, на случай массового поступления больных. Во всех кабинетах проведена централизованная подводка кислорода и вакуум-



экспирации. Имеются удобный санитарный блок, туалет и душ для сотрудников, бытовая комната, две раздевалки для персонала, камера хранения вещей, куда сдаются на хранение вещи поступивших пациентов, временный гардероб.

В вестибюле хирургического корпуса работает справочное бюро приемного отделения, предоставляющее информацию о движении больных, консультативных приемах, режиме работы больницы и другую необходимую информацию.

В приемном отделении нет дежурных дней. Особенно напряженная работа идет по вторникам, пятницам и субботам — когда дежурят все службы больницы и общее поступление больных достигает до 210 человек в сутки. В эти дни бригады дежурных врачей и сестер усилены, а работой дежурного персонала руководит менеджер приемного отделения. Менеджерами приемного отделения назначаются старшие медицинские сестры с повышенным или высшим образованием, обладающие организаторскими способностями. Во время дежурства она, по сути, является вторым человеком в больнице после ответственного дежурного врача. В своей работе руководствуется нормативными документами, приказами и распоряжениями главного врача больницы, должностной инструкцией и морально-этическим кодексом больницы. Менеджер решает все организационные вопросы работы отделения, регулирует поток поступающих больных, управляет действиями персонала, совместно с ответственным дежурным

врачом организует перетранспортировку пациентов в другие ЛПУ города или доставку домой. Проводит анкетный опрос по удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в приемном отделении, с анализом и отчетом на конференции.

Должность менеджера приемного отделения введена относительно недавно, с февраля 2005 года, но мы уже имеем положительные результаты: практически исключены необоснованные задержки пациентов на диагностическом этапе. Если есть необходимость в обследовании или наблюдении, которое длится продолжительное время, менеджер объясняет пациентам и их родственникам, с какой целью оно назначено и сколько времени это займет, предупреждая, таким образом, возникновение конфликтных ситуаций в работе приемного отделения и облегчая работу дежурному персоналу.

С введением должности менеджера, безусловно, появился еще один важный момент — вырос приоритет медицинской сестры. Это особенно важно для медицинских сестер, получивших высшее образование по специальности «Медицинская сестра — менеджер». Ведь старшая медицинская сестра-менеджер находится на одном уровне с врачом. Конечно, возрастает и ответственность, но ведь именно для улучшения качества медицинской помощи и для повышения престижа своей профессии медицинские сестры получают высшее образование.

---

ДОЦЕНКО А.П., ГЕРВАЛЬД Т.А., ГАЛАКТИОНОВА Л.И.  
ГУ Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово,  
МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 11,  
г. Кемерово

## ИЗ ОПЫТА НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**Р**еформа здравоохранения в России предъявляет новые требования к специалистам сестринского дела. Сестринский персонал рассматривается как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения в доступной медицинской помощи. Выполнение медицинской сестрой разнообразных задач по оказанию медицинской помощи пациентам, включающих выполнение назначений врача, гигиенические процедуры, ведение документации, обработку медицинского инструментария и др., налагает на нее определенную ответственность, повышая роль медицинской сестры в лечебном процессе.

Сегодня здравоохранение нуждается в медицинских сестрах, способных творчески подойти

к своей деятельности, в образованных профессионалах.

По нашему мнению, важным фактором, повышающим качество медицинской помощи, является система непрерывного образования специалистов сестринского дела, призванная обеспечить рост профессиональной квалификации медицинских сестер.

МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 11 является крупным лечебно-консультационным специализированным комплексом. Поликлиника оснащена новейшим стоматологическим оборудованием, что позволяет, с учетом современных технологий, оказывать различные виды стоматологической помощи населению. В поликлинике работают 31 специалист

сестринского дела, на которых ложится большая нагрузка. Объем обязанностей медицинских сестер достаточно велик. Медицинская сестра должна приготовить необходимый инструментарий, лекарственные препараты, пломбирочный, перевязочный и другие расходные материалы. Медицинские сестры ведут необходимую документацию, ассистируют врачам на стоматологическом приеме «в четыре руки» при проведении различных операций. Большая нагрузка ложится на медицинских сестер по обеспечению правил санитарно-эпидемиологического режима.

Повышение уровня компетентности медицинских сестер, совершенствование их теоретической подготовки и практических навыков являются в этих условиях действенной мерой, способствующей повышению качества медицинской помощи.

С этой целью в МУЗ ГКСП № 11 постоянное внимание уделяется обучению и переподготовке специалистов сестринского дела. Все специалисты учреждения, не реже одного раза в 5 лет, проходят учебу на курсах повышения квалификации на базе Кемеровского областного медицинского колледжа и имеют сертификат специалиста. Аттестовано специалистов сестринского дела – 93,5 %, из них высшую квалификационную категорию имеют 61,3 %. МУЗ ГКСП № 11 имеет положительный опыт сотрудничества с Кемеровской государственной медицинской академией, сотрудники которой постоянно привлекаются для проведения семинарских занятий по разным темам с сотрудниками поликлиники, включая и средних медицинских работников.

Ежемесячно в поликлинике проводятся профессиональные практические конференции, кото-

рые готовят ведущие специалисты поликлиники. Тематика занятий основывается на анализе деятельности, результатах обходов, перекрестных проверок, зачетов-тестирований. Она определяется также плановым совершенствованием знаний по специальности, неотложным состояниям, обеспечению инфекционной безопасности.

В помощь специалистам сестринского дела в каждом кабинете укомплектованы папки, содержащие необходимую документацию по организации работы медицинской сестры, алгоритмы действия при неотложных состояниях, формы и образцы заполнения стандартной документации, алгоритмы действия по соблюдению инфекционной безопасности и т.п. Все планы по повышению профессиональной подготовки, стандарты, алгоритмы утверждаются главным врачом.

При устройстве на работу новых сотрудников определяется уровень их исходных знаний и практических навыков. Их обучение проводится по индивидуальной программе, что позволяет новым сотрудникам быстро включаться в производственную деятельность.

Эффективность работы по повышению квалификации сотрудников оценивается путем тестового контроля знаний. Практикуется решение ситуационных задач. Практические навыки оцениваются при плановых обходах. В 2004 году в поликлинике внедрена автоматизированная система оценки знаний специалистов сестринского дела по различным темам.

На наш взгляд, целенаправленная систематическая работа по повышению квалификации специалистов сестринского дела является необходимым звеном повышения качества сестринской помощи.

ИВАНОВА Н.И., ВАСЮТИНСКАЯ Ю.В.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## РАБОТА АКУШЕРКИ В УСЛОВИЯХ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

**В** последнее десятилетие значительно выросла роль акушерки, которая из технического исполнителя назначений врача превращается в самостоятельного думающего работника, умеющего проанализировать цель и результаты любой процедуры, а также предугадать возможные осложнения проводимых мероприятий.

Наш родильный дом один из самых больших в городе, ежегодно в нем рождается около трех тысяч малышей, и все они проходят через добрые и умелые руки акушерок родового отделения. В 2004 году в отделении проведена полная реконструкция – из предродовых палат на несколько

рожениц и общих родильных залов (на 3-4 родильных стола) было сделано 10 индивидуальных родильных блоков. Пациентка находится в одном из них с момента поступления до окончания раннего послеродового периода. Каждый родовой блок оборудован всем необходимым для наблюдения за роженицей и плодом в первом периоде родов, для приема родов и ведения третьего и раннего послеродового периодов. Появление индивидуальных родильных блоков помогает эффективнее внедрить в работу родового отделения сестринский процесс. Коллективом отделения, совместно с главной сестрой больницы, разрабо-



таны «Лист динамического наблюдения за роженицей в первом периоде родов» и «Лист сдачи смен дежурных акушерок», что помогает вести более тщательное наблюдение за роженицей и родильницей, и своевременно и в полном объеме устранять проблемы, возникшие у персонала во время дежурства.

У акушерки родового отделения существуют специфические обязанности, которые она неукоснительно выполняет, так как от правильности ее действий зависит состояние, а порой и жизнь матери и плода, а потом новорожденного. В санпропускнике это — прием роженицы на роды, заполнение истории родов, измерение А/Д, пульса, температуры, наружных размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки, определение положения плода в матке, характера и частоты сердцебиений плода, осмотр кожных покровов и видимых слизистых. В первом периоде — это контроль общего состояния роженицы каждые 30 минут и фиксирование показателей в листе динамического наблюдения, наблюдение за характером родовых схваток, контроль за состоянием плода (ритм и громкость сердечных тонов, изменение их в соответствии со схваткой), отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз, своевременное информирование врача об изменениях, произошедших в состоянии женщины (излитие околоплодных вод, появление кровянистых выделений из родовых путей, изменение характера схваток, изменение ритма и тонов в сердечной деятельности плода), выполнение назначений врача, проведение психологического обезболивание родов. В период изгнания, когда резко возрастает физическая нагрузка на весь организм женщины, наблюдение за ней со стороны акушерки становится особенно пристальным. В этот период в задачу акушерки входит оценка общего состояния роженицы с учетом фоновых состояний (измерение А/Д и пульса, оценка окраски кожных покровов), контроль за характером родовой деятельности, определение частоты и звучности сердцебиений плода после каждой потуги, оказание акушерского пособия при рождении плода, уменьшение риска травматизма матери и ребенка.

Одновременно в родовом отделении дежурят три акушерки. Раньше они занимались работой каждая на своем посту (санпропускник, предродовая палата, родильный зал) и роженица, поступая на роды, передавалась от одной акушерки к другой. Сейчас, когда образованы индивидуальные родблоки, одна акушерка занимается с пациенткой с момента ее поступления в отделение до перевода в послеродовое отделение, что позволяет установить тесный контакт между роженицей и акушеркой. Роды окружены тайной, а люди всегда боятся того, чего не понимают. Молодые матери слушают ужасные истории о ро-

дах под наркозом или на операционном столе. В фильмах часто показывают страдание во время родов, но никогда удовольствие. Чтобы победить страх перед неизвестностью, акушерка уже в санпропускнике начинает беседовать с женщиной, объясняя, зачем нужно то или иное обследование или манипуляция. Общение продолжается и в родовом блоке, здесь женщина узнает как вести себя в первом периоде родов и в периоде изгнания, обязательно информируется о состоянии плода и проводимом медикаментозном лечении. Период раскрытия — это наиболее болезненный для женщины период родов. Множество факторов влияют на боль в родах, интенсивность их варьирует весьма широко, поэтому обезболивание родов — это не просто создание комфортных условий для матери, но и залог благополучного исхода родов и спокойствия женщины, так как роды — это не только боль, но и стресс. Обезболивание, которое может быть классифицировано как психологическое и фармакологическое, необходимо подбирать индивидуально в каждом случае. Акушерке родильного отделения необходимо владеть методикой психологического воздействия на сознание роженицы для уменьшения родовой боли, поэтому акушерка настраивает роженицу на правильное течение родов при разумном и адекватном ее поведении, объясняет и обучает приемам обезболивания (равномерное дыхание, использование различных поз, уменьшающих болезненные ощущения). Еще один плюс в использовании индивидуального родблока — это то, что роженица не отвлекается на крики и, порой, неадекватное поведение в родах других пациенток, она полностью концентрирует внимание на своем состоянии и ощущениях.

