

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



# 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:**

А.А. Черных  
И.А. Коваленко

**Директор:**

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в  
Сибирском окружном межрегиональном  
территориальном управлении  
Министерства РФ по делам печати,  
телерадиовещания и средств массовых  
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 редактора,  
Михайлуц А.П., Разумов А.С. — ответственный секретарь,  
Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бурого 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), Сыгин Л.В. (Новокузнецк), 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), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

**Спецвыпуск № 4 – 2005**

**Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 4-2005: 19 ИЮНЯ - ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА.** Материалы, посвященные актуальным вопросам здравоохранения. - Кемерово: ИД "Медицина и Просвещение", 2005. - 92 с.

*В сборнике, посвященном Дню медицинского работника, содержатся материалы научной и практической деятельности специалистов, работающих в системе здравоохранения Кузбасса и Российской Федерации. Материалы дают общее представление о достижениях и проблемах медицины. Материалы могут представлять интерес для широкого круга читателей, прямо или косвенно связанных с медициной.*

**Редакционная коллегия выпуска:**

О.Л. Рытенкова  
О.В. Селедцова  
С.В. Мамонова



***Уважаемые медицинские работники  
Кузбасса!***

От всего сердца поздравляю вас с Днем медицинского работника — профессиональным праздником всех, кто стоит на страже нашего здоровья.

Профессия врача была и остается самой гуманной и благородной. От вашего профессионализма и милосердия зависит самое дорогое для человека — здоровье и человеческая жизнь. Именно на вас — работников медицины, возложена огромная ответственность за это бесценное достояние.

Кузбассовцы всегда будут благодарны вам за ваш нелегкий труд, милосердие, готовность в любую минуту прийти на помощь.

Вы с честью и достоинством продолжаете и развиваете лучшие традиции отечественного

С уважением,  
Губернатор Кемеровской области

здравоохранения. Благодаря вашему труду, интеллекту, неравнодушию, кузбасское здравоохранение занимает достойное место среди регионов России. Из года в год растет число наших врачей, ставших победителями всероссийского конкурса «Лучший врач».

В свою очередь, Администрация Кемеровской области делает все для поддержания и развития региональной системы здравоохранения.

Из областного бюджета постоянно выделяются немалые средства на строительство, капитальный ремонт и реконструкцию учреждений здравоохранения, приобретение современного оборудования, развитие новейших технологий, социальную поддержку медицинских работников. Финансовые вложения и трудовые затраты сторицей окупаются здоровьем и благополучием кузбассовцев.

Мы верим в ваши сердца и умелые руки, способные сотворить чудеса. Низкий вам поклон за ваш профессионализм, трудолюбие, милосердие, самоотдачу, высокое служение долгу врача-врачевателя.

В этот праздничный день от всей души желаю медицинским работникам крепкого здоровья, бодрости духа, оптимизма, успехов в благородном труде на благо людей. Семейного благополучия, мира и добра вам и вашим близким!

А.Г. Тулеев



---

ШВЕЦ Т.И.

*Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области*

## АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1997-2004 ГГ.

**Н**а начало 1997 года в здравоохранении Кузбасса сложилась кризисная ситуация. До минимума сократилось финансирование отрасли. В больницах нечем было лечить и кормить больных. Ветшали здания и медицинское оборудование, износ основных фондов составлял до 50 %. Более 60 % лечебно-профилактических учреждений не отвечали санитарным нормам. Задолженность по заработной плате медицинским работникам составляла от 8 до 12 месяцев.

Значительно ухудшились показатели, характеризующие состояние здоровья населения области. Произошел спад демографических процессов. Чтобы изменить ситуацию, требовалось принятие срочных мер, которые были невозможны без мощной финансовой поддержки.

Оценивая сложившуюся ситуацию, Губернатор, исполнительная и законодательная власти, органы управления здравоохранением, уже с начала 1998 года определили первоочередную задачу — добиться финансовой стабилизации в здравоохранении. Прежде всего, были приняты меры по упорядочению деятельности системы обязательного медицинского страхования, давшие свои первые результаты. Если в 1997 году предприятиями-плательщиками на обязательное медицинское страхование было внесено 390 млн. рублей или 67 % к плану, то в 2000 году было собрано уже 984 млн. рублей, что в 1,7 раза превзошло сборы 1997 года. Были взысканы недоимки прошлых лет.

Принятые в области меры по стабилизации экономики привели к росту производства. Лучшей стала наполняться доходная часть бюджета области, вследствие чего последовало увеличение расходов на здравоохранение. В 2000 году их доля в бюджете области возросла с 9,4 % до 13,5 %, а в 2004 году она составила уже свыше 14 %. Это позволило увеличить среднеобластной подушевой норматив на обязательное медицинское страхование населения в 8,5 раз, с 14,0 рублей в 1997 году до 120,0 рублей в 2004 году; довести расходы на медицинскую помощь на одного жителя области до 2605 рублей в 2004 году против 546 рублей в 1997 году. К началу 2001 года была решена одна из важнейших социальных проблем — закрыты долги по заработной плате медицинским работникам. Произошел существенный рост средней заработной платы в отрасли — с 712 рублей в 1997 году до 4203 рубля в 2004 году.

Необходимо было сохранить государственные гарантии бесплатной медицинской помощи населению. Эта задача успешно реализовывалась, как за счет средств бюджета, так и за счет средств ОМС. Программа государственных гарантий в 2000 году была профинансирована на 1,2 млрд. рублей или на 56,4 % к плану, в 2004 году финансирование составило уже 7,6 млрд. рублей. На 2005 год на выполнение программы утверждено 10 млрд. руб. С этого года принято решение о централизации платежей на ОМС неработающего населения из областного бюджета.

Были привлечены внутренние резервы отрасли. Начата реструктуризация учреждений здравоохранения.

За период с 1997 года, по области было сокращено 4218 коек дорогостоящих стационарных коек. При этом объем госпитализации не снизился (уровень госпитализации в регионе на 4 % выше, чем в среднем по России) и качество оказания медицинской помощи не ухудшилось. Этого удалось достичь благодаря активному развитию ресурсосберегающих стационарозамещающих технологий — открытие дневных стационаров, организация стационаров на дому. Их число, по сравнению с 1997 годом, выросло в 2,8 раза, а количество коек дневного стационара превышает 4800. На них ежегодно более 160 тыс. жителей области получают качественную медицинскую помощь.

Главным направлением финансовой политики в здравоохранении области и организации медицинской помощи населению была ее адресность. Этому способствуют региональные целевые программы социальной направленности. Для привлечения дополнительных средств в сферу здравоохранения, в области ежегодно, начиная с 1997 года, реализуется целевая программа «Здоровье Кузбассовцев». Если в 1997 году она включала 6 подпрограмм и была реализована на сумму 5,5 млн. рублей (в том числе: за счет бюджета субъекта федерации — 2,5 млн. рублей, за счет средств федерального бюджета — 3,0 млн. рублей), то в 2004 году — 10 подпрограмм, которые были реализованы на сумму 386,1 млн. рублей (в том числе: за счет бюджета субъекта федерации — 112,7 млн. рублей, за счет средств федерального бюджета — 87,0 млн. рублей). К реализации программы были привлечены также средства муниципальных бюджетов и ОМС.

С 1999 года в области работает целевая региональная программа «Охрана и укрепление здоровья граждан старшего поколения». В резуль-

тате был создан Областной клинический госпиталь ветеранов войн и 7 его филиалов в территориях области. Всего развернуто 860 коек и, если ранее была возможность оздоровить чуть больше 300 ветеранов в год на койках Барнаульского краевого госпиталя, то, начиная с 2000 года, ежегодно около 15 тысяч ветеранов и участников войны получают плановую стационарную помощь.

В результате реализации целевых программ, направленных на борьбу с социально значимыми заболеваниями, не допущено увеличения смертности от туберкулеза, улучшена его выявляемость, повысилась эффективность лечения, что позволило снизить количество больных с активными формами туберкулеза. Если в 1997 году обеспеченность в области специфическими противотуберкулезными препаратами не превышала 25 %, то в 2004 году, благодаря реализации программы, потребность была покрыта полностью. За счет принятия целенаправленных мер по борьбе с незаконным оборотом и злоупотреблением наркотиками, в рамках межведомственной региональной программы, удалось на 27 % сократить число больных наркоманией. Активизация работы по профилактике заболеваний, передающихся половым путем, приобретение современной аппаратуры, обеспечивающей проведение скрининговых обследований населения, позволило сократить количество больных сифилисом на 20 %. Целенаправленные меры в рамках программы «Анти-ВИЧ/СПИД» позволили добиться снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 1,3 раза, по сравнению с уровнем 2000 года, когда, в силу ряда причин, в том числе и социальных, был зафиксирован резкий скачок.

Благодаря региональной программе «Капитальное строительство и ремонт объектов бюджетной сферы», в 2004 году в эксплуатацию введены 8 объектов здравоохранения, в том числе завершено строительство объектов, заложенных в начале и середине 90-х годов и приостановленных в связи с недостаточным финансированием. На капитальное строительство и капитальный ремонт объектов здравоохранения в течение 2004 года было направлено более 500 млн. рублей, из них на капитальное строительство – 239,5 млн. рублей.

По региональной целевой программе «Техническое перевооружение здравоохранения», которая работает с 1998 года, за счет средств областного бюджета закупалось современное высокотехнологичное медицинское оборудование. Количество финансовых средств, направленных из областного бюджета на эти цели в 2004 году, возросло, по сравнению с 1997 годом, в 8,2 раз.

Особое внимание уделялось оснащению учреждений современной техникой и оборудовани-

ем, санитарным транспортом. Было приобретено более 180 единиц санитарного автотранспорта.

Одним из источников привлечения дополнительных финансовых средств в сферу здравоохранения является развитие платных медицинских услуг. За последние годы для развития и внедрения платных медицинских услуг в области создана необходимая нормативная и правовая база. Финансовые средства, полученные от оказания платных медицинских услуг, стали существенным дополнением к бюджету медицинских учреждений и способствовали их финансовой устойчивости. В сравнении с 1997 годом, объем финансовых средств, полученных от оказания платных медицинских услуг населению, возрос в 15 раз. При этом доля платности в консолидированном бюджете учреждений здравоохранения сохраняется на уровне 9 %. В 2004 году медицинскими учреждениями Кемеровской области, за счет оказания платных медицинских услуг населению, дополнительно привлечено более 850 млн. рублей.

Принятые меры по стабилизации финансирования отрасли позволили обеспечить более широкое внедрение новейших медицинских технологий.

В области активно развивается кардиохирургия, широкое распространение получили эндопротезирование, погружной остеосинтез. В Кузбассе успешно функционирует единственный за Уралом центр трансплантации органов. Эффективно развивается микрохирургия, что позволяет восстановить травмированные ампутированные конечности и вернуть к активной жизни многих пациентов.

Кемеровская область, одна из первых в России, в 1992 году приступила к реформированию амбулаторно-поликлинической службы путем развития общих врачебных (семейных) практик (ОВП). По 2002 год практики развивались бессистемно, не было выработано единой стратегии. В 2002 году была разработана и утверждена Концепция реформирования первичной медико-санитарной помощи.

Это позволило уже к 2004 году иметь 46 ОВП, причем приоритетно семейная медицина развивается на селе (30 % ОВП функционируют в сельских районах). Благодаря региональной целевой программе развития семейной медицины на селе, рассчитанной на три года, в 2004 году построены и сданы в эксплуатацию два жилищно-производственных комплекса «Дом сельского врача». В 2005 году приступаем к строительству еще двух объектов.

Стратегической задачей в повышении качества жизни населения остается обеспечение населения доступной, технологичной и эффективной медицинской помощью, особенно это касается



сельских территорий и малых городов. Для решения этой задачи в 2003 году были организованы 20 межтерриториальных специализированных центров. Это позволило эффективнее использовать оборудование и кадровый потенциал, оказывать высококвалифицированную помощь жителям территорий, не имеющих соответствующих технологий. С апреля 2004 года начал работу выездной «Медицинский диагностический автопоезд», на базе которого в 9 сельских территориях области специалисты областной клинической больницы обследовали более 6 тысяч человек — жителей отдаленных деревень.

Ежегодно выделяются значительные средства на льготное зубо- и слухопротезирование. Так, в 2004 году льготное слухопротезирование получили 3011 человек на сумму 5,16 млн. руб., около 15 тысяч человек льготной категории населения — бесплатное зубопротезирование на сумму 26,8 млн. рублей, что более чем в 20 раз выше, по сравнению с 1997 годом.

В результате совместной работы по реализации Концепции стратегического развития области в сфере здравоохранения до 2010 года, удалось сохранить положительную динамику по отдельным показателям состояния здоровья населения.

По сравнению с Россией, в Кузбассе в 1,1 раза ниже общая заболеваемость населения. Имеется положительная динамика отдельных параметров, характеризующих состояние здоровья населения трудоспособного возраста: за три года произошло снижение общей заболеваемости на 4,3 %.

Последовательно проводимая политика в сфере охраны материнства и детства дала свои положительные результаты. В области с 2000 года наблюдается устойчивая тенденция снижения материнской и младенческой смертности. Для этого в области были созданы два перинатальных центра.

Администрацией Кемеровской области приняты меры адресной поддержки беременных: с 2000 года осуществляется бесплатный проезд для беременных в перинатальные центры области.

С 2000 года, ежегодно, в поддержку материнства проводятся акции материального поощрения женщин к Новому году, Дню защиты детей, Дню матери, 8 Марта. В 15 раз возросли расходы на службу охраны здоровья матери и ребенка в рамках Территориальной программы государственных гарантий в области, по сравнению с 1997 годом. В рамках областной целевой программы «Здоровье Кузбассовцев», реализуемой в области с 1999 года, была укреплена материально-техническая база учреждений родовспоможения и детства.

Усилена адресная помощь детям. В 1997 году на лечение за пределами области направля-

лись единичные дети. В 2004 году только по квотам получили лечение более 200 детей, более 1 млн. рублей затрачено на проведение дорогостоящих операций за пределами области.

Если в 1997 году в области были закрыты практически все лагеря и детские санатории, оздоравливалось небольшое количество детей, то в 2004 году общее количество детей, охваченных всеми видами оздоровления, составило 212 тысяч, в том числе 15 тысяч детей с хронической патологией, из них 6500 детей-инвалидов. В настоящее время в системе здравоохранения области функционируют 26 детских областных и муниципальных санаториев.

До 1997 года не был решен вопрос с питанием детей раннего возраста. В соответствии с Распоряжением Администрации области, с декабря 1997 года дети первых 2-х лет жизни получают бесплатные специализированные молочные продукты.

Особое внимание уделялось вопросам льготного лекарственного обеспечения. Совместными усилиями Администрации области, департамента охраны здоровья населения были приняты организационные решения, обеспечивающие централизацию финансовых средств, направляемых на закуп льготных медикаментов, создание единой товаропроводящей сети. Была создана система губернских аптек, что позволило существенно улучшить льготное лекарственное обеспечение ветеранов и инвалидов. Это облегчило переход на новую систему льготного лекарственного обеспечения в соответствии с ФЗ № 122 от августа 2004 года.

Расходы на одного льготника, по сравнению с 1997 годом, возросли в 22 раза, соответственно, в 1997 году — 26,6 руб., в 2004 году — 567 руб.

Большое внимание уделяется социальной поддержке медицинских работников. Проводились мероприятия по улучшению условий труда медицинских работников — обеспечение медицинских работников участковой сети проездными билетами и сотовыми телефонами для обслуживания вызовов. Осуществлялась поддержка медицинских работников сельского здравоохранения — выплата социальных пособий молодым специалистам при поступлении на работу в учреждения здравоохранения сельской местности за счет средств областного бюджета в размере: 15000 рублей врачебному персоналу, 12000 рублей среднему медицинскому персоналу. За счет средств областного бюджета выделялись ссуды и целевые займы для приобретения жилья. В 2002 году 90 семей работников здравоохранения улучшили свои жилищные условия, в 2003 году уже 182 семьи получили льготные ссуды на общую сумму 62 млн. рублей, в 2004 году — 204 семьи на сумму 87,5 млн. рублей.



---

В 2005 году здравоохранению Кемеровской области предстоит продолжить работу в направлении повышения доступности и улучшения качества медицинской помощи, внедрять новые эффективные механизмы финансового обеспечения в реализации государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи на основе четких стандартов объема, вида и качества ее оказания.

Необходимо продолжить модернизацию первичной медико-санитарной помощи (развитие общих врачебных практик, увеличение объема и видов стационарозамещающих типов помощи).

Одной из первоочередных задач является обеспечение реальных мер социальной поддержки в получении медицинской и лекарственной помощи тем категориям населения, на которые они распространяются.

Должны быть созданы новые типы медицинских учреждений, имеющих большую хозяйственную самостоятельность, при обязательном условии соблюдения доступности и качества медицинской помощи.

Будет продолжена работа по организации льготного лекарственного обеспечения в соответствии с Законом о монетизации льгот.



РЫТЕНКОВА О.Л.

*Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области*

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Свыше 20 % населения Кемеровской области старше трудоспособного возраста. С ростом численности пожилого населения возрастает и потребность в медицинской помощи, т.к. именно эта категория населения является основным потребителем медицинских услуг. В среднем, житель в возрасте от 60 до 70 лет имеет от 3-х до 5 хронических заболеваний, а в возрасте 70 лет – уже более 7 заболеваний.