После рождения новорожденного на помощь акушерке приходит детская медсестра. Она проводит обработку малыша, прикладывает его первый раз к груди матери, объясняет, как нужно кормить ребенка, как за ним ухаживать. По истечении двух часов акушерка готовит родильницу к переводу в послеродовое отделение, дает ей рекомендации по гигиене, поведению, питанию. Работа в индивидуальных родблоках позволяет более строго соблюдать правила санэпидрежима, профилировать возникновение внутрибольничной инфекции. Все предметы ухода, инструментарий, перчатки дезинфицируются непосредственно в родблоке, а затем отправляются на дальнейшую обработку и стерилизацию в ЦСО. После перевода родильницы в послеродовое отделение, родильный зал «заливается» дезинфицирующим средством, и в нем проводятся генеральная обработка, ультрафиолетовое облучение, проветривание и бактериологический контроль.

Акушерство изучает специфические физиологические и патологические процессы, происходящие в организме женщины в связи с зачатием, бе-

ременностью, родами и послеродовым периодом. Развитие любой отрасли знаний неразрывно связано с общественным строем той или иной эпохи, им обуславливается и им определяется. Прогресс науки особенно сказался на развитии родовспоможения, охраны здоровья новорожденных, борьбы с детской и материнской смертностью. Без использования достижений различных медицинских дисциплин, как теоретических, так и клинических, нельзя правильно понять и оценить сущность процессов, происходящих в организме беременной женщины, роженицы, родильницы, а также в организме плода и новорожденного. Без этого не может быть намечена и осуществлена необходимая рациональная помощь. В акушерской практике физиологические процессы очень часто

внезапно переходят в патологические, а поэтому акушерская помощь носит неотложный характер. Правильно и своевременно оказанная акушерская помощь в громадном большинстве случаев позволяет спасти жизнь и сохранить здоровье и женщины, и ребенка.

Развитие и реформирование службы родовспоможения в России заставило пересмотреть отношение к специальности акушерки. От бабки-повитухи она поднялась на уровень партнера врача-акушера. И, наверное, ни с чем нельзя сравнить чувства, которые испытывает акушерка, видя слезы радости матери и слыша первый крик малыша, ведь исход родов в большой степени зависит от профессионализма акушерки, ее доброго сердца и ласковых рук.

КАЛАШНИКОВА Н.А.

МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово

## МЕДИЦИНСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРИНЦИПУ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Реформа первичной медико-санитарной помощи предполагает:

- переориентацию всей системы здравоохранения на ресурсосберегающие технологии;
- улучшение качества медицинской помощи;
- приближение медицинской и социальной помощи к пациенту;
- деформацию профилактической деятельности;
- повышение удовлетворенности населения первичной медико-санитарной помощью;
- подготовку населения к принятию ответственности за собственное здоровье;
- оказание лечебной и профилактической помощи конкретным врачом и медицинской сестрой всей семье в полном объеме;
- повышение медицинской и гигиенической грамотности пациентов;
- улучшение психологического климата в семье;
- улучшение преемственности оказания медицинской помощи на всех уровнях;
- развитие новых организационных форм оказания медицинской помощи;
- разработку системы подготовки, повышения квалификации и аттестации персонала учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Поэтапное реформирование отечественного здравоохранения призвано обеспечить выполнение основного объема профилактической и лечебной работы в системе первичной медико-санитарной помощи врачами и медицинскими сестрами общей

врачебной практики. Стало возможным оптимизировать организацию первичной медицинской помощи и ведение пациентов на базе новой структуры амбулатории врачей общей практики (АВОП).

*Цель исследования* — разработка комплексной организации первичной медико-санитарной помощи и ведение пациентов в реальных условиях амбулатории врачей общей практики.

Исследование проводилось на базе МУЗ Клинической поликлиники № 5 Ленинского района города Кемерово, в отделении общей врачебной практики. Количество прикрепленного населения к общей врачебной практике составило 12973 человека (42,9 % — мужчины и 57,1 % — женщины). В структуре населения 35,4 % составляют пенсионеры, из лиц трудоспособного возраста преобладают служащие 43,4 %.

Исследование носило характер «случай — контроль», основывалось на сопоставлении информации о пациенте до и после вмешательства по основному критерию оценки — истинному клиническому исходу. В качестве истинного клинического исхода использовали показатель качества жизни (кж). Накопленный опыт работы медицинского персонала общей врачебной практики показал, что навыки и умения врачей и медицинских сестер не могут охватить в полном объеме все разделы, традиционно относящиеся к компетенции «узких» специалистов. В ряде случаев врач и медицинская сестра общей практики начинают и заканчивают ведение пациентов самостоятельно; в других слу-



чаях необходима консультация профильного специалиста, ставя перед ним конкретные вопросы диагностического и лечебного плана и получая на них ответы. Определен перечень ситуаций, когда задача медицинского персонала общей врачебной практики исчерпывается постановкой раннего синдрома диагноза, пациент направляется к специалисту и, совместно со специалистом, осуществляется реабилитация, контролируется программа семейного воспитания и семейной профилактики.

В этих условиях медицинская сестра также не может оставаться просто помощницей врача, исполнительницей его назначений. Она должна взять на себя определенный объем самостоятельной работы и выполнять ее профессионально и с полной ответственностью.

Без ущерба для качества ведения больных удалось перевести в сферу компетенции врача общей практики более 20 % больных, наблюдавшихся у специалистов узкого профиля. Это позволило уменьшить число внешних консультаций специалистов, акцентировать их внимание на сложных диагностических и лечебных ситуациях ведения консультативного приема. Выявлены положительные экономические тенденции, при сравнении затрат на оказание помощи пациентам общей врачебной практики и возможных затрат на консультации узких специалистов согласно тарифам. Установлено, что ведение пациентов общей врачебной практики привело в 2004 году к экономии 100405 рублей (в среднем, 8367 рублей в месяц). Лечение в отделении общей врачебной практики (по усредненному случаю) обходится в 3-3,5 раза дешевле, чем оплата аналогичной услуги «узкого» специалиста.

Внедрение стационарозамещающих технологий в условиях дневного стационара, стационара на дому — одно из современных направлений медицинской помощи, приближающее ее к населению и одновременно сберегающее значительные финансовые ресурсы.

Социологический опрос населения по вопросам организации внебольничной медицинской помощи позволил выявить следующее:

1. Работой участковой службы полностью удовлетворены 49,5 %; частично — 37,2 %, не удовлетворены 7,1 % респондентов, при этом большая часть 86,7 %, в той или иной степени, удовлетворена работой участковой терапевтической службы.

2. Участковым педиатром полностью удовлетворены 53,7 %, частично 32,9 %, не удовлетворены 4,9 % респондентов, основная часть 86,6 % в той или иной степени удовлетворена работой участковой педиатрической службы.

3. Участковым акушером-гинекологом удовлетворены полностью 47,1 %, частично 30,1 %, не удовлетворены 9,6 % респондентов, а 77,2 % в той или иной степени удовлетворены работой участковой акушерско-гинекологической службы.

Необходимо отметить, что из участковых служб в большей степени респонденты удовлетворены работой терапевтической службы, и в меньшей степени — работой участковых акушеров-гинекологов, при этом значительное число респондентов работой участковой акушерско-гинекологической службы полностью не удовлетворены.

4. Работой узких специалистов полностью удовлетворены 32,2 %, частично 49,4 %, не удовлетворены 10,3 % респондентов. 81,6 % в той или иной степени удовлетворены работой узких специалистов.

Таким образом, респонденты оценивают работу участковой службы выше, чем узких специалистов (83,5 % и 81,6 %, соответственно).

Реорганизационные мероприятия, прежде всего, необходимы в поликлинических отделениях. Наиболее реальным является улучшение организации медицинской помощи населению в поликлинических отделениях. Оптимальность форм организации общей врачебной практики (по оценкам экспертов по пятибалльной шкале): групповая общая практика —  $4,2 \pm 0,9$ ; индивидуальная общая практика —  $4,0 \pm 0,9$ .

Таким образом, организация групповых общих врачебных практик несколько предпочтительнее индивидуальных общих врачебных практик.

КАЛИЧКИНА Е.А., СИТНИКОВА Г.А.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1,  
г. Кемерово*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ФАКТОРЫ ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

**Ш**ирокое использование антисептических средств в стоматологической практике определяется рядом факторов. До-

минирующим является огромное видовое и количественное разнообразие микроорганизмов, вегетирующих в полости рта и определяющих

многообразие клинических проявлений, вызываемых ими заболеваний.

Значимой для стоматолога является эффективность местного использования антисептиков в полости рта, обусловленная их медленной резорбцией в кровь и лимфу с места аппликации, что дает возможность создать необходимое время и стабильно достаточную концентрацию препарата в патологическом очаге. В то же время, в организме не создается субмикробостатической концентрации препарата, которая способствует селекции устойчивых к нему штаммов бактерий. Медленная резорбция антисептика в кровь из патологического очага не приводит к токсическому, аллергенному и мутагенному действию. И если при этом возникают аллергические реакции, то протекают они доброкачественно.

Это определяет необходимость рационального использования антисептических средств в практике, которая должна основываться на индивидуальной чувствительности организма пациента к препарату и чувствительности-устойчивости патогенных бактерий к нему.

В практической стоматологии используются антисептические средства с различным механизмом действия: деструктивным, окислительным, мембраноатакующим, антиметаболическим и антиферментным. Однако клиническая эффективность антисептика зависит не только от механиз-

ма его действия на бактерии, но и определяется такими критериями, как естественная или приобретенная резистентность бактерий к препарату, возможная микробная контаминация.

Микробная контаминация (загрязнение) антисептика может привести к развитию «лекарственной» инфекции, инфицированию инструментария, биодеградации и инактивации препарата. В результате инактивации антисептик может стать питательной средой не только для устойчивых, но и для чувствительных к нему штаммов бактерий. В связи с этим, необходимым условием, гарантирующим эффективность клинического использования антисептика, является соблюдение правил асептики медицинским персоналом и условий его хранения.

Кроме того, по нашему мнению, в число необходимых мероприятий, направленных на борьбу с ятрогенной инфекцией, должен быть включен поэтапный контроль стерильности антисептика. Он должен осуществляться не только в фармацевтических учреждениях, производящих препарат, но и в стоматологических учреждениях, при поступлении препарата и на этапе его клинического использования, независимо от сроков эксплуатации последнего. Только строгое соблюдение комплекса указанных мероприятий позволит максимально эффективно использовать антисептические средства и избежать развития ятрогенной инфекции.

КОЗЛЯТКИНА С.В.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского  
г. Кемерово*

## РОЛЬ ВЕДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

**С**фера деятельности медицинской сестры в настоящее время стала все более многогранна и широка. В первую очередь, медицинская сестра имеет дело со здоровым человеком с его проблемами, окружающей его средой, профилактикой заболеваний. Во вторую очередь, что, несомненно, бывает чаще, медицинская сестра вступает в круг общения с больным человеком, имеющим свои социально-психологические и другие виды проблем, которые она, включая обеспечение надлежащего сестринского ухода, должна решать самостоятельно.

Вследствие этого, проводимые изменения в области базового сестринского и последипломного образования уже давно необходимы и совершенно оправданы. Медицинские сестры являются самым многочисленным отрядом медицинских работников, которые трудятся в системе общей практики, поликлиники, больницах, учебных и

научно-исследовательских учреждениях, при этом занимают разные должности, и именно поэтому, необходим высокий уровень и объем знаний.