Организация эффективной системы медицинской помощи лицам пожилого возраста имеет особое значение.

Основными задачами: повышение доступности и качества медицинской помощи данной категории населения.

С целью сохранения здоровья лиц пожилого возраста в Кемеровской области создана система, обеспечивающая:

- оказание медицинской помощи,
- медицинской реабилитации,
- медико-социальной реабилитации,
- оказание адресной помощи на дорогостоящие виды лечения,
- санаторно-курортное лечение,
- лекарственное обеспечение.

Медицинская помощь пожилым людям оказывается во всех лечебно-профилактических учреждениях области. В том числе, в поликлиниках организованы:

- отделения медико-социальной помощи,
- 278 приемов для оказания лечебно-диагностической и профилактической помощи льготной категории населения,
- 19 гериатрических приемов,
- Школы «Пожилых человека», «Гипертоника», «Коронарный клуб», «Школы по уходу» и многие другие.

В области широко применяются стационаро-замещающие виды лечения: дневной стационар и стационар на дому. Этими видами помощи в 2004 году были охвачены почти 5 тысяч участников ВОВ.

Дополнительно организуются амбулаторно-поликлинические учреждения и отделения, специализирующиеся на оказании медицинской помощи лицам пожилого возраста. Так, на базе Областного госпиталя ветеранов войн в 2003 году организована консультативно-диагностическая поликлиника, где ежегодно проводятся консультации почти 74 тысяч пациентов. В г. Белово в 2003 году, после реконструкции и капитального

ремонта, открыт консультативно-диагностический центр «Ветеран», где, наряду с диагностическими возможностями обследования, имеются дневной стационар, реабилитационное отделение, отделение амбулаторных операций.

Стационарная помощь оказывается через сеть ветеранских госпиталей и отделений. Кроме этого, в каждой территории и в областных специализированных ЛПУ организованы палаты или отдельно выделенные койки для ветеранов войн (260 коек в общей сети для лечения лиц пожилого возраста).

Коечный фонд для ветеранов по области в 2004 году составил 895 коек. Обеспеченность койками на 10 тысяч ветеранов достигла 300 коек (для всего населения области этот показатель составляет 88 коек на 10 тысяч). Только в 2004 году стационарное лечение получили более 19,5 тысяч человек. Проведение медико-социальной реабилитации осуществляется в 12 больницах и отделениях сестринского ухода (645 коек), 4 хосписах на 140 коек, лечебно-оздоровительном центре «Милосердие».

В области целенаправленно и планомерно ведется работа по повышению доступности медицинской помощи лицам пожилого возраста. С 2002 года в области был выделен контингент особого внимания, включающий в себя ветеранов и инвалидов ВОВ, труженников тыла и ряд других льготных категорий населения. В настоящее время в Кузбассе зарегистрировано 119 тысяч граждан, отнесенных к контингентам особого внимания. Для осуществления учета каждого льготника, планирования им объемов медицинской помощи, а также контроля за проведением диспансерного наблюдения, создан областной персонифицированный регистр в электронном формате.

С целью приближения медицинской помощи пожилым людям и инвалидам, проживающим в отдаленных сельских районах, организованы выезды специализированных бригад областных лечебно-профилактических учреждений и ОГВВ. Только в 2004 году было выполнено более 440 выездов в районы области, во время которых осмотрено 11 тысяч человек. Бригадами врачей Кемеровской областной клинической стоматологической поликлиники в 2004 году проведено лечение почти трех тысяч жителей села, из них 203 чел. проведено зубопротезирование.

С прошлого года введена дополнительная форма медицинской помощи жителям отдален-

ных сельских территорий. По инициативе и при поддержке Губернатора Кемеровской области А.Г. Тулеева, на базе ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», был создан Губернский медико-диагностический комплекс. Уже выполнено 16 бригадных выездов в 9 поселков, во время которых более 6 тысяч человек смогли получить не только консультативную, но и диагностическую помощь.

Совместно с ТФ ОМС и страховыми медицинскими организациями, ведется работа по улучшению лекарственного обеспечения лечебного процесса гражданам старшего поколения. За счет средств Резервного Фонда профилактических мероприятий СМО ежегодно формируются программы, направленные на дополнительное лекарственное обеспечение лечебного процесса в дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений граждан старшего поколения и обеспечения лекарственными средствами ветеранов ВОВ при стационарном лечении.

За 2 года было выделено 7680 тысяч рублей (в 2003 году по Программе «Укрепление здоровья граждан старшего поколения и ветеранов войн» было выделено 2600,0 тыс. руб., в 2004 году – 5080 тыс. руб.). В 2005 году, за счет средств РФПМ, запланирована программа «Дополнительное финансирование лекарственного обеспечения ветеранов войн, тружеников тыла и граждан старшего поколения» общей стоимостью – 5,7 млн. руб.

Внедряются новые формы приближения амбулаторной медицинской помощи к населению. Так, в 2005 году, ко Дню 60-летия Победы, в г. Новокузнецке сдан в эксплуатацию Дом ветеранов, где предусмотрено не только комфортное жилье и ряд социальных услуг, но и оказание круглосуточной медицинской помощи. Непосредственно в Доме организованы общая врачебная практика и аптечный пункт, осуществляющий в том числе отпуск льготных медикаментов. Аналогичные Дома ветеранов имеются также в г. Прокопьевске, г. Юрге, Юргинском, Тисульском, Топкинском районах и др.

Оказывается адресная помощь на дорогостоящие виды лечения. Ежегодно на эти цели, только за счет областного бюджета, выделяется свыше 4,5 млн. руб. Адресная помощь оказывается на лечение кардиологической, онкологичес-

кой патологии, проведение эндопротезирования и др.

Проводится зубопротезирование и слухопротезирование. В 2004 году зубопротезирование получили свыше 11300 человек. Ежегодно более 2300 человек получают слуховые аппараты на сумму свыше 2,0 млн. руб. Выделяются средства на проведение глазного протезирования (в 2004 г. – 456 чел.) и искусственные оптические линзы (в 2004 г. – 700 чел). В 2004 г. на эти цели было выделено 1,2 млн. руб.

Большое внимание оказывается укреплению материально-технической базы Областного госпиталя ветеранов войн, его филиалов и ветеранских отделений в городах. На эти цели из бюджетов всех уровней в 2004 г. выделено свыше 8 млн. рублей, в том числе 6 млн. руб. на капитальный ремонт и реконструкцию Областного госпиталя. На ремонт городского госпиталя в г. Кемерово затрачено 1,5 млн. рублей. Кроме этого, из резервного Фонда Президента, за счет Федерального бюджета, Областному госпиталю ветеранов войн было выделено оборудование на сумму свыше 27 млн. руб., включая рентген-аппарат, современный аппарат УЗИ, реанимобиль для выездной работы и др.

#### Выводы:

В результате проведенных мероприятий удалось достичь положительных результатов:

- возросла доступность амбулаторно-поликлинической помощи лицам пожилого возраста, о чем свидетельствует рост числа посещений. В среднем, каждый ветеран в 2004 г. посетил ЛПУ 14 раз (в 1998 г. этот показатель составлял 10,3);
- до 98 % увеличился охват комплексным медицинским осмотром;
- улучшилось качество диспансеризации данного контингента;
- снизилось число обращений и жалоб, в т.ч. в департамент охраны здоровья населения по вопросам доступности медицинской помощи и платности медицинских услуг.

Но, несмотря на достигнутые результаты, необходимо продолжить работу по улучшению лекарственного обеспечения, расширению сети геронтологических приемов в амбулаторно-поликлинических учреждениях, оказанию медико-социальной помощи.

ШВЕЦ Т.И., ГАЛЕЕВ И.К.

*Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области,  
Кемеровский областной центр медицины катастроф,  
г. Кемерово*

## О РАБОТЕ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ КУЗБАССА

Служба медицины катастроф Кемеровской области и Кемеровский областной Центр медицины катастроф созданы во исполнение постановления Совета Министров РСФСР от 14.06.1990 г. № 192, на основании распоряжения главы администрации Кемеровской области от 11.06.1992 г. № 522-р и приказа Главного управления здравоохранения Кемеровской области от 3 июля 1992 г. № 214.

Служба медицины катастроф департамента охраны здоровья населения Кемеровской области (далее именуется Служба), являясь составной частью Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК), выполняет задачи по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и организации медико-санитарного обеспечения населения в районах чрезвычайных ситуаций. В состав Службы входят все лечебно-профилактические учреждения области.

Создана и утверждена постановлением администрации области Межведомственная координационная комиссия службы медицины катастроф области. Председателем комиссии является заместитель Губернатора области по здравоохранению К.С. Курилов.

Областной Центр медицины катастроф является самостоятельным государственным учреждением здравоохранения особого типа, выполняющим функции органа управления службы.

Основной вид деятельности ОЦМК – организация поддержания в постоянной готовности сил и средств медицины катастроф области для ликвидации медико-санитарных последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий, террористических актов, локальных вооруженных конфликтов, массовых отравлений и заболеваний.

Приказом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области № 22 от 31.01.2001 г. определены клинические базы медицины катастроф.

Формирования повышенной готовности медицины катастроф представлены 18 штатными бригадами специализированной медицинской помощи. Предусмотрено экстренное развертывание приемно-сортировочных отделений и 4260 коек для массового приема пострадавших при ЧС восьми профилей во всех территориях области и ряде областных учреждений здравоохранения.

Организовано круглосуточное дежурство врачей оперативно-диспетчерского отдела ОЦМК.

Специалистами областного Центра медицины катастроф в среднем за год проводится до 60 выездов в города и районы области с целью контроля и оказания помощи по подготовке сил и средств СМК области к действиям в ЧС. Оказывается методическая помощь в разработке планов СМК, подготовке и проведении штабных тренировок, психофизиологического обследования специалистов СМК, персонала ССМП, формирований ВГСЧ.

Специалисты Центра приняли участие в ликвидации медико-санитарных последствий аварий на шахтах «Зиминка», «Сибирская», «Тайжина», «Листвяжная», «Есаульская», при наводнении на юге Кузбасса в 2004 г., при множестве дорожно-транспортных происшествий.

В связи с участвовавшими террористическими актами на территории Российской Федерации, служба медицины катастроф Кемеровской области проводит с лечебно-профилактическими учреждениями работу по антитеррористической деятельности, а с УВД области – совместные тактико-специальные учения: 2001 г. – «Гроза», 2002 г. – «Вулкан», 2003 г. – «Вихрь», 2004 г. – «Вертикаль», 2005 г. – «Цитадель».

Комиссии Минздрава и МЧС России, в ходе проводимых проверок, отмечали высокую профессиональную подготовку персонала службы медицины катастроф, знание функциональных обязанностей, слаженность, организованность в работе, умение принимать наиболее целесообразные решения в ходе быстро меняющейся медико-тактической обстановки.

По результатам проверок, служба медицины катастроф Кемеровской области оценивалась как соответствующая предъявляемым требованиям.

Каждый день мы являемся свидетелями сложной и напряженной работы службы медицины катастроф не только у нас в России, а практически по всему миру.

Специфическим для нашей области источником катастроф являются угольные шахты с их огромными запасами высококачественных, но насыщенных взрывоопасным метаном, углей. Там, под землей в этих условиях трудятся ежедневно до 50 тысяч человек.

Именно поэтому главным в деятельности службы медицины катастроф, наряду с отработкой практических навыков оказания помощи шахтерам, попавшим в беду, является уникальное научное направление – разработка новых

технологий оказания догоспитальной помощи тяжелопораженным шахтерам при взрывах и завалах в угольных шахтах.

В центре внимания этих разработок стоят поражения, вызванные взрывами, пожарами и завалами, характерные для угольных шахт, но встречающиеся в массовых масштабах и в наземных условиях как при стихийных бедствиях, так и при катастрофах, обусловленных «человеческим фактором» (теракты, пожары, последствия наркомании и алкоголизма и др.). Это комбинированные поражения при взрывах и компрессионная травма мягких тканей, тяжелая форма которой известна в мире под термином «краш-синдром».

Первая монография «Организация медицинской помощи тяжелопораженным шахтерам при взрывах и завалах в угольных шахтах Кузбасса» в России по названной проблеме создана и издана областным центром медицины катастроф с участием Кемеровской государственной медицинской академии в 2002 г.

Итогом более чем 40-летних исследований по проблеме компрессионной травмы в Кузбассе стало издание в 2005 году, при поддержке губернатора А.Г. Тулеева, монографии «Компрессионная травма», посвященной 60-летию Победы в Великой Отечественной войне. Главным итогом исследований по этой проблеме стало снижение летальности от ишемического токсикоза, с 70 % до единичных случаев. А в последние годы летальность при тяжелых формах краш-синдрома приблизилась к нулевой.

На протяжении 2003-2005 гг. разработки, выполняемые практическими врачами центра и ГБ № 11, удостоены золотыми медалями международных Салонов «Архимед», проводимых в Москве под патронажем Администрации Президента РФ.

Ряд разработок получили Патенты, а способ сердечно-легочной реанимации на модели поражения системы «кровь-легкое», характерного для взрыва в шахте, включен в банк перспективных технологий России.

Значительную роль в сокращении количества жертв при катастрофах в Кузбассе сыграло включение в объем помощи пораженным в периоде острой гипоксии и ишемии перфторана —

уникального отечественного кровезаменителя с газотранспортной функцией переноса кислорода. Дополнительное применение перфторана 12 тяжелопораженным с отрицательным и сомнительным прогнозом при взрывах в Кузбасских шахтах 2002-2005 гг. позволило спасти жизнь всем, в то время как пораженные с аналогичной степенью тяжести, которым в объем помощи перфторан не включался, либо погибали, либо длительность их лечения увеличивалась вследствие тяжести осложнений.

Технология оказания помощи тяжелопораженным шахтерам, применяемая в настоящее время в Кузбассе, получила высокую оценку в Решениях Российской научной конференции «Перфторуглеродные соединения в экстремальной и клинической медицине» (С-Петербург, 2004 г.).

Кемеровский центр медицины катастроф, в числе ряда методических рекомендаций, предназначенных для службы медицины катастроф, в 2005 г. издал 2 методические рекомендации, имеющие прямое отношение к разрабатываемой научно-практической тематике: «Применение перфторана на догоспитальном этапе службы медицины катастроф Кемеровской области», «Оптимизация догоспитальной и ранней госпитальной помощи при взрывах метана и угольной пыли в угольных шахтах Кузбасса».

В подготовке этих рекомендаций, помимо сотрудников центра, КемГМА и Российского НИИ горноспасательного дела, участвовали практические врачи, применяющие перфторан у тяжелопораженных.

По итогам проведенного конкурса на звание «Лучший территориальный центр медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» в 2004 г. Кемеровскому областному центру медицины катастроф присуждено второе место.

Научная школа центра, руководимая заместителем директора профессором А.Л. Кричевским, стала победителем конкурса на получение гранта Губернатора Кемеровской области и стала победителем VII международного Салона промышленной собственности «Архимед-2005», награждена золотой медалью и серебряным кубком форума изобретателей Румынии.

ГОРИН В.С., ШИН А.П., ВОРОНИНА Е.А.  
*Государственный институт усовершенствования врачей,  
г. Новокузнецк,  
Кемеровская областная клиническая больница,  
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области,  
г. Кемерово*

## МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ГЕСТОЗА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Н**есмотря на значительные успехи, достигнутые в снижении материнской смертности (МС), эта проблема продолжает оставаться актуальной во всем мире. Уровень МС в Российской Федерации превышает аналогичный показатель в развитых странах, в среднем, в два раза, а в сравнении с рядом стран Западной Европы и США — в 4-5 раз. Высокий уровень МС в РФ определяется неблагоприятной ситуацией в Западной и Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. Так, в 1997 г. на эти регионы пришлось 30 % всех случаев МС. В структуре причин МС в РФ гестоз стабильно занимает 2-3 места.

Нами был проведен анализ МС от гестоза в Кемеровской области с 1992 г. по 2000 г. За этот период гестоз и его осложнения стали причиной МС в 33 случаях (19 %, всего умерли 174 женщины). Большинство умерших женщин проживали в городах — 22 (66,7 %), в сельской местности — 11 (33,3 %). В 17 случаях (51,5 %) роды произошли в родильных отделениях городских больниц, в 8 случаях (24,2 %) — в городских родильных домах, в 5 случаях (15,2 %) — в родильных отделениях центральных районных больниц, лишь только в 3 случаях (9,1 %) — в родильном доме областной клинической больницы. В то же время, в областной клинической больнице умерли от осложнений гестоза 8 женщин, что связано с переводом родильниц из центральных районных больниц. Непосредственно в родах умерла только одна женщина, остальные 32 (97 %) скончались в послеродовом периоде.

Наибольшая летальность была в возрастной группе от 20 до 24 лет — 10 женщин (30,3 %), в возрасте до 19 лет умерли 5 женщин (15,2 %), от 25 до 29 лет и от 30 до 34 лет — по 6 женщин (по 18,2 %), от 35 до 39 лет и от 40 до 44 лет — по 3 женщины (по 9,1 %). По социальному положению преобладали домохозяйки — 12 человек (36,4 %), служащих было 11 (33,3 %), рабочих — 5 (15,2 %), колхозниц — 3 (9,1 %), учащихся — 2 человека (6,1 %).