Улучшение эффективности работы лечебных учреждений зависит от профессиональных и личностных качеств медицинской сестры. Развитие медицинской науки, внедрение интенсивных медицинских и информационных технологий постоянно предъявляют новые требования к совершенно иному уровню сестринского образования, высокой степени компетентности и квалификации. В связи с этим, на базе МУЗ Городской клинической больницы № 3 им. М.А. Подгорбунского была введена новая должность – ведущий специалист.

Ведущий специалист определяется из числа высококвалифицированного сестринского персонала отделения по итогам анкетирования пациентов, сотрудников и показателям трудовой деятельно-

сти. Выбирается ведущий специалист по видам и профилю трудовой деятельности, а именно, ведущий специалист процедурного, перевязочного, смотрового кабинетов, отделения.

Ведущий специалист разрабатывает, совместно со старшей медицинской сестрой отделения, аттестационные анкеты, проводит экспертизу качества работы и зачеты по видам профессиональной деятельности для выявления дефицита знаний, навыков, умений. Помогает восполнить пробелы знаний путем проведения показательных занятий, лекций, реферативных докладов, конференций. Для коррекции недостатков в работе предлагается пройти стажировку с последующей сдачей зачета в школе профессионального мастерства. Школа была разработана главной сестрой больницы и ведущими специалистами на базе МУЗ Городской клинической больницы № 3 им. М.А. Подгорбунского. Ведущий специалист может вносить предложения по оптимизации деятельности, внедрению новых сестринских технологий, как на уровне отделения, так и на уровне руководства больницы. Врач, совместно с ведущим специалистом, озвучивает важные моменты восстановительного периода лечения, обращая внимание на всю тонкость сестринской работы. Изучая и разрабатывая материал по внедрению инноваций и новых методов работы сестринского

персонала, содействует улучшению качества сестринского процесса, оказанию квалифицированной медицинской помощи. Ведение динамических листов наблюдения за пациентами в предоперационный и послеоперационный периоды повышает эффективность работы медицинских сестер и, следовательно, скорейшее выздоровление пациентов. При обмене профессиональных знаний между специалистами разных функциональных и клинических отделений повышается уровень оказания психологической и медицинской помощи пациентам, готовящимся к разным функциональным диагностам или оперативному лечению. Ведущий специалист обучает медицинских сестер грамотно доводить информацию до больного о предстоящей с ним манипуляции, тем самым рассеивать сомнения и страхи, облегчая его страдания.

Уровень качества медицинской помощи зависит не только от отношения медицинских специалистов к своему делу, от личностных качеств, от того, насколько четко осуществляется взаимодействие внутри бригады «врач + ведущий специалист + сестра + санитарка», но и от понимания, что ведущий специалист – это не надзиратель, а наставник, коллега, товарищ. Все мы работаем на благо наших пациентов, стараемся добиться физического, психического комфорта, духовного успокоения и социального благополучия.

КОЛТУНОВА Е.В.

*МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово*

## УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПРОФЕССИЕЙ

Давно уже стала крылатой заповедь «здоровье надо беречь смолоду». Смысл этой народной мудрости многие из нас, к сожалению, постигают лишь в зрелые, а нередко и в преклонные годы. Не секрет, что здоровые люди часто не осознают этого своего преимущества, и в конце концов расплачиваются за такое легкомыслие. Основным фактором сохранения здоровья, продолжительности жизни человека, его физической и творческой работоспособности является здоровый образ жизни. Сохранение и поддержание здоровья на должном уровне – важнейшая задача каждого государства.

По данным ряда социологических исследований, состояние здоровья зависит от уровня здравоохранения только на 30 %, от состояния окружающей среды на 25 % и от отношения самого человека к своему здоровью на 50 %.

Каждая медицинская сестра, окончившая среднее медицинское учебное заведение, уже совершила подвиг, потому что решила посвятить

себя самой гуманной, самой милосердной профессии.

На протяжении всей жизни встречаются трудности, сомнения, переживания за каждого пациента. Не всегда гладко складываются взаимоотношения в коллективе, но самое, пожалуй, значимое – это тяжесть утрат. Поэтому каждой медсестре всегда нужны твердые профессиональные знания, способность сопереживания, ответственное отношение к своему долгу.

Медицинская сестра должна научиться сразу же завоевать авторитет среди пациентов любого возраста своей безупречной аккуратностью, тактичностью и вниманием. А также, уважать человеческое достоинство и никогда не стесняться обратиться за советом и помощью к своим коллегам, если возникнут сомнения.

Медицинская сестра координирует все взаимодействия пациента с медицинским персоналом. Именно она оказывается той, кто систематически подстраховывает обеспечение безопасного лече-

ния и ухода за пациентами, кто в состоянии выявлять и предотвращать ошибки. Опыт общения с больными, который есть только у медсестры, то, как она знает больного, помогает ей опережать события и выявлять потенциально возможные ошибки.

Прежде всего, в лице медицинской сестры мы вместо механического исполнителя назначений врача получаем самостоятельно мыслящего профессионала, который к выполнению назначений подходит творчески, в состоянии выявить определенные проблемы у конкретного пациента, наметить план их решения и добиться намеченной цели, не выходя за рамки лечебной тактики врача. А сегодня, в условиях лекарственного дефицита, уход становится едва ли не единственной «безотказной пилюлей», которую мы можем предоставить пациенту.

Не секрет, что медицина переживает сейчас трудные времена. Многие медицинские работники уходят из профессии в поисках более оплачиваемого занятия в жизни. В медицине остаются те, у кого есть идущее от сердца желание помочь другому человеку. Ведь по настоящему хорошая работа медика — это не просто работа за деньги, это служение. А жертвовать собой можно, лишь имея любовь и веру.

Реформы здравоохранения не могут развиваться и улучшаться без развития сестринского дела. Специалисты сестринского дела работают в самом непосредственном контакте с пациентом и обеспечивают качество его медицинского обслуживания. Медсестры являются первым и последним, наиболее постоянным звеном в контактах пациента с системой здравоохранения.

Поднять в обществе престиж специалиста со средним медицинским образованием можно за счет их профессионального роста.

Главной целью реформы образования является подготовка совершенно нового поколения специалистов, хорошо знающих свое дело, ориентированных на достижении высоких результатов в

охране здоровья населения, воспитанных в духе лучших традиций и достижений отечественной и мировой культуры, способных работать в условиях рыночной экономики и обновленного демократического общества.

Профессия медицинской сестры всегда остается профессией особенной, она требует не только отличных профессиональных знаний и навыков, но и любви, милосердия и сострадания, в которых нуждается каждый человек, тем более больной.

В нашей поликлинике проводится большая работа в плане улучшения социально-бытовых условий работы и жизни медицинских сестер.

Выделен цеховой врач для приема и наблюдения работников. Осуществляется оздоровление сотрудников поликлиники и их детей, как на базе учреждения, так и за его пределами, за счет средств социального страхования.

Каждые пять лет медицинские сестры сдают экзамены по сертификации. Специализация и обучение медицинских сестер поликлиники оплачиваются администрацией учреждения. Выделяются средства для оказания материальной помощи.

С медицинскими сестрами проводятся семинары, конференции, где они узнают много нового, а затем могут внедрить на своем рабочем месте.

Проводятся конкурсы между средними медицинскими работниками, там показывается мастерство в теории и практических занятиях, а также демонстрируют свое искусство в области художественной самодеятельности и кулинарии. Участники конкурсов поощряются. Конкурсы превращаются в праздники, а их участники еще раз ощущают значимость, высокий престиж профессии медицинской сестры.

Хочется пожелать всем своим коллегам, любите свою профессию, гордитесь ей, и будьте достойны звания медицинского работника. Помните советы «Не навреди», и «Спешите делать людям добро». Пусть всегда будет добрым ваше сердце, пусть будут умелыми ваши руки и всегда будет мудрым разум.

КОЧКИНА Т.В., ДУДА Е.Е., ШИБАИНКОВА А.Б.  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ СЕСТРИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОНМК НА ВТОРОМ ЭТАПЕ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Л**ечение больных, перенесших инсульт, включает в себя 3-4 звена поэтапного восстановительного лечения:

1. Специализированная бригада скорой помощи и неврологический стационар общего типа или нейрососудистое неврологическое отделение.



2. Неврологический стационар восстановительной терапии.

3. Поликлинический реабилитационный центр или восстановительное отделение поликлиники.

4. Специализированный санаторий.

В настоящее время, наряду с необходимостью совершенствования существующих и созданием новых методов реабилитации, весьма актуальна разработка новых технологий, повышающих качество и улучшающих эффективность реабилитации больных, перенесших инсульт. Такой новой технологией является «Сестринский процесс» в поэтапном процессе нейрореабилитации. В рамках сестринского процесса в нейрореабилитации больных, перенесших инсульт, соблюдаются основные принципы: раннее начало; непрерывность; комплексность сестринского ухода; вовлечение в процесс реабилитации больного и его семьи; преемственность на этапах реабилитации.

Сестринское дело направлено на решение проблем и нужд больного, его семьи. Отсюда ясно, что функции медицинской сестры значительно шире, чем простое выполнение назначений врача, и были пересмотрены в неврологическом отделении БВЛ.

При поступлении больного, перенесшего инсульт, медицинская сестра проводит:

- оценку физического и психического состояния больного, постановку сестринского диагноза с оценкой степени нарушения речевых, двигательных функций, психического состояния и степени нарушения социально-бытовых навыков;

- оценку потребностей пациента и его семьи;

- выявление потребностей, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены благодаря сестринскому вмешательству;

- определение первоочередных проблем со здоровьем;

- планирование и осуществление необходимого сестринского ухода, вовлечение пациента, а при необходимости, и членов его семьи, к уходу;

- использование принятых профессиональных стандартов;

- оценку знаний и навыков пациента, относящихся к сохранению и восстановлению здоровья;

- подготовку и предоставление нужной информации о состоянии здоровья и прогнозе на будущее;

- помощь пациенту в получении новых знаний и навыков;

- планирование ухода, обсуждение с пациентом плана и результатов ухода.

На основании полученных знаний о пациенте и врачебных назначений, заполняется следующая сестринская документация:

- Лист реабилитационных мероприятий;

- Карта контроля обследования и лечения пациента;

- Лист динамического наблюдения за пациентом;

- Сестринская история болезни (медицинский технологический протокол);

- Сестринская выписка из истории болезни.

В помощь медицинской сестре разработаны:

- алгоритмы действия медицинской сестры для больных, перенесших инсульт;

- памятки больным по приему гипотензивных, седативных, сердечных и противосудорожных препаратов;

- тексты бесед с больным и его родственниками по темам: вторичная профилактика инсульта; артериальная гипертензия — тактика и правила лечения; правила ухода за пациентом, перенесшим инсульт; психологическая помощь пациенту и семье; памятка родственникам по приемам ухода и правилам приема лекарств.

Важным звеном в реабилитации больных является работа с семьей, это способствует привлечению семьи к участию в реабилитационном процессе, т.е. к помощи больному при занятиях в домашних условиях лечебной гимнастикой, при овладении навыками самообслуживания, восстановления речи, чтения, письма. Все это так же возлагается на медицинскую сестру реабилитационного отделения.

Среднее пребывание пациента, перенесшего ОНМК, на втором этапе реабилитации (специализированный неврологический стационар) составляет 23-28 дней. Одна из важнейших задач — соблюдение принципа непрерывности и преемственности восстановительного лечения, подготовка и передача больного на третий этап реабилитации (амбулаторно-поликлинический этап).