Первая явка в женскую консультацию до 12 недель беременности была у 18 женщин (54,6 %), не наблюдались по беременности 6 женщин (18,2 %). Наблюдались у врача 18 беременных (54,6 %), у акушерки — 1 беременная (3 %), совместно —

8 женщин (24,2 %). Основным местом наблюдения были женские консультации при поликлиниках — 17 женщин (51,5 %), центральные районные больницы — 7 женщин (21,2 %), женские консультации при родильных домах — 2 женщины (6,1 %), фельдшерско-акушерский пункт — 1 женщина (3 %). Паритет беременности выглядел следующим образом: первая беременность — 11 женщин (33,3 %), вторая-третья — 11 (33,3 %), четвертая-пятая — 5 (15,2 %), шестая и более — 6 женщин (18,2 %). Этому соответствовал паритет родов: первые роды — 17 женщин (51,5 %), вторые — 6 (18,2 %), третьи — 4 (12,1 %), четвертые и более — 6 женщин (18,2 %).

Экстрагенитальная патология не была выявлена у 12 женщин (36,4 %), болезни сердечно-сосудистой системы имели 6 женщин (18,2 %), инфекционные болезни — 1 (3 %), эндокринные заболевания — 4 (12,1 %), болезни мочевой системы — 7 (21,2 %), болезни желудочно-кишечного тракта — 2 (6,1 %). Среди гинекологической патологии преобладали воспалительные заболевания внутренних половых органов — 8 случаев (24,2 %), эндоцервицит и дисфункция яичников — по 1 случаю, в 23 случаях (69,7 %) патологии не было. Гестоз на догоспитальном этапе был выявлен в 31 случае (93,9 %). Кроме этого, у 5 беременных (15,2 %) была выявлена угроза выкидыша, у 4 (12,1 %) — анемия беременных. Основными дефектами наблюдения беременных в женской консультации были: несвоевременная, неправильная диагностика гестоза — 20 женщин (60,6 %), недостаточная консультативная помощь — 10 (30,3 %), недостатки лабораторного обследования — 7 (21,2 %), отсутствие динамического наблюдения — 6 (18,2 %), отсутствие дородовой госпитализации — 6 (18,2 %), недостатки лечебной помощи — 5 (15,2 %), отсутствие госпитализации во время беременности — 3 (9,1 %). Не имели замечаний по наблюдению в женской консультации только 4 женщины (12,1 %).

Беременность закончилась срочными родами в 14 случаях (42,4 %), преждевременными родами — в 17 случаях (51,5 %), прерыванием беременности в сроках от 13 до 27 недель — в 2 случаях (6,1 %). Главным осложнением родов была эклампсия — 24 случая (72,7 %), у 6 рожениц была преждевременная отслойка нормально рас-

положенной плаценты (18,2 %), у 4 – синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, у 1 – гипотоническое маточное кровотечение (3 %). Путем кесарева сечения были родоразрешены 27 женщин (81,8 %), самопроизвольные роды были у 5 женщин (15,2 %). Непосредственными причинами смерти были: отек мозга – 11 случаев (33,3 %), кровоизлияние в мозг – 8 случаев (24,2 %), постгеморрагический шок – 4 (12,1 %), отек легких, острая почечно-печеночная недостаточность и острая сердечно-сосудистая недостаточность – по 3 случая (по 9,1 %), прочие причины – 1 (3 %). Совпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов имело место в 31 случае (93,9 %), несовпадение – в 1 случае (3 %), частичное совпадение – в 1 случае (3 %).

После комиссионных разборов только 2 случая МС от гестоза были признаны непредотвратимыми (6,1 %), 31 случай были признаны условно предотвратимыми (93,9 %). Основной тактической ошибкой на стационарном этапе ведения был неправильный выбор лечения – 18 случаев (54,6 %), позднее родоразрешение допущено в 5 случаях (15,2 %), неправильный выбор метода родоразрешения – в 3 случаях (9,1 %), досрочная выписка из отделения патологии беременных – в 4 случаях (12,1 %). Тактических ошибок не было

только у 10 рожениц (30,3 %). Запоздалая диагностика осложнений гестоза была у 20 женщин (60,6 %), неправильная диагностика – у 2 (6,1 %), не было допущено диагностических ошибок у 11 женщин (33,3 %). У 7 женщин не был полноценно и своевременно восполнен объем циркулирующей крови (21,2 %), у 1 женщины допущена гипергидратация (3 %). Без лечебных ошибок были проведены только 8 рожениц (24,2 %). Основными организационными ошибками были: отсутствие консультативной помощи – 11 случаев (33,3 %), отсутствие перевода в областную больницу – 8 (24,2 %), нарушение правил транспортировки – 5 (15,1 %), отсутствие препаратов крови – 1 женщина (3 %). Не было выявлено организационных ошибок в 11 случаях (33,3 %). Главным дефектом в оказании реанимационной помощи роженицам с гестозом в 22 случаях (66,7 %) явилась недостаточная специальная подготовка врачей анестезиологов-реаниматологов. В 2-х случаях (6,1 %) была допущена ранняя экстубация больных. Не было реанимационных ошибок в 11 случаях (33,3 %).

Таким образом, проведенный анализ позволяет сделать выводы о наличии значительных резервов в работе по снижению МС от гестоза в Кемеровской области.

## ДИАГНОСТИКА НЕЙРОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

С точки зрения физиологии, в осуществлении эрекции кроме ЦНС участвуют три периферических механизма: парасимпатический «сосудистый механизм», симпатический «тормозной механизм» и соматомоторный «мышечный механизм». Выпадение хотя бы одного звена из этой системы неминуемо приведет к нарушению эректильной функции.

Первое место среди причин занимают травмы спинного мозга — 70 % случаев. Далее следует сахарный диабет, как причина полинейропатии, причем импотенция в ряде случаев может быть первым симптомом данного заболевания. Также причинами эректильной дисфункции могут быть нейромедиаторные нарушения на уровне спинного или головного мозга, миелодисплазия позвоночника, повреждение межпозвоночных дисков, рассеянный склероз, злоупотребление алкоголем, операции на органах таза, гормональный дефицит — низкий уровень тестостерона.

Для понимания нейрофизиологических процессов в механизме эрекции необходимо вспомнить некоторые аспекты нормальной анатомии и физиологии эрекции.

Чувствительные волокна полового члена принадлежат сегментам S<sub>II-IV</sub> спинного мозга и идут от полового члена в дорсальном нерве пениса, вступающем в половой нерв. Половой нерв также обеспечивает моторную иннервацию ишиокавернозных и бульбокавернозных (пениальных) мышц, а также других мышц таза. Считается, что эти мышцы играют роль в достижении жесткости эрегированного полового члена.

Половой нерв (n. pudendalis) покидает таз через нижнюю часть большого седалищного отверстия и вступает в ягодичную область вплотную к седалищной ости с медиальной стороны внутренних половых сосудов. Далее он проходит через малое седалищное отверстие в половой канал с внутренней половой артерией. После отхождения от него нижнего ректального нерва, он делится на промежностный и дорсальный нерв полового члена. Промежностный нерв имеет мышечные ветви, снабжающие мышцы промежности, сфинктер уретры и часть внешнего сфинктера, а также ветвь, иннервирующую губчатое тело.

Дорсальный нерв полового члена проходит вдоль гребня седалищной кости и нижнего гребня лобка совместно с половой артерией под поверхностью урогенитальной диафрагмы. Он отдает веточку пещеристому телу, а затем проходит

с дорсальной артерией полового члена и заканчивается в головке. Этот нерв подвержен повреждению при переломах таза. Дорсальный нерв полового члена передает чувствительную информацию от головки, крайней плоти, уздечки и кожи тела полового члена, а также от пещеристых и губчатых тел. Его волокна, таким образом, формируют афферентный проводящий путь для рефлекторного типа эрекции. Чувствительные волокна принадлежат к типу А-дельта или С, большинство которых заканчивается преимущественно свободными нервными окончаниями, а не в клетках.

Моторные нейроны полового нерва образуют вентролатеральную группу передних рогов серого вещества спинного мозга, известную как «ядро Онуфровича» или «ядро Онуфа». Аксоны этих моторных нейронов снабжают поперечно-полосатые мышцы полового члена (бульбокавернозные и ишиокавернозные) и промежности.

Полная эрекция наступает при активизации описанных выше автономных механизмов. Электрическая стимуляция кавернозных нервов вызывает полную эрекцию, но без абсолютной жесткости. Жесткая эрекция является результатом соматических эфферентных импульсов полового нерва, вызывающих сокращение ишиокавернозных мышц, сжимающих проксимальные концы пещеристых тел, что обуславливает подъем внутрикавернозного давления свыше систолического АД и придает половому члену запредельную ригидность. Эти периоды повышенной ригидности кратковременны и регистрируются как незначительные ритмические подергивания полового члена. Предполагается, что жесткая эрекция возникает при сексуальной активности, когда тактильная стимуляция члена запускает «бульбокавернозный рефлекс». Это чисто спинальный рефлекс, и правильнее называть его glandulопудендальным, поскольку его рецептивная поверхность представлена головкой полового члена, а реагирующие мышцы, включая бульбокавернозные и ишиокавернозные, иннервируются половым нервом.

Еще до недавнего времени диагностика нейрогенной дисфункции представляла значительные трудности. Предлагалось измерять чувствительность кожи полового члена к вибрации; проводились в последовательных замерах тепловых порогов кожи члена. Чувствительность пениальной кожи предлагалось выявлять путем регистрации кортикальной активности на электроэн-

цефалограмме. Однако в клинической практике эти методы не нашли широкого применения.

Попытки исследования нейрогенной эректильной дисфункции прямым измерением не имели успеха до работы Stief в 1990 году. Хотя еще за год до этого, в 1989 году, Wagner, Gerstenberg и Levin привлекли внимание к важности электрической активности скелетных мышц, но для получения данных они использовали игольчатые электроды. Stief и соавт. также применяли игольчатые электроды, но они смогли показать синхронность действия кавернозных мышц у здоровых субъектов и связь эрекции с расслаблением гладкой мускулатуры. Впоследствии ими было предположено, что мышечная активность может регистрироваться поверхностными электродами.

Для диагностики нейрогенной дисфункции в настоящее время применяют ряд нейрофизиологических тестов, так называемых тестов автономной нервной системы.

Эти тесты косвенно оценивают нервно-мышечную активность и в значительной степени способствуют пониманию природы импотенции.

*Методика измерения латентного периода бульбокавернозного рефлекса (БКР)* известна как коленный рефлекс уролога. БКР обычно используется для анализа прямой связи между крестцовыми сегментами спинного мозга  $S_{II-IV}$  и афферентными сенсорными и эфферентными моторными путями к половым органам.

БКР может быть вызван в клинических условиях путем сжатия головки пениса и представляет собой выраженные в цифрах сокращения бульбокавернозной мышцы и анального сфинктера.

Волновые стимуляции постоянной величины продолжительностью 0,2 мсек и с напряжением, превосходящим порог кожной чувствительности не менее чем в три раза, передаются на дорсальный нерв пениса в то же самое место, что и при измерении порога восприятия кожи. Моторная реакция может быть записана как при помощи введения иглового электромиографического электрода в бульбокавернозную мышцу, так и при помощи двух поверхностных электродов, помещенных на бульбокавернозную мышцу под мошонкой. В последнем случае должна быть применена техника вывода средней величины. Упомянутые электроды применяются для снижения электропомех при записи. Ответные реакции усиливаются, обрабатываются и выводятся на осциллоскоп в виде графического изображения. Интервал между стимуляцией и ответным записываемым электромагнитным импульсом представляет латентный период. Норма колеблется в пределах 30-40 мсек.

*Соматосенсорный вызванный потенциал дорсального нерва* предоставляет информацию о полном периферическом и центральном сенсор-

ном пути от пениса к коре головного мозга. В противоположность импульсам мышечной ткани, электроэнцефалографические потенциалы имеют очень маленькую амплитуду и скрыты в ЭЭГ мозга или в побочном шуме при прохождении через позвоночный столб.

Так как потенциал генерируется из той же специфической области головного мозга, из которой он также формируется при помощи постоянной, через малые промежутки времени, стимуляции, он может быть измерен только при помощи компьютера. Эта техника исследования позволяет проанализировать сигналы (побочные) электроэнцефалограммы и другие биологические сигналы, которые впоследствии убираются (технически). Области стимуляции идентичны областям измерения бульбокавернозного рефлекса.

Стандартные игловые ЭЭГ-электроды для записи кортикальных ответных реакций помещаются на срединную линию черепа с отступом назад от Cz ЭЭГ области (Cz-2) на 2 см, а контрольный электрод Fr-z — на лоб пациента. Активный электрод для фиксирования спинных ответных реакций помещается на среднюю линию — позвоночный уровень  $L_1$ , а контрольный электрод — позвоночный уровень  $L_V$ . Ответные реакции на максимум стимулов из 1024 с интенсивностью чуть выше порога чувствительности должны быть усреднены и записаны. Должно быть сделано как минимум две записи, для того чтобы гарантировать правильность и постоянство результата. Морфологические характеристики потенциалов — это набор «+» и «-» волновых форм ( $P_1$ ,  $N_1$  и т.д.). Средние данные (и диапазон) измерения скорости реакции, а также  $P_1$ ,  $N_1$ ,  $P_2$  и  $N_2$  скорости реакции таковы: 34,7 (33-37), 43,4 (41-45), 51,7 (50-53), 65,5 (63-68), а также 78,7 (75-82) мсек. В норме среднее значение (и диапазон) соматосенсорного вызванного потенциала составляет 14 мсек (12-17 мсек).

*Методика измерения скорости проведения по дорсальному нерву полового члена* — стимуляции подвергаются основание и кончик пениса посредством поверхностного стимулятора, пенис фиксируется депрессором, чтобы достичь постоянной длины. Области для снятия показаний те же, что и при измерении бульбокавернозного рефлекса. Расстояние между стимулирующими электродами делится на разницу в скорости реакции между основанием пениса и его кончиком, что представляет собой скорость проведения по дорсальному нерву полового члена. Нормативные показатели проводимости пенильной части дорсального нерва полового члена составляют 23,8 м/сек (диапазон — от 21,4 до 29,1 м/сек).

Таким образом, по данным эпидемиологических исследований, около 150 миллионов мужчин всего мира страдают ЭД и, по прогнозам, это

---

число к 2025 году увеличится до 300 миллионов. Учитывая, что нарушения эрекции нейрогенного характера чаще встречаются в молодом возрасте, большое значение необходимости в прямом методе регистрации вовлеченных в процесс эрекции

нервно-мышечных процессов очевидно. Современные методы диагностики позволяют не только подтвердить диагноз и определить степень нарушений, но и разработать дальнейшую тактику лечения и контролировать процесс лечения.

---

АРСЕНЕНКО Л.Д., АРСЕНЕНКО А.С.

*МУЗ Городская инфекционная больница,  
Филиал областного центра по профилактике и борьбе со СПИД,  
г. Прокопьевск*

## МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**К** настоящему времени накоплен значительный объем данных о влиянии психических факторов на течение и исход соматических заболеваний, а также о широкой распространенности среди соматических больных психических расстройств. Проявления психической патологии переместились из психиатрической сферы в область других медицинских специальностей. С малыми формами психических расстройств встречаются, прежде всего, врачи общего профиля, в том числе занимающиеся лечением генитального герпеса.

Первичное выявление генитального герпеса является острым стрессорным фактором для больного, и могут быть бурные психотические реакции. Общеизвестно психотравмирующее воздействие факта обнаружения инфекционного «заразного» заболевания. Появляется чувство стыда, страха, что он «заразный» и опасный для близких, появляется чувство брезгливости, тревоги, «обсессии загрязнения» – соматофобии. Больные страдают от невозможности вести полноценную сексуальную жизнь из-за выраженного болевого синдрома и страха перед болью, боязни «заразить» партнера или «заразиться» самому другим венерическим заболеванием.

Кроме этической стороны, принимается во внимание локальная психологическая значимость этого заболевания, так как поражаются органы и системы, связанные с волнующей больных интимной стороной жизни. При затяжном течении могут возникать опасения развития фригидности, бесплодия. В сфере межличностных внутрисемейных взаимоотношений не исключены супружеские конфликты, включая измены, разводы. Позже присоединяются стрессовые реакции, обусловленные отсутствием эффекта от длительного лечения дорогостоящими препаратами и часто повторяющимися рецидивами.

Формирование расстройств психики при генитальном герпесе связывают, в основном, с психо-

генией в ответ на действие острых психосоциальных стрессов на фоне хронических заболеваний различной интенсивности; нозогенной, обусловленной особенностями клинических проявлений генитального герпеса в виде выраженного болевого синдрома вследствие констелляции психотравмирующих событий, связанных с неадекватной реакцией личности на эти проявления, и соматогенной вследствие нейротропности вируса простого герпеса.

Частота обострений и тяжесть рецидивов генитального герпеса наиболее выражены у лиц с нарушениями в иммунной системе. Исследования, посвященные иммунологической реактивности при эмоциональных стрессах, показывают, что иммунная система принимает активное участие в формировании и клиническом течении психических расстройств. Таким образом, при генитальном герпесе формируется замкнутый, патологический круг взаимовлияний, когда углубляется нарушение иммунной системы в результате длительной персистенции самого вируса простого герпеса и длительных отрицательных психоэмоциональных стрессов, сопровождающих данное заболевание и приводящих к формированию психических расстройств, при которых также формируется иммунодефицит, что приводит к утяжелению течения генитального герпеса.