В неврологическом отделении БВЛ, в рамках сестринского процесса, была разработана документация (сестринская выписка из истории болезни) и механизм передачи пациента на участковую службу поликлиники № 3 МУЗ ГБ № 1 им. М.Н. Горбуновой.

Сестринская выписка из истории болезни прилагается к врачебной документации, копия передается на участок в поликлиническое учреждение по месту жительства, с активным вызовом участкового врача на дом.

Опыт работы 2004 года показал:

- успешная реабилитация возможна только в результате четко спланированной и скорректированной деятельности всех участников реабилитационного процесса, включая семью;

- изменение и расширение функциональных обязанностей медицинской сестры отделения восстановительного лечения делает ее активным участником реабилитационного процесса.

ПОЛТОРАЦКАЯ Л.П., ПОЛУКАРОВА Т.Ф., КУБАСОВА Л.А.,  
 РУХАДЗЕ А.В., НОВИКОВА О.Н.  
 МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В АКУШЕРСКОМ ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ

**П**ослеродовое акушерское отделение располагается на трех этажах, развернуто на 60 коек. Основным направлением работы отделения является профилактика гнойно-септических и других осложнений у родильниц и новорожденных детей.

За последние 5 лет в отделении пролечено 11864 родильницы, в том числе после абдоминального родоразрешения — 2060 (17,4 %); процент выполнения плана койко-дней — 105,3; фактическая функция койки — 320; оборот койки — 37,7; среднее пребывание в стационаре — 6,2 койко-дней; материнская заболеваемость — 958 случаев (8,7 %); гнойно-септическая заболеваемость — 310 случаев (2,6 %). Гнойно-септическая заболеваемость среди родильниц, родоразрешенных путем операции кесарево сечение, зарегистрирована у 39 (1,9 %); у родоразрешенных через естественные родовые пути — у 271 (2,7 %). Больших форм гнойно-септической заболеваемости в течение пяти лет не было. После оперативного родоразрешения 98,7 % родильниц выписаны из отделения с первичным заживлением швов на передней брюшной стенке. 96,6 % родильниц после родов естественным путем выписаны с первичным заживлением травм родового канала.

Родильный дом № 1 г. Кемерово является стационаром «высокого риска» по возникновению осложнений у родильниц и новорожденных, так как в него госпитализируются беременные с тяжелой экстрагенитальной патологией, тяжелыми формами гестоза, высоким уровнем заболеваемости и внутриутробной гибелью плода.

Для достижения хороших результатов по обеспечению медицинской помощью родильницам, особой ответственности и квалификации требует работа акушерок отделения. Качество акушерского ухода за родильницами, по существу, является важнейшим показателем труда медицинского персонала, уровня деятельности руководителя сестринских служб учреждения.

С 2001 года в отделении внедряется сестринский процесс ухода за родильницами. Сестринский процесс требует от акушерки наличия хорошей технической подготовки, умения творчески относиться к уходу за родильницей, умения работать с пациенткой, как с личностью. Акушерка способна обеспечить родильнице не только физический уход, но и психологический комфорт.

За годы работы в отделении, анализа осложнений у родильниц и знаний анатомо-физиологических особенностей пуэрперального периода, обозначился каталог проблем, возникающих в позднем послеродовом периоде: правила кормления ребенка грудью; техника проведения массажа и сцеживания молочных желез; болезненность сосков; плоские и втянутые соски; нагрубание и болезненность молочных желез; трещины сосков; снижение выработки молока; боль в нижнем отделе живота при кормлении ребенка грудью; синдром задержки мочи; послеродовые кровотечения; субинволюция матки; гипертермический синдром; артериальная гипертензия; травмы промежности, влагалища, шейки матки; запор; варикозная болезнь; послеоперационный период.

Достичь хороших результатов (отсутствие тяжелых метроэндометритов, нагноения швов, гнойных маститов, послеродовых кровотечений), безусловно, помогло следующее:

1. Письменные отчеты сдачи смен с оценкой принимающего смену и коррекцией оценки работы смены старшей акушеркой. Отвечая на вопросы отчета, акушерка анализирует отработанную смену, устраняет неточности, а принимающая смену акушерка фиксирует внимание на ключевых моментах и оценивает выполнение объема работ.

2. Стандартизация деятельности акушерки. На каждую родильницу заполняется лист оценки состояния пациентки после родов, дневник динамического почасового наблюдения за родильницей, лист акушерского ухода. Внедрение указанных стандартов дало возможность определять конкретные потребности пациентки в уходе, привлечь пациентку к активному участию в планировании и осуществлении ухода, оценивать правильность выполнения врачебных назначений, ведение документации, оценивать эффективность проведения акушерской работы, гарантирует качество оказания помощи, которое можно проконтролировать.

3. Выбран «ведущий специалист» из числа наиболее грамотных и авторитетных акушерок, определены обязанности и сфера деятельности. Таким образом, создается и работает система управления качеством на уровне отделения.

4. Проводится обучение персонала умению организовать рабочую смену, максимально высвобождая время для проведения работы по обу-

чению родильниц самоуходу, правилам грудного вскармливания новорожденных, санитарно-просветительной работе.

5. Использование различных форм повышения уровня образования акушерок.

Подтверждением высокого уровня качества работы коллектива отделения является присвоение первого места в конкурсе по КГБ № 3 «На лучший смотровой кабинет» с 2000 по 2004 год;

награждение дипломами Администрации Кемеровской области, города Кемерово, администрации ГКБ № 3 заведующей отделением за участие в конкурсе «Лучший врач акушер-гинеколог 2002 года»; акушерок отделения в конкурсе «Лучший по профессии» 2002, 2004 гг. В 2003 году приказом по департаменту охраны здоровья населения Кемеровской области отделение утверждено «Школой профессионального мастерства».

МИНИЧ Т.А.

*г. Кемерово*

## ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**И** практические врачи, и медицинские сестры сегодня ясно видят, что без знания внутреннего мира пожилых людей невозможно рационально выстроить стратегию и тактику оказания нужной им медицинской помощи. Я попытаюсь рассказать о желательной тактике общения медперсонала с больным при ежедневном взаимодействии.

При физиологическом старении происходят изменения психологической структуры личности, которые характеризуются: падением активности, снижением эмоционального резонанса, нарастанием упрямства и ригидности. Повышается чувствительность к различным стресс-факторам. Так, даже незначительные физические и психические раздражители могут привести в пожилом возрасте к возникновению или прогрессированию не только психических, но и соматических заболеваний.

В условиях гериатрического стационара для пожилого человека наиболее психологически значимыми факторами можно считать:

1. Временный выход из семейного образа жизни, из привычной обстановки. Он становится более зависимым от окружающих. Неоднозначно устанавливаются отношения с лечащим врачом. Одни пациенты настроены на активное взаимодействие с врачом, с медицинской сестрой, достаточно пунктуально выполняют все его указания, стремятся быстрее выписаться, достаточно контактны, и не нуждаются в длительных беседах и разъяснениях, в психотерапевтической поддержке. Другие становятся вялыми, ипохондричными, склонными преувеличивать симптомы заболевания, оттянуть срок выписки из стационара. Характерны для них — утрата ощущения собственной значимости, чувство ненужности, невостребованности, переживание одиночества, стремление к самоизоляции. Они часто агрессивны, злобны, недовольны всеми окружающими. Повторяются просьбы

«не выписывать подольше», «рассказать дочери (сыну, зятю) о тяжелой болезни». Вероятно, так пациенты стараются либо «сбежать» от не любящих их родных, либо таким образом добиться сочувствия и понимания со стороны близких.

2. Гериатрическая клиника, пожалуй, единственное из лечебных учреждений, в котором явственно ощущается влияние «себе подобных». Оно может быть позитивным. А также, может проявляться негативный принцип взаимоиндукции, основанный на возрастных изменениях и повышенной обидчивости, ранимости пожилых.

3. Имеет огромное значение ограничение свободы. Пожилой человек вынужден временно существовать в непривычных для него условиях общежития. Они переносятся тем легче, чем больше сохранена физическая активность и чем более он ощущает на себе заботу родных. Но все равно возникает деформация персонального пространства.

4. Необходимость медикаментозного лечения. Велико значение отношения пожилого больного к методу и способу диагностики и лечения. Во многих случаях проведение различных, иногда неприятных и болезненных лечебно-диагностических манипуляций переносится пожилыми больными на удивление спокойно. Играет в этом роль и желание вернуть прежнюю, или хотя бы не потерять определенную, физическую форму, не стать обузой для себя и окружающих, вернуться к активному образу жизни. При этом, сама личность врача, медицинской сестры, лаборанта, санитаря может быть включена пациентами в понятие способа или метода воздействия (диагностики, лечения) в качестве одной из его составляющих.

5. Осознание близости окончания жизненного пути. Огромное психологическое значение для развития дальнейшего течения соматической болезни, а также для развития и прогресс-

сирования изменений личности больного, имеет отношение больного к возможному летальному исходу заболевания. Несмотря на расхожие мысли об отсутствии у стариков страха смерти и вопреки утверждениям об этом самих стариков, это далеко не так. Наблюдение показало высокую заинтересованность старых людей в приеме медицинских процедур и препаратов с целью продления жизни.

Эти результаты, опровергают утверждения об отсутствии страха смерти у пожилых.

6. Мощным, психологически значимым, фактором в формировании отношения пациента гериатрического стационара к своему соматическому страданию, а также к окружающей его действительности является его социальный статус и профессия, уровень жизни и притязаний до выхода на пенсию. Вообще, забота о здоровье у пожилых пациентов тем более выражена, чем более сохранен их интеллектуальный потенциал и возможности творческого труда.

Психологически значимым фактором в стационаре гериатрического профиля является влияние личности врача и медицинских сестер на исход лечения у пожилых больных. Огромное значение имеет степень доверия пациента к персоналу отделения. Лучшим пожилыми пациентами считается тот, кто поговорит с ними, проявит понимание их социальных и житейских проблем, учтет их личностные особенности и качества характера.

Необходимым компонентом общения в данной ситуации становятся длительные собеседования, позиция сострадания и поддержки, принятие личностных, характерологических особенностей собеседника, без активного вмешательства и с очень тактичной коррекцией его, порой не вполне адекватного, поведения.

Таким образом, изучение психологических особенностей пациентов гериатрической клиники и учет данных особенностей в процессе диагностики и лечения их многочисленных заболеваний имеют не меньшее значение, чем изучение анам-

неза и клинических вариантов имеющейся патологии. Именно сочетанное воздействие на соматическое и психологическое определяет успех лечения больных в пожилом и старческом возрасте.

Известно, что люди, продолжающие активно трудиться либо имеющие достаточно высокий интеллектуальный потенциал, менее склонны к патологическим чертам реагирования на свою соматическую болезнь.

Наоборот, лица низкого социального статуса, имеющие минимальное образование, порой нуждаются лишь в общих объяснениях или, иногда, приказаниях «значит, надо». Они более реагируют на манеру врача говорить, пошутить, рассказать на обходе что-либо, не вполне относящееся к делу.

Пожилые и престарелые люди сегодня в нашей стране, как никакой другой контингент, подвержены влиянию неблагоприятных социальных перемен. Моральная и материальная зависимость, денежные затруднения зачастую приводят людей на больничную койку не столько для того, чтобы попытаться вернуть утраченное здоровье, но и для того, чтобы получить определенные льготы, группу инвалидности, сэкономить пенсию, получить бесплатный стол и уход.

Проведенное исследование подтвердило целесообразность закрепления пациентов за «своей» сестрой, которая ведет их с поступления и до выписки, решая возникающие проблемы, корректируя поведение в рамках сестринского процесса. Обучение персонала психологии общения с пациентами пожилого возраста помогает избежать многих деонтологических ошибок.

В госпитале сложилась добрая традиция — проводить встречи со студией клуба ветеранов «Русский романс» и праздники с участием детей. Созданы «Книга памяти» и альбом истории отделения участников войн, создана комната социальной разгрузки с прослушиванием релаксационных программ. Усилия коллектива направлены не только на поддержание здоровья, но и на то, чтобы разнообразить и украсить жизнь ветеранов в стенах госпиталя.

РЫЛЬЦЕВА Т.А.

*МУЗ Городская клиническая поликлиника № 5,  
г. Кемерово*

## ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

**Ж**енская консультация — это амбулаторно-поликлиническое учреждение диспансерного типа, в работе которого наиболее полно отображается основной принцип современного здравоохранения — единство профи-

лактики и лечения. Целью деятельности женской консультации является оказание лечебно-профилактической помощи направленной на оздоровление женщин, профилактику материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.



Для достижения этой цели в женской консультации решаются следующие задачи:

- осуществление лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродовых и гинекологических заболеваний;
- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи;
- проведение работы по контрацепции, профилактика абортов;
- внедрение в практику современных методов диагностики, профилактики и лечения патологической беременности, заболевания родильниц и гинекологических больных, передовых форм и методов амбулаторной акушерской гинекологической помощи;
- проведение санпросветработы;
- обеспечение социально-правовой защиты в соответствии с законодательством материнства и детства;
- пропаганда здорового образа жизни;
- обеспечение в обследовании и лечении беременных женщин родильниц и гинекологических больных;
- осуществление систематической связи с родильными домами, детскими поликлиниками и другими лечебно-профилактическими учреждениями.

При правильной организации работы женской консультации, 70-90 % беременных поступают под наблюдение в 12 недель беременности. При своевременном взятии на учет беременные должны посетить женскую консультацию 14-16 раз в период беременности.

Остановимся на особенностях ведения беременных с невынашиванием. Ведущая роль в профилактике невынашиваемости принадлежит женской консультации. Женщины, страдающие преждевременным прерыванием беременности, нуждаются в специализированной помощи. С этой целью в женской консультации созданы специальные кабинеты по профилактике и лечению невынашивания беременности. В специализированных кабинетах врачи проводят следующую работу:

1. Выполняют и осуществляют диспансерное наблюдение за женщинами с привычным невынашиванием беременности.

2. Проводят специальное обследование женщин вне беременности для выявления причин самопроизвольного прерывания беременности.

3. Определяют степень риска невынашивания беременности, разрабатывают комплексы лечебно-профилактических мероприятий и тактику ведения данной беременности, с учетом степени риска.

4. Госпитализируют в ранние и критические сроки беременности, проводя профилактическую терапию.

Важным разделом работы специализированных кабинетов является разработка и осуществление мероприятий по реабилитации женщин с невынашиванием беременности.

Комплекс реабилитационных мероприятий рассчитан, в среднем, на 1 год и включает 4 этапа.

На 1-м этапе (первые 3 месяца) проводится комплекс противовоспалительного и общеукрепляющего лечения. С этой целью используются антибактериальная терапия, биогенные стимуляторы, иммуномодуляторы, седативная терапия, различные виды физиолечения (ультразвук, электрофорез, ЛФК).

На втором этапе (4-6 месяцев) применяются специальные методы исследования в женской консультации и стационаре для установления причины невынашивания беременности. Проводится обследование по тестам функциональной диагностики, используются гистеросальпингография, УЗИ, гормональные пробы, гистероскопия и биопсия эндометрия, лапароскопия, генитические исследования.

На третьем этапе (6-12 месяцев) проводится патогенетическая терапия, гормональное лечение при различных нейроэндокринных нарушениях, хирургическая коррекция системно-цервикальной недостаточности и аномалии развития матки. Используются различные виды физиотерапии и санаторно-курортное лечение.

На четвертом этапе осуществляется госпитализация в ранние критические и индивидуально критические сроки наступившей беременности. Проводятся комплексы профилактических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение беременности.

СОЛОНИНКИНА Л.Ф.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

**К**ритерий «качества» по праву можно отнести к важнейшим характеристикам деятельности любого коллектива и учреж-

дения. В 1994 году Международный стандарт ИСО 8402 дал следующее определение: качество — это совокупность свойств и характеристик объ-

екта (продукции или услуги), относящихся к его способности удовлетворять установленные или предполагаемые потребности. По мнению многочисленных исследователей, повышение качества оказываемых медицинских услуг определяет степень их выживаемости в условиях рынка, оказывает влияние на рост эффективности работы, экономию всех видов ресурсов, используемых в учреждении.

В 2004 г. коллектив больницы включился в реализацию Отраслевой программы «Управление качеством в здравоохранении на 2003-2010 годы». Управление обеспечением качества в больнице возглавляется главным врачом, включает заместителей по службам и экспертов.

Анализ существующих концепций развития сестринского дела показал роль медицинской сестры, которая может и должна быть высоко квалифицированным специалистом, партнером врача и пациента, способным к работе в составе единой команды. Существуют различные точки зрения на перспективы и пути развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи. Методологические подходы оценки эффективности деятельности сестринских служб требуют серьезного критического анализа, разработки и внедрения стандартов выполнения всех видов сестринских вмешательств, а также внедрения новых сестринских технологий.

В достижении основной цели — повышение качества оказываемых населению медицинских услуг, ГКБ № 3 стала лидирующим лечебно-профилактическим учреждением города Кемерово. Оценка деятельности сестринского персонала проводится в клинических отделениях больницы. Одной из подсистем системы программы является управление качеством сестринской помощи.

Модель системы управления качеством сестринской помощи включает:

- программу подбора сестринского персонала;
- мониторинг состава сестринского персонала по стажу и возрасту;
- анализ материально технического оснащения больницы;
- организационно-методическую деятельность;
- анализ временных затрат сестринской деятельности;
- деятельность по гигиеническому обучению и воспитанию населения;
- внутриучрежденческий контроль.

Формирование системы проходило поэтапно:

1 этап — обучение персонала;

2 этап — разработка критериев оценки деятельности сестринского персонала;

3 этап — создание Совета по качеству.

Система контроля качества сестринской помощи представлена уровнями:

- первый — текущая оценка качества приема и передачи дежурных смен;

- второй — периодическая оценка качества ведущим специалистом манипуляционной техники, ухода;

- третий — углубленная оценка качества сестринской помощи (два раза в год) по критериям;

- четвертый — выявление проблем и коррекция, обсуждение в школе профессионального мастерства, обучение на семинарах.

Администрация больницы обеспечивает материальные, кадровые и информационные ресурсы системы управления качеством сестринской помощи.

Оценка квалификации персонала осуществляется последовательным проведением проверки деловых и личностных качеств кандидата, объективной оценки знаний и профессиональных навыков.

Нормативно-правовое обеспечение включает: методические рекомендации по внедрению новых сестринских технологий в практику ЛПУ; оптимизацию качества сестринской помощи; технологии сестринского и периоперативного процессов; алгоритмы ухода за пациентами, в т.ч. на основе отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролетни».

Советом по качеству разработана программа внутренних аудитов. В результате разработки и внедрения системы управления качеством сестринской помощи уровень качества работы медицинских сестер манипуляционных кабинетов возрос с 0,69 балла в 2001 году до 0,96 в 2004.

Одновременно с экспертной оценкой качества, изучалась удовлетворенность пациентов оказываемой сестринской помощью. Опрошено 4800 пациентов. Опрос проводился по направлениям: наличие проблем, решаемых медицинской сестрой, диетотерапия, соблюдение режима, прием лекарственных средств, подготовка к исследованиям.

Социологические исследования свидетельствуют о повышении уровня удовлетворенности пациентов качеством ухода и гигиенического воспитания за период 2001-2003гг. на 8 %.

Сравнительный анализ временных затрат показал, что внедрение сестринского процесса приводит к рациональному изменению их структуры в сторону увеличения времени основной деятельности сестры непосредственно с пациентом, что способствует повышению качества лечения. Анализ внутренней структуры рабочего дня позволил выделить существующие резервы и перераспределить функциональные обязанности сестринского персонала внутри отделения и в целом по ЛПУ.

Таким образом, мероприятиями, обеспечивающими качество сестринской помощи в многопрофильной больнице, являются:

- подготовка кадров;
- ресурсное обеспечение деятельности медицинских сестер;

- внедрение стандартов сестринской помощи;
- использование современных сестринских технологий;
- экспертиза качества с последующей коррекцией.

Сформированная модель управления обеспечения качества сестринской помощи в клинической больнице № 3 соответствует модели, основанной на процессуальном подходе, в соответствии с требованиями стандарта ИСО 9001.

Перспективы дальнейшего развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи заключаются в следующем:

- разработка и приведение отраслевых стандартов по сестринскому делу к уровню стандарта качества ИСО 9000-2001;
- обучение сестринского персонала методике коррекции и предупреждения отклонений от отраслевых стандартов;
- привлечение пациентов и их родственников, независимых экспертов для предупреждения возможного снижения качества сестринской помощи;
- создание групп качества в отделениях;
- участие в развитии инноваций в сестринском деле и новых сестринских технологий.

СПИРИНА Н.Г.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**П**отребность современного общества в качественной медицинской помощи требует от медсестер определенной педагогической компетентности, критического мышления, внимания к специфическим нуждам. Как показывает жизненный опыт, медицинскому работнику ежегодно необходимо обновлять около 15 % своих знаний. Нужны новые технологии не только в постдипломной подготовке специалиста, но и непрерывная учеба на рабочем месте.

Проводимая в настоящее время реформа сестринского дела направлена на повышение роли медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациентам. Уровень и качество оказываемой населению помощи зависит от профессиональной подготовки. Условия страховой медицины обуславливают возросшую заинтересованность к проблемам своего здоровья со стороны пациента.

В нашем отделении, в плане учебы, проводились ежемесячные конференции с медперсоналом и студентами медицинского колледжа по типу «круглого стола», где рассматривались вопросы:

- динамическое наблюдение за пациентами;
- информационное обеспечение сестринской деятельности;
- психологические аспекты взаимодействия медицинской сестры и пациента;
- рекомендации пациентам и родственникам по сохранению здоровья;
- социально-экономические аспекты в работе отделения;
- профессиональные аспекты деятельности медсестры.

Наличие пациентов с сочетанной патологией обусловило потребность в расширении знаний при осуществлении ухода и наблюдения. Медсестра должна не смотреть, а видеть, устанавливать причинно-следственные связи, чтобы максимально обеспечить удовлетворение потребностей пациентов.

Проводимые конференции в рамках отделения определили, что значительное количество больных с сочетанной патологией требовали более широкого подхода к их проблемам. Наличие комплекса проблем у пациентов с патологией различных органов и систем послужили основанием для организации совместных семинарских занятий для медицинских сестер отделений терапевтического профиля.

Обучение начато в 2004 году и эффективность процесса налицо.