К сожалению, врачами общего профиля психические расстройства рассматриваются как проявление усталости, естественной реакцией на трудности. Врач назначает только специфическую противовирусную терапию и иммунокоррекцию, не видя или игнорируя психическое неблагополучие, и, естественно, состояние больного не улучшается, психические проявления углубляются, личностные ресурсы больного истощаются. Применение разнообразных комплексных программ лечения, включающих специфическую противовирусную терапию, иммуномодулирующую терапию и вакцинотерапию, оказалось недоста-

точно эффективным для больных генитальным герпесом с тревожно-депрессивными расстройствами, что потребовало необходимость разработки комплексных программ их реабилитации, предупреждения возникновения частых рецидивов и их затяжного течения, включающих специфическую противовирусную терапию, иммунокоррекцию и психофармакотерапию.

Метод лечения генитального герпеса с тревожно-депрессивными расстройствами применен у 72 женщин и включал проведение специфической противовирусной терапии валтрексом в дозе 500 мг 2 раза в день в течение 10 дней, иммунокоррекцию полиоксидонием в дозе 6 мг 10 инъекций через день в/м и ридостином в дозе 8 мг 1 раз в 3 дня в/м. Местно применялось орошение раствором препарата «Малавит» в разведении 1 : 20 и тампоны с гелем «Малавит» в течение 10 дней. Дополнительно, с первого дня возникновения рецидива, назначали антидепрессант коаксил по 12,5 мг 3 раза в день 5 дней в качестве подготовки больного к проведению психотерапии. Затем препарат применяли в той же дозе 2 раза в день 30 дней, далее — 1 раз в день 30 дней с целью получения стойкого антидепрессивного и анксиолитического эффекта. Также рекомендовалось принимать 25 мг коаксила однократно во время каждой значимой для пациента стрессовой ситуации.

При стихании клинических проявлений, с 7 дня с момента обострения, в пролиферативную фазу противогерпетического иммунного ответа, назначался тимоген по 1 мл в/м 10 дней ежедневно, затем по 1 мл 1 раз в неделю 10 инъекций.

Начиная с 6-го дня обострения и приема коаксила, дополнительно проводили сеансы психотерапии. Первый сеанс рассудочной психотерапии, на котором врач-психотерапевт рассказывал пациенту в доступной для него форме механизм заболевания и объяснял необходимость длительного лечения, повышал мотивацию на лечение внушением в состоянии бодрствования, созданием «ресурсного» состояния здоровья.

Второй психотерапевтический сеанс проводили с использованием нейролингвистического программирования. Для этого врач-психотерапевт предлагал пациенту выбрать новые способы поведения, направленные на достижение желаемого результата, и пациент получал согласие «части личности». Пациент анализировал предложенные новые способы поведения, помогающие избежать появления рецидивов, чувствовать себя хорошо, улучшить сон и настроение. «Часть личности» принимала на себя ответственность за автоматическое осуществление этих новых способов поведения в дальнейшей жизни пациента и, при получении положительного ответа со стороны «части

личности», второй сеанс психотерапии заканчивался.

На третьем сеансе психотерапии проводили суггестивную психотерапию, направленную на закрепление достигнутого результата; сеанс суггестивной терапии проводился 1 раз в неделю 6 месяцев.

Применение предложенного метода позволяет уменьшить количество, длительность и тяжесть рецидивов, сократить площадь поражения, увеличить продолжительность ремиссии, уменьшить частоту осложнений в виде расстройств психики, улучшить качество жизни пациента, восстановить полноценные интимные отношения, сократить стоимость и длительность лечения.

Критериями клинической эффективности предлагаемого метода лечения являлись следующие показатели: уменьшение времени везикуляции и эпителизации, площади поражения, сокращение сроков проявления общего инфекционного синдрома. У больных, получивших общепринятое лечение с включением противовирусных препаратов и иммунокоррекции, выраженность всех перечисленных критериев была значительнее и продолжительность рецидива, т.е. нахождения больного на больничной койке, составила 27,8 дней. В случае применения метода лечения с включением психофармакотерапии, сроки везикуляции, эпителизации, общего инфекционного синдрома и длительность рецидива сокращались до 16,8 дней. Таким образом, применение нового метода психофармакотерапии сокращало выраженность клинических проявлений на неделю и более.

При использовании традиционного лечения больные выписывались из стационара с различными типами ремиссии: с клиническим выздоровлением и восстановлением прежнего социального и трудового статусов — в 73,6 % случаев; с практическим выздоровлением и необходимостью проведения периодического противовирусного лечения, иммунокоррекции, а также психофармакотерапии и социотерапевтических мероприятий — в 17,3 %; с неполным выздоровлением и наличием отдельных симптомов и остаточных явлений после перенесенного аногенитального герпеса в виде дистимии и циклотимии — в 9,1 % случаев. При применении нового метода лечения женщины выписывались из стационара с частотой 88,7 %, 10,2 %, 1,1 %, соответственно.

Проводилось катамнестическое обследование 50 женщин с тревожно-депрессивными расстройствами, страдающих генитальным герпесом. Оценивались продолжительность ремиссии, частота и длительность рецидивов, длительность периода везикуляции и эпителизации, динамика иммунологических параметров для выяснения эффективности нового подхода в лечении с при-

менением психофармакотерапии на продленном отрезке времени в 0,5-3 года. Длительность ремиссии более 3-х лет составила 14 %.

Таким образом, предложенный метод лечения генитального герпеса у женщин с тревожно-депрессивными расстройствами с использовани-

ем психофармакотерапии является необходимым дополнением к общепринятому, традиционному лечению данной патологии. Метод применим во всех лечебных учреждениях, не требует больших капиталовложений, обладает доступностью и простотой.

АРТЫМУК Н.В., ШАКИРОВА Е.А.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
МУЗ Городская больница № 11,  
г. Кемерово*

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Известно, что в структуре гинекологических заболеваний у пациенток с гипоталамическим синдромом (ГС) гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) занимают ведущее место и составляют 64 %. ГПЭ у этих пациенток отличаются рецидивирующим течением, резистентностью к гормонотерапии, у каждой десятой женщины выявляется предрак эндометрия. Лечение ГПЭ у женщин с ГС представляет известные трудности, т.к. назначаемая в большинстве случаев гормонотерапия усугубляет имеющиеся метаболические нарушения, проявления дислипидемии, нарушения углеводного обмена, приводит к прогрессирующей прибавке массы тела. Это, в свою очередь, определяет формирование «порочного круга»: утяжеление нейроэндокринных расстройств, что, в свою очередь, приводит к прогрессированию гиперплазии эндометрия и неэффективности традиционной гормонотерапии.

*Цель исследования* – оптимизация лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста с гипоталамическим синдромом.

Обследованы 56 женщин с ГС, страдающих ГПЭ, в возрасте 19-45 лет (средний возраст составил  $37,4 \pm 7,3$  лет). Индекс массы тела (ИМТ) составлял  $40,5 \pm 7,9$  кг/м<sup>2</sup>, окружность талии (ОТ) –  $120,5 \pm 4,0$  см, соотношение окружности талии и бедер (Т/Б) –  $0,96 \pm 0,16$ . У всех пациенток, по данным гистологического исследования, выявлялась железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Рецидивирующее течение заболевания наблюдалось у 37,4 % женщин, сочетание ГПЭ с миомой тела матки – у 27,3 %, аденомиозом – у 27,3 % женщин.

Проводилось общеклиническое и гинекологическое обследование, ультрасонография органов малого таза (УЗИ) на аппарате «Алока-

630», работающем в реальном масштабе времени, с использованием линейного датчика частотой 3,5 МГц и трансвагинального датчика. Состояние полости и слизистой оболочки матки оценивалось с помощью жидкостной гистероскопии, производимой с помощью жесткого 7 мм гистероскопа «Olimpus». Лапароскопия проводилась по стандартной методике, с помощью 10 мм лапароскопа «Olimpus».

С целью лечения ГПЭ 13 женщин (23,4 %) получали комбинированные эстроген-гестагенные препараты (I группа), в 29 случаях (51,7 %) назначали гестагены (II группа), в 7 (12,5 %) – антигонадотропины (III группа), в 7 случаях (12,5 %) – агонист гонадотропных гормонов – бусерелин в дозе 3,75 мг внутримышечно 1 раз в 28 дней (IV группа). Пациенткам IV группы проводилась патогенетическая терапия гипоталамического синдрома. Основу лечения составляла терапия, направленная на снижение массы тела: субгипокалорийная диета, лечебная физкультура, фармакотерапия ожирения (метформин в дозе 850-1000 мг в сутки, орлистат в дозе 120 мг 3 раза в сутки).

У женщин I группы частота рецидивов через 3 месяца после лечения составила 30,8 %, II группы – 41,4 %. У всех пациенток III и IV групп отсутствовали рецидивы заболевания. Почти у всех обследованных I-III групп отмечено увеличение массы тела: в I группе – на  $4,5 \pm 1,8$  кг, во II группе – на  $6,4 \pm 2,2$  кг, в III группе – на  $10,4 \pm 3,1$  кг ( $p < 0,05$ ).