Далее планируется:

- разработка единых протоколов ухода и наблюдения за пациентами терапевтического профиля;
  - введение специального листа наблюдения для пациентов с сочетанной патологией.
- Процесс разработки планов ухода за больными с сочетанной патологией:
- повысит мотивацию медсестер к расширению знаний по профилю других отделений;
  - позволит осуществить более индивидуализированный уход за пациентами;
  - будет способствовать более тесному взаимодействию сестринского персонала терапевтических отделений.

ФЛЕГЕНТОВА Д.Г.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово*

## СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Деятельность медицинского работника заключается, в первую очередь, в оказании помощи больным людям, испытывающим вследствие заболевания страдания, тревогу, подавленность, раздражение и другие негативные эмоции.

Оказание помощи больному человеку невозможно без общения с ним, при этом процесс общения с больным значительно отличается от процесса общения со здоровым человеком. В его основе должно лежать гуманное, уважительное, терпимое и сострадательное отношение.

На процесс общения между людьми оказывают влияние самые разнообразные физиологические, психологические и социально-культурные факторы, такие как конституционный тип человека, темперамент, культурный и образовательный уровень, нравственные качества личности, жизненные цели, мотивации, побуждения, интеллектуальный и творческий потенциал, усвоенные социальные роли.

Ценность медицинского работника, конечно, в первую очередь определяется его профессиональной компетентностью, но его слово должно быть созидающим и исцеляющим. Ведь ... слово тончайшее прикосновение к сердцу: оно может стать живой водой, возвращающей к жизни.

Цель исследования: проанализировать специфику общения медицинского персонала отделения новорожденных.

В соответствии с указанной целью сформулированы следующие задачи:

1. Определить характеристику психологических типов сотрудников отделения.
2. Выделить наиболее важные аспекты общения в деятельности медицинского персонала.
3. Выявить факторы, способствующие оптимизации общения.

Новизна данного исследования состоит в том, что впервые предпринята попытка исследования коммуникативных стилей и степени эффективности общения медицинского персонала, выявить корреляции между данными показателями и возрастными характеристиками членов исследуемой группы.

Общение — это всегда двусторонний (или многосторонний) процесс, в который вовлечены все его участники, приводящий к взаимной связи людей друг с другом.

Выделяют следующие виды общения:

1. Внутриличностное-внутренний диалог человека с самим собой.

2. Межличностное двух и более людей между собой.

3. Общественное общение с группой людей, коллективом.

Общение выполняет три главные функции: коммуникативная, интерактивная, перцептивная.

Каждая из этих функций чрезвычайно важна и обязательно должна иметь место в каждом акте общения между людьми, делает этот процесс максимально полным, целостным и эффективным.

Как мы знаем, любое общение, и взаимодействие с людьми разворачивается в конкретном коллективе и группе, которой в данный момент принадлежит человек.

Даже на уровне обыденного сознания достаточно легко заметить, что люди различаются между собой по такому параметру, как степень эффективности общения. Одни легко и быстро устанавливают контакты, прорабатывают конструктивные деловые отношения, умеют организовать окружающих, другим это удается в значительно меньшей степени.

Исходя из того, что общение является одним из важнейших факторов профессиональной деятельности медицинской сестры, было проведено пилотажное исследование коммуникативных стратегий медицинских сестер отделения новорожденных.

Проведенное исследование показало, что для медицинского персонала отделения новорожденных характерны средние показатели в межличностных отношениях, что соответствует профессионально необходимому уровню для специалистов, работающих в системе «человек-человек».

Результаты исследования позволяют сформулировать следующие рекомендации:

1. При организации работы необходимо учитывать как совместимость, сработанность коллег по отделению, так и их возрастные характеристики, составляя гармоничные, разновозрастные группы.

2. При обучении младшего и среднего медицинского персонала проводить специальные занятия по психологической подготовке, основам психологии, этики и деонтологии профессионального общения.

3. Учитывая специфику деятельности медицинских работников, сложные психологические условия в лечебных учреждениях целесообразным ввести в каждом медицинском учреждении штатную должность психолога, в обязанности которого будет входить оказание психологиче-

---

ской помощи как пациентам, так и сотрудникам в решении меж- и внутриличностных проблем,

оптимизация коммуникативных процессов в кол- лективах, урегулирование конфликтов.

САЛЬНИКОВА Е.М.

*МУЗ Городская клиническая больница № 2,  
г. Кемерово*

## ЭЛЕМЕНТЫ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ЛПУ

**Ц**елью сестринского процесса является обеспечение приемлемого качества жизни в болезни, т.е. обеспечить максимально возможный для пациента в его состоянии физический, психо-социальный и духовный комфорт.

В течение 2004 г. в нашей больнице МУЗ ГКБ № 2 началось внедрение сестринского процесса. За это время, из пяти этапов сестринского процесса, мы освоили:

1-й этап – сестринское обследование пациента. Цель: создать базу данных о пациенте, его состоянии в момент поступления в отделение. Сестринское обследование преследует абсолютно отличные от врачебных цели. В основе сестринского обследования лежит учение о человеческих потребностях и выявление нарушений удовлетворения этих потребностей. Например, врач ставит диагноз: «Острый аппендицит». Медсестра при обследовании выявила у этого пациента: боль в животе, тошноту, чувство страха перед предстоящей операцией, то есть у пациента нарушена потребность быть здоровым, поддерживать свою безопасность, спать, отдыхать. Задача медсестры – обеспечить пациенту максимальный комфорт в болезни.

2 этап – формулировка сестринского диагноза, т.е. определение действительной и потенци-

ально-возможной реакции пациента на заболевание, выявление проблем пациента. Проблемы подразделяются на существующие и потенциальные. В большинстве случаев у пациента имеется несколько проблем, связанных со здоровьем, но медицинская сестра не может приступить к решению всех одновременно, поэтому проблемы рассматриваются с учетом приоритетов. К первичным приоритетам относят проблемы связанные с повышенным риском и требующие экстренной помощи, остальные относятся к промежуточным и вторичным. На примере больного с диагнозом: острый аппендицит можно сказать, что приоритетная проблема у него боль.

3 этап – планирование сестринской помощи. На данный момент в нашей больнице разрабатывается документация по данному этапу.

4 этап – выполнение сестринских вмешательств. Заполняется палатной медсестрой, в листе назначений она делает отметки о выполнении сестринских вмешательств и вносит основные показатели состояния пациента.

5 этап – оценка эффективности сестринского процесса. Целью этого этапа является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества сестринской помощи.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

### **РАЗДЕЛ I. ОРГАНИЗАЦИЯ, УПРАВЛЕНИЕ, ФИНАНСИРОВАНИЕ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Шпилянский Э.М. ИТОГИ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА.....	5
Титаренко Л.М., Сопотова Т.А. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ «ГРУППЫ РИСКА».....	10
Титаренко Л.М., Саютина В.Ф. О РЕАЛИЗАЦИИ ГОРОДСКОГО ПРОЕКТА «ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ» В 2004 Г.....	11
Траутер А.И., Бабарыкина С.В., Леонтьева В.Г. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНЫ – НОВОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.....	12
Бабарыкина С.В. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.КЕМЕРОВО.....	14
Баканова Т.А., Алевохина И.В. ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ МАТЕРЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ.....	15
Барбараш Л.С., Артамонова Г.В., Макаров С.А. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	16
Булахова С.А., Беликова Д.В. ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ.....	17
Дашкина Н.П., Шпилянский Э.М. УПРАВЛЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И КООРДИНАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ГОРОДА КЕМЕРОВО ПРИ «ЧС».....	18
Дубенский Ю.Ф., Казакова-Казаковская Г.П., Те И.А., Те Е.А. ВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО.....	19
Жаркова О.В., Магарилл Ю.А., Кузнецова Т.А. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	20
Захарова Е.М., Макулькина М.В., Воеводина А.И. СЕМЕЙНО-ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ ГРУППА, КАК НОВАЯ ФОРМА РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ СИРОТСТВА.....	21
Землянухин Э.П. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЕЕ РАБОТЫ.....	22
Ильин О.М. РОЛЬ БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКИ В СТРУКТУРЕ ЛПУ.....	23
Каморина Т.А., Данилова О.С. О ПОВЫШЕНИИ ДОСТУПНОСТИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МУЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 5 Г. КЕМЕРОВО.....	24



Шпилянский Э.М., Катрич Н.В. КОНКУРСНЫЕ ЗАКУПКИ. ИТОГИ 2004 Г.....	25
Ластовская Т.Г., Попова И.Н., Конюкова Е.Ю. ОПЫТ РАБОТЫ С КОНТИНГЕНТОМ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ПОЛИКЛИНИКИ № 3 МУЗ ГКБ № 1.....	26
Ликстанов М.И. УПРАВЛЕНИЕ МАРКЕТИНГОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.....	28
Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Зорохович И.И. О РАБОТЕ МУЗ «НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» Г. КЕМЕРОВО В 2004 Г.....	29
Михайлова И.А., Ликстанов М.И., Судакова Л.В. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	33
Москаленко О.А., Мошнегуц С.С. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	34
Перминова И.Ю., Куприянова Т.Л. РАБОТА ГОРОДСКОГО ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	35
Саранчина С.В., Копылова И.Ф., Бабичук Г.И., Вежнина Т.В., Ломова Л.А. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ.....	36
Старых В.С. ЦЕЛИ ПАТЕНТОВАНИЯ ИЗОБРЕТЕНИЙ.....	38
Старых В.С. О РЕЗУЛЬТАТАХ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ТВОРЧЕСТВА В ЛПУ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	39
Стаценко О.А. СОЗДАНИЕ ЛЕЧЕБНО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ПО РЕКОНСТРУКЦИИ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ СУСТАВОВ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ Г. КЕМЕРОВО.....	40
Те Е.А., Мошнегуц С.С., Те И.А., Пирогова И.Н. ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	41
Темерханова Л.И., Малин М.В. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ В КРУПНОМ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ.....	42
Темерханова Л.И., Волкова Т.П., Вершкова О.С. ОПЫТ РАБОТЫ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	43
Фролов Е.Б. ХИРУРГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА Г. КЕМЕРОВО В 2004 Г.....	44



---

Чекушин Р.Х. О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ.....	45
Шелепанова О.А., Торгашина Л.В., Дубенский Ю.Ф. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В КАЧЕСТВЕ ПОМОЩНИКА ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА ТЕРАПЕВТА.....	46
Юферова Г.В., Волкова Т.П. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В МУЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ № 5.....	47
<b>РАЗДЕЛ II. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ</b>	
Багрова Л.О., Вострикова Е.А., Аржаева Е.Г., Ликстанов М.И. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В РАЗЛИЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ Г. КЕМЕРОВО.....	51
Бажайкина О.С., Бакулин В.С., Собина Г. В. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ГЕМОКОНТАКТНЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТАМ «В» И «С» В Г. КЕМЕРОВО.....	52
Бакулин В.С., Слесарчук В.Ф. О ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА В ПРЕДЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН 2004-2005 ГГ.....	53
Бакулин В.С. К ПРОЕКТУ ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО РАЗДЕЛУ «ПРОФИЛАКТИКА И СТАБИЛИЗАЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В 2005 Г.».....	53
Бакулин В.С., Шикшина Ю.А., Тихомирова Т.В. К ВОПРОСУ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. КЕМЕРОВО.....	54
Барбараш Л.С., Огарков М., Артамонова Г.В., Макаров С.А. «УЗНАЙ И ЗАЩИТИ СВОЕ СЕРДЦЕ» – ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ.....	55
Браиловский В.В. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВОЗРАСТНОЙ СМЕРТНОСТИ В Г. КЕМЕРОВО.....	56
Браиловский В.В., Прыгунова Т.И., Фролова Н.А., Коваленко Т.А., Рощина Г.А., Носовец Л.С. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДПРОЦЕССА ЧЕСОТКИ В Г. КЕМЕРОВО.....	57
Вингерт С.А., Шкляева Т.П., Медведева Н.Л. О НЕОБХОДИМОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОРГАНАМИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В ВОПРОСАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ.....	58
Галактионова Л.И., Бакулин В.С., Слесарчук В.Ф. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ И ЗАДАЧИ ПО ЕЕ ЛИКВИДАЦИИ В Г. КЕМЕРОВО.....	59
Галактионова Л.И., Моисеенко М.А., Слесарчук В.Ф. О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КЕМЕРОВО.....	60



Галактионова Л.И., Слесарчук В.Ф., Шеголева Е.Ю., Кудашева С.В., Огородникова Т.С. О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, УПРАВЛЯЕМЫМИ СРЕДСТВАМИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.....	61
Глебова Л.А. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	62
Горланова Л.Л., Игнатенко О.Л., Мастерова Э.А., Куприянова И.М. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г. КЕМЕРОВО.....	63
Ефимова Л.Д. АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ Г. КЕМЕРОВО ЗА 2002-2004 ГГ.....	64
Зайцев А.В. ЭКСПОЗИЦИОННЫЕ ДОЗЫ ВРЕДНЫХ ВЕЩЕСТВ, ПОЛУЧАЕМЫЕ НАСЕЛЕНИЕМ В САНИТАРНО-ЗАЩИТНОЙ ЗОНЕ ОАО «КОКС».....	65
Иванов С.В., Зайцев В.И. НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА САНЭПИДСЛУЖБЫ ГОРОДА.....	66
Иванов С.В., Маслов А.К., Ефимов В.П., Бакулин В.С., Гранкина Г.С., Медведева Н.В., Маслова Г.А., Аксенова Н.Н., Турдакина Н.А. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЭПИДВАЖНЫХ ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ.....	67
Крыжановских Е.Г., Григорьева И.В., Коба В.И. ОРГАНИЗАЦИЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В ЛЕТНЕЕ ВРЕМЯ.....	68
Кузнецова О.В., Вострикова Е.А., Шумакова Н.В., Соломатина Е.Б., Котурга Л.И. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКЦИИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКОГО КОМБИНАТА «АЗОТ» И СОТРУДНИКОВ ГУИН.....	69
Макарова Р.П., Пирогова И.Н. УРОВЕНЬ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ.....	70
Малькова Г.А., Землянухин Э.П. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	71
Масенко Я.Л., Вострикова Е.А., Казачук Л.А., Макарова Л.Ф. РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ ВЫСОКОГО РИСКА У РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.....	72
Николаева О.Ю., Даниленко А.Н., Торгашина Л.В. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	73
Равинг Л.С., Карась И.Ю., Чепкой К.С., Карась Д.В. ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕБРАЧНОГО МАТЕРИНСТВА.....	74



Солодовник А.Г., Волкова Т.П., Иванова С.Н., Алексеева З.М.,  
Силаева О.В., Лазарева О.Г., Артеменко Е.И.  
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА «НОТТИНГЕМСКИЙ ПРОФИЛЬ ЗДОРОВЬЯ».....75

Черно С.П., Евстафьева В.А.  
ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ  
САМОРАЗРУШАЮЩИХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ  
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.....76

Черно С.П., Чернышева Н.Б.  
АНАЛИЗ РАБОТЫ ИНФОРМАЦИОННОГО КАНАЛА  
«ВИРТУАЛЬНЫЙ ГОСПИТАЛЬ», ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ЦЕНТРОМ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА ОСНОВЕ НОВОЙ  
ЗДОРОВЬЕ-ФОРМИРУЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ.....78

Черных М.В., Ульянова О.В., Кулагина О.И.  
ПАРЭНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ  
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Г. КЕМЕРОВО.....79

### **РАЗДЕЛ III. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

#### **ТЕРАПИЯ**

Аржаева Е.Г., Вострикова Е.А., Осипов А.Г., Багрова Л.О., Коваль И.А.  
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИМИКРОБНЫХ  
ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА И ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЙ.....83

Барбараш О.Л., Тавлуева Е.В., Кротиков Ю.В., Сизова И.Н., Барбараш Л.С.  
ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА  
ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.....83

Бутина Л.В., Арзуманов А.В.  
АЛФЛУТОП В ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ  
РЕФЛЕКТОРНО-БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ.....84

Бутина Л.В., Алхимова Т.В.  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А  
(ПРЕПАРАТА ДИСПОРТА) ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....85

Бутина Л.В., Каличкина Е.В.  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕКСИДОЛА В ТЕРАПИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....86

Вингерг С.А., Урбанский А.С., Медведева Н.Л., Чекушин Р.Х., Мовсисян А.С.  
ИНГИБИТОРЫ 5-АЛЬФА-РЕДУКТАЗЫ (ПРОСТАМОЛ-УНО) В ЛЕЧЕНИИ  
РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИИ,  
ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП).....87

Воронин В.Н., Малышенко Н.В.  
АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА  
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.....88



---

Галкина Т.Н. УДК АНАЛИЗ СПЕКТРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ.....	88
Доценко А.П., Назаревич Л.С., Егорова Т.В. АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ ПАРОДОНТИТОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА РАБОТЫ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МУЗ ГКСП № 11.....	89
Доценко А.П., Назаревич Л.С., Покатилова Н.В., Кокряцкая М.В. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ.....	90
Завражина М.В., Багрова Л.О., Шалякина Н.Ю., Простакишина Ю.М., Ликстанов М.И. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ.....	91
Заузелкова Е.А. ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	91
Зуева К.В., Шибайкина А.Б., Евгенова О.В. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АСТМА-ШКОЛА НА БАЗЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 10, КАК НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.....	92
Казнин В.В., Юшков Н.И., Потапов Э.А., Хороший В.Н., Ликстанов М.И. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНУСОПАТИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	93
Коваленко А.В., Ковалкина О.А., Грибова Е.М., Халимов Ю.Н. ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЛУШАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	94
Коваль И.А., Багрова Л.О. Ликстанов М.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ПЛЕВРОДЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПЛЕВРИТОВ.....	95
Коновалова А.А., Соломатина Е.Б., Котурга Л.И., Залесова О.Б. Костин В.В. Шумакова Н.В, ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	96
Крапивина Н.А., Артымук Н.В., Тачкова О.А., Костин В.И., Ликстанов М.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	97
Краснова М.В., Баранова Е.Н., Шамрай М.А. ЗАВИСИМОСТЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГАСТРОПАТИИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.....	98



---

Ласточкина Л.А., Абросова О.Е., Евгенова О.В., Нестеров Ю.И. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	99
Макаров С., Артамонова Г., Барбараш Л. ГРУППОВОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ – СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ.....	100
Макаров С.А., Горбунова Е.В., Барбараш О.Л., Яницкий М.С. ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ.....	101
Малиновская С.Ю. МАДОПАР – «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА.....	102
Малюта Е.Б., Ромасюк А.А., Костин В.И., Ликстанов М.И., Простакишина Ю.М., Вострикова Е.А. АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОПРОЛОЛА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	103
Мирошниченко О.Н. ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПО ДАННЫМ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.....	103
Молдавская И.В., Семенов С.Е. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.....	104
Москаленко О.А., Шелепанова О.А., Токмакова В.И. ВОЗМОЖНОСТИ СКЭНАР-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	105
Осипов А.Г., Вострикова Е.А., Багрова Л.О., Костин В.И., Ликстанов М.И. СИМПТОМ ОТМЕНЫ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ ТАБАКА.....	107
Пирогова И.Н., Те Е.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕРМЕТИЗИРУЮЩИХ ЛИКВИДОВ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА.....	108
Полторацкая Е.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСПИРАТОРНОГО ФТОРХИНОЛОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	109
Простакишина Ю.М., Багрова Л.О., Завразина М.В. ГИПЕРДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	110
Ромасюк А.В., Малюта Е.Б., Винницкая И.Н., Вострикова Е.А., Ликстанов М.И. ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА.....	110



Сикорская Т.С., Проценко Н.С., Тарасов Н.И. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	111
Субботин А.В., Дремина Л.А., Колосова А.С. О РЕЗУЛЬТАТАХ РАБОТЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ДОРСОПАТИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	112
Тарасов Н.И. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАННЕЙ АКТИВАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....	113
Темерханова Л.И., Малин М.В., Малиновская С.Ю. ПРОБЛЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТАМИ.....	113
Терешина М.Г., Стражникова Л.П. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ СИНУСИТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	115
Уварова Н.И., Айзенштадт С.Я. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВОВ.....	116
Уварова Н.И., Айзенштадт С.Я. МАГНИТОТЕРАПИЯ ОТ АППАРАТА «МАГНОЛИЯ» ПРИ ПАНСИНУИТАХ.....	117
Черных М.В., Ульянова О.В., Горланова Л.Л. ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПОСЛЕДУЮЩИХ НАБЛЮДЕНИЙ (КПН)МУЗ ГИКБ № 8.....	118
Черных М.В., Кулагина О.И. СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА, КАК СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА.....	119
Шадчина Т.Э., Тарасов Н.И. ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 70 ЛЕТ.....	121
Шангина О.А., Котурга Л.И. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ.....	122
Шукевич Т.С., Тачкова О.А., Оленева И.Н., Ликстанов М.И. АНАЛИЗ ПРИЧИН ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ДАННЫМ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКБ № 3 ИМ. М.А. ПОДГОРБУНСКОГО.....	123
Юркин Е.П., Тарасов Н.И., Землянухин Э.П. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ....	124
<b>ХИРУРГИЯ</b>	
Бедин В.В., Шин И.П., Баева И.С., Архангельский В.В., Чуркин М.В. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	126



Болошко В.А. ПРИМЕНЕНИЕ КВЧ – ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН.....	127
Бояринов А.Г., Симагаев Р.О., Шмулевич М.В. ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА СПОСОБОМ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ.....	127
Вавин Г.В., Григорьев Е.В. ВЛИЯНИЕ ИНFUЗИИ ПЕРФТОРАНА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМИЧЕСКОГО МОЛЕКУЛЯРНОГО ЗВЕНА ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ.....	128
Володин В.В., Пархоменко И.С., Торгунаков С.А. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ.....	129
Волынская С.В., Орлов А.Б., Кармадонов А.В., Захватов С.В., Пашкин К.П. УСПЕШНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	130
Гатин В.Р., Чепров А.Г., Дубовой А.В., Митюков А.Е., Гатин Д.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	132
Гинзбург Е.Р., Барбышев В.А., Данилин В.Е., Дубовой А.В., Елагин С.В., Капин А.В., Кочурова Г.И., Митюков А.Е., Семенов В.В., Сокол Е.А., Старых В.С., Улунов Ю.Д., Чепров А.Г. НОВАЯ МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СВОДА ЧЕРЕПА.....	132
Демидова Н.Ю., Григорьев Е.В., Разумов А.С., Шевелев В.В., Агафонникова Л.П., Рубан С.Э. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ.....	133
Иванов А.В., Истомина ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА.....	134
Каменева Е.А., Григорьев Е.В., Шевелев В.В., Ли Г.А. ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	135
Кармадонов А.В., Орлов А.Б. ОСТРЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТУ БОЛЬНОЙ С SITUS VISCERUM INVERSUS.....	136
Кармадонов А.В., Орлов А.Б., Рытик К.В. ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.....	137
Кармадонов А.В., Подолужный В.И. ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО КСЕНОПЕРИКАРДА В ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.....	137
Кармадонов А.В. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ.....	138
Котов М.С., Подолужный В.И. ВОСЬМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ГЕРНИОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У МУЖЧИН.....	139



Крапивин Е.А., Кричевский А.Л., Галеев И.К., Дроботов В.Н., Чернобай Г.Н., Смирнов М.В., Ещин Е.Е., Лоскутников С.Ю. Попов П.В. ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ТЕЧЕНИЕ ОТКРЫТОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ТРАВМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.....	140
Краснов О.А., Греков Д.Н., Ооржак О.В. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.....	141
Ли Г.А., Ликстанов М.И., Гатин В.Р., Шевелев В.В., Панасенко А.В., Митюков А.Е., Оленева И.Н., Краснова М.В., Иванов А.В. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ФЕТАЛЬНЫХ КЛЕТОК: ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ.....	142
Ли Г.А., Григорьев Е.В., Мерлушкин С.А., Шевелев В.В., Каменева Е.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ.....	143
Мамонтов О.К., Поткина Т.Н. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРОТКИХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ.....	143
Митюков А.Е., Гатин В.Р., Понасенко А.В., Гинзбург Е.Р., Дубовой А.В., Ли Г.А., Фандиков В.В., Улунов Ю.Д., Барбышев В.А., Чепров А.Г., Сокол Е.А. НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ НЕЙРОТРАНСПЛАНТАЦИИ НЕЙРАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ.....	145
Митюков А.Е., Гатин В.Р., Дубовой А.В., Понасенко А.В., Гинзбург Е.Р., Фандиков В.В., Барбышев В.А., Улунов Ю.Д., Чепров А.Г., Сокол Е.А., Ли Г.А. НЕЙРОТРАНСПЛАНТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОМЕ.....	146
Носков В.П., Стариков Т.Н., Колпинская Т.Д., Котов П.Б. СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	147
Пепеляев Е.Г., Волокитин В.В., Семенов С.Е., Бутина Л.В. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА.....	148
Пименов В.Ф., Дроботов В.Н., Баянов В.В. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ, ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ И СТОПЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ ИМПЛАНТАНТОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРААМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ.....	149
Подолужный В.И., Старченков С.Б., Павленко В.В., Котов М.С., Десяткин В.Б. ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ: ОПЕРАЦИЯ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ИЛИ ПРЕДБРЮШИННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ИЗ МИНИДОСТУПА? .....	150
Поликутина А.Т., Макаров В.А., Андрейчук М.Е., Пушков В.В. К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА.....	150
Поликутина А.Т., Макаров В.А., Андрейчук М.Е., Пушков В.В., Воронин Ю.С. ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК В НЕОТЛОЖНОЙ УРОЛОГИИ.....	151
Поликутина А.Т., Макаров В.А., Андрейчук М.Е., Пушков В.В., Архангельский В.В. ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПОЧЕК.....	152
Поликутина А.Т., Макаров В.А., Андрейчук М.Е., Пушков В.В. ЦИСТИТЫ В УСЛОВИЯХ ХОЛОДНОГО КЛИМАТА.....	152



---

Радионов И.А., Тарабрин В.И., Понасенко А.В., Гордеев М.С., Кирин А.В. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	153
Стариков Т.Н., Стаценко О.А., Носков В.П., Иванов А.В., Шмулевич М.В., Котов П.Б. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ HALLUX VALGUS, ПОПЕРЕЧНОГО РАСПЛАСТЫВАНИЯ СТОП.....	154
Тарабрин В.И. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.....	155
Тарабрин В.И., Гордеев М.С., Радионов И.А. ХОЛАНГИТ ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ.....	155
Томашевский И.А., Григорьев Е.В., Шевелев В.В. ОПТИМИЗАЦИЯ СТАНДАРТА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ.....	156
Торгунаков А.П., Волженин В.В., Постников Д.Г., Подбородников С.Г. РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ПРОСТОМ АППЕНДИЦИТЕ В СВЕТЕ АДАПТАЦИОННОЙ ТЕОРИИ.....	157
Торгунаков А.П., Торгунаков С.А., Сашко А.А. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.....	158
Хромова Н.Л., Калиш О.А., Солдатова В.А., Шестухина Т.В., Локтионова С.М. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЛУБОКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ.....	160
Шмулевич М.В., Стаценко О.А., Плотников Г.А., Стариков Т.Н., Котов П.Б. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА.....	161
<b>АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ</b>	
Барина Е.В., Хромова Н.Л. РЕЗЕРВУАРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ.....	163
Богданова Н.Л., Переделкина О.Н., Рудаева Е.В. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....	164
Демьянова Т.М., Голиков Г.Я., Елгина С.И., Пермякова А.В. ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	165
Евгенова О.В., Яровикова Г.А., Бойко О.В. ПРИМЕНЕНИЕ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩЕГО ПРЕПАРАТА «ТОТЕМА» ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ.....	165
Карась И.Ю., Равинг Л.С., Рец Ю.В. К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У НЕЗАМУЖНИХ ЖЕНЩИН.....	166



Лукина Н.А., Пономарева М.В., Родина Ю.С. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ.....	168
Мухина В.В., Кочкина Т.В., Тышкевич Н.А. РОЛЬ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ.....	169
Переделкина О.Н., Богданова Н.Л., Дикова С.Н., Яшморзова О.Я. СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....	170
Рец Ю.В. РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА ПЛОДА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	171
Рец Ю.В., Кубасова Л.А., Породнова О.Ю., Карась И.Ю. РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	172
Рец Ю.В., Породнова О.Ю., Кубасова Л.А., Карась И.Ю. ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ ПРИ ГЕСТОЗЕ.....	173
Рец Ю.В., Породнова О.Ю., Кубасова Л.А., Калиш О.А., Шрайбер А.А., Карась И.Ю. ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ КАРДИОРИТМА ПЛОДА ПРИ ГЕСТОЗЕ.....	174
Рец Ю.В., Породнова О.Ю., Кубасова Л.А., Калиш О.А., Шрайбер А.А., Карась И.Ю. ПЛАЦЕНТА В РЕГУЛЯЦИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ ПРИ ГЕСТОЗЕ.....	175
<b>ПЕДИАТРИЯ</b>	
Баканова Т.А., Сутулина И.М., Деменева Т.А. ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	177
Букша С.И. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА.....	178
Гасанбекова Э.Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ.....	179
Иванникова О.Э., Костромина Е.Г. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	180
Каркашина О.В., Коваленко А.В., Арестова Е.В. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТЕНЗИОННО- ГИДРОЦЕФАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ.....	181
Кирейчук В.П., Лошакова Л.Ю., Гринь Г.Ф., Коновалова Т.И. МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	182
Кононова Г.А., Казаковцева В.С., Кобылянская Г.В., Ровда Т.С. ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	183
Тимофеева А.А., Даниленко А.Н. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЗУБОВ У ДЕТЕЙ.....	183



Чибрякова Т.М.  
ПУЗЫРНО-РЕНАЛЬНЫЕ РЕФЛЮКСЫ (АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ).....184

## **ДИАГНОСТИКА**

Бахметьев А.Б., Морев В.А., Мухортова Т.М.  
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ  
В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ.....186

Блащук В.А., Вавин Г.В.  
ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА БИОПОЛИМЕРОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....186

Влад А.Р., Фролков Э.В., Семенов С.Е.  
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ПОПЕРЕЧНЫХ  
ДУРАЛЬНЫХ СИНУСОВ С ПОМОЩЬЮ СКТ-АНГИОГРАФИИ.....188

Волокитин В.В., Колпинский Г.И.  
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ  
ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА.....189

Демидова Т.В.  
ЧТО МОГУТ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АНАЛИЗАТОРЫ.....190

Елгина С.И., Демьянова Т.Н., Голиков Г.Я., Желнина Ю.Б.  
ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ  
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ.....192

Каткова М.А., Юзмеев В.Х.  
СОСТОЯНИЕ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА У РАБОТАЮЩИХ С ПРОИЗВОДНЫМИ  
АЗОТА (ПО ДАННЫМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ).....192

Коков А.Н., Сизова И.Н., Моисеенков Г.В., Журавлева И.Ю., Семенов С.Е., Барбараш Л.С.  
НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ПОТОКА В АОРТЕ  
МЕТОДОМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ.....193

Кочемасова О.И., Ильина Н.А.  
ПРОГРЕССИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ – НА СЛУЖБЕ ДЕТЯМ «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ»  
ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА...194

Крышталев К.И., Архангельский В.В., Мальцева Е.Ю.  
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
В ДИАГНОСТИКЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....195

Кулышев В.О., Архангельский В.В., Мальцева Е.Ю.  
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ  
В ИЗУЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.....196

Мозес К.Б., Дик В.А.  
АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ  
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА  
ПО ДАННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....197

Непша Г.А.  
РОЛЬ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
В РАБОТЕ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ.....198



---

Прудей Т.А., Демидова Т.В. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА.....	199
Пузакова О.Ю., Чуркин М.В., Зайцев С.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	200
Семенов С.Е., Тен С.Б., Молдавская И.В., Влад А.Р. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ НЕИНВАЗИВНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	201
Семенов В.В., Кочурова Г.И., Дубовой А.В. ПОЗИТИВНАЯ МИЕЛОГРАФИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ.....	202
Токарева Л.И., Шаталова Н.В. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ HELICOBACTER PYLORI. КРИТЕРИИ ИХ ИЗМЕНЧИВОСТИ.....	203
Филиппов П.Г., Архангельский В.В., Мальцева Е.Ю. СЛУЧАЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	204
Шибяев А.Г. ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ.....	205

#### **РАЗДЕЛ IV. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО: УСЛОВИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Боярская А.В., Синеникольская И.О. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНВАЗИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.....	209
Буш Е.Н., Кучкова Л.В. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	209
Вегнер О.А. НОВОВВЕДЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	210
Доценко А.П., Гервальд Т.А., Галактионова Л.И. ИЗ ОПЫТА НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....	211
Иванова Н.И., Васютинская Ю.В. РАБОТА АКУШЕРКИ В УСЛОВИЯХ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА.....	212
Калашникова Н.А. МЕДИЦИНСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРИНЦИПУ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ.....	214
Каличкина Е.А., Ситникова Г.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ФАКТОРЫ ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ.....	215



---

Козляткина С.В. РОЛЬ ВЕДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ.....	216
Колтунова Е.В. УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПРОФЕССИЕЙ.....	217
Кочкина Т.В., Дуда Е.Е., Шибайнкова А.Б. ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ СЕСТРИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОНМК НА ВТОРОМ ЭТАПЕ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	218
Полторацкая Л.П., Полукарова Т.Ф., Кубасова Л.А., Рухадзе А.В., Новикова О.Н. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В АКУШЕРСКОМ ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ.....	220
Минич Т.А. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	221
Рыльцева Т.А. ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.....	222
Солонинкина Л.Ф. СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	223
Спирина Н.Г. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	225
Флегентова Д.Г. СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....	226
Сальникова Е.М. ЭЛЕМЕНТЫ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ЛПУ.....	227