В IV группе все пациентки отмечали улучшение общего самочувствия, стабилизацию артериального давления, у женщин с миомой матки отмечался существенный регресс миоматозных узлов. Побочные эффекты действия препарата отсутствовали. Зарегистрировано снижение массы тела, в среднем, на  $5,0 \pm 2,2$  кг.

У 40 женщин (71,4 %) с ГС проводились гистероскопия и диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, у 16 пациенток (28,6 %) произведена гистерэктомия. Показаниями к гистерэктомии у всех женщин с ГС являлись патологическая кровопотеря, рецидивирующее течение заболевания, неэффективность консервативной терапии. Продолжительность гистерэктомии составила  $134,6 \pm 32,0$  мин., кровопотеря —  $408,7 \pm 127,3$  мл. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 37,5 % женщин. В 4 случаях имело место нарушение заживления послеоперационных швов (инфильтрат, нагноение, несостоятельность), в 2 — тромбоз мелких ветвей легочной артерии, в 2 — динамическая кишечная непроходимость, в одном — перитонит и разрыв аневризмы сосудов головного мозга.

Таким образом, наиболее эффективным у пациенток репродуктивного возраста с ГС является комплексный подход к лечению гиперпластических процессов эндометрия. В качестве базовой терапии целесообразно назначать лечение, направленное на снижение массы тела. Использование комбинированных эстроген-гестагенных препаратов и прогестинов у этой категории больных малоэффективно, вызывает значительное число метаболических осложнений. Назначение антигонадотропинов оказывает значительное терапевтическое действие, однако приводит к выраженному неблагоприятному влиянию на обменные процессы. Применение агонистов гонадотропных гормонов у данной категории больных высокоэффективно и не вызывает значимых побочных реакций.

АЧКАСОВА А.А., КАРМАЛИТОВА Т.В.  
МУЗ Детская клиническая больница № 2,  
г. Кемерово

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ МУЗ ДКБ № 2 С ЮНЫМИ СЕМЬЯМИ

Среди проблем современной педиатрии важнейшее место занимают изучение и анализ состояния здоровья детей различных социальных групп. Наибольший интерес представляют материалы, характеризующие состояние здоровья детей в молодых семьях, детей студентов и «юных мам».

Детская поликлиника является основным лечебно-профилактическим учреждением, в котором осуществляется непрерывное активное наблюдение за ребенком, начиная с антенатального периода до подросткового возраста. Но есть случаи, когда девушка-подросток, являясь пациенткой детской поликлиники, становится мамой.

Особую социальную группу составляют, так называемые, «юные матери». Беременность девушки-подростка является серьезным испытанием для еще не сформировавшегося организма, не столько в физическом плане, сколько в социальном и психологическом. На будущую мать начинают воздействовать, наряду с отрицательными социально-гигиеническими факторами, ряд психоэмоциональных воздействий со стороны семьи, школы, друзей.

Основные факторы риска в семьях «юная мать и ребенок»:

- чаще внебрачная рождаемость;
- незаконченное образование;
- низкий образовательный уровень матери;
- высокая доля вредных привычек;
- конфликты с родственниками;

- поздняя явка в женскую консультацию, нерегулярное наблюдение;
- низкая медицинская активность;
- нерегулярное выполнение рекомендаций медработников;
- недостаточная информированность матери о состоянии здоровья ребенка;
- несостоятельность матери в вопросах воспитания.

Поликлиники МУЗ Детская клиническая больница № 2 обслуживают 33000 детского населения Ленинского и Рудничного районов.

На учете в обеих поликлиниках состоят 20 семей, в которых мамы не достигли возраста 18 лет. В 14 семьях проживают папы, возраст которых колеблется от 17 до 32 лет.

Брак зарегистрирован в 4 случаях (20 %). Половина семей проживают гражданским браком. В 6 семьях мама воспитывает ребенка одна.

В 17 случаях молодые семьи проживают совместно с родителями, и в воспитании и уходе за ребенком принимают участие бабушки и дедушки.

Анализ социальной принадлежности показал, что среди юных мам наиболее значительной общественной группой являются домохозяйки (12 человек или 60 %) и учащиеся (8 мам или 40 %); среди последних 6 человек учатся в школах, 2 человека — в профессиональных колледжах. Среди пап не имеют определенных занятий 8 человек (57 %), работают 5 человек (37 %), один папа является учащимся ПТУ (7 %).

Об отношении юной беременной к здоровью будущего ребенка можно судить по выполнению ею режимных моментов и рекомендаций врача, своевременности постановки на учет в женскую консультацию. Так, на учет до 12 недель беременности не встала ни одна из женщин. Минимальный срок беременности при постановке на учет составил 23-24 недели. Шесть женщин на учет не вставали.

Соответственно этому, дородовые патронажи проведены лишь в 14 случаях и в поздние сроки. Всем женщинам проведены врачебные дородовые патронажи.

У всех юных женщин, вставших на учет, во время беременности отмечались анемия, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Одна беременная перенесла сифилис.

Интересен тот факт, что лишь у 4 женщин возникли осложнения в родах по причине обвития пуповиной, в остальных случаях роды прошли нормально. По литературным данным, осложнения в родах у этой категории женщин встречаются в 45 % случаев. случаев мертворожденности не было.

На здоровье ребенка оказывают влияние вредные привычки матери. Курили во время беременности 4 женщины, принимали алкоголь два человека.

По данным литературы, отмечается закономерность, что чем моложе мать, тем ниже масса и длина тела ребенка. Среди наших детей, недоношенными родились 2 ребенка. Низкий весоростовой коэффициент отмечен лишь в 3 случаях (15 %), в остальных 17 случаях он был в пределах нормы и выше.

При выписке из родильного дома на естественном вскармливании находились 95 % детей юных матерей, после месяца — 65 %, после 3-х месяцев — 50 %. Естественное вскармливание до 6 и более месяцев отмечалось в 6 случаях, что составило 30 %.

Первым этапом в работе с юными семьями является связь с женскими консультациями. Работа с врачами женских консультаций, как и со всеми другими структурами, должна быть взаимной. Это своевременная передача беременной женщины на патронаж в детскую поликлинику из женской консультации и передача данных на выявленную беременную женщину в женскую консультацию (активное выявление беременных на участке участковыми педиатрами и участковыми медицинскими сестрами, информация от соседей, выявление на профилактических осмотрах в школах и т.д.).

Своевременная информация позволяет принять меры к прерыванию нежелательной беременности. В течение 2004 года проведено 5 заседаний АТПК по прерыванию беременности у

несовершеннолетних девушек из асоциальных семей. В 4 случаях удалось убедить прервать беременность, одна девочка решила родить.

Второй этап — работа с родильными домами. Передача новорожденных в поликлинику в день выписки по месту фактического пребывания (бывают случаи несоответствия места прописки и проживания). Новорожденные, нуждающиеся в особом внимании, передаются на контроль заведующей поликлиникой или заведующим педиатрическими отделениями. Очень важно не упустить ребенка из поля зрения. В г. Кемерово часто семьи мигрируют и задача поликлиники выяснить, куда выбывает ребенок, и передать актив в территориальную поликлинику, даже если ребенок выбывает временно.

После получения информации из родильного дома о выписанном на участок новорожденном, ребенок осматривается врачом-неонатологом или участковым педиатром в день выписки или на следующий день. После сбора полной информации о течении беременности и родов, наследственности, социально-гигиенической информации, осмотра новорожденного, неонатолог либо передает ребенка под наблюдение участкового врача, либо продолжает наблюдать его сам.

В поликлиниках проводится «диспетчерский час», где каждый врач докладывает заведующему отделением о состоянии детей, осмотренным им накануне или в день доклада. Ребенок берется на учет в группу социального риска, данные заносятся в паспорт участка и паспорт отделения. Все дети юных матерей осматриваются заведующими педиатрическими отделениями на дому в течение первого месяца жизни.

Самым ответственным периодом является первый месяц жизни малыша. В этот период юной маме особенно требуется помощь в уходе за ребенком. Педиатр должен не только следить за состоянием здоровья, но и убеждать маму в необходимости естественного вскармливания. Основным помощником участкового педиатра в реализации всех медико-педагогических рекомендаций по развитию и воспитанию детей раннего возраста являются участковые медицинские сестры. Участковые медицинские сестры дают советы, как правильно кормить ребенка. Тех, кто не посетил школу «Будущих матерей», учат пеленать, купать. Показывают, как правильно обработать пупочную ранку, и т.д.

Если врач считает, что ребенок плохо прибавляет в весе, проводится контроль веса и контрольное кормление на дому. К осмотру на дому, по показаниям, привлекаются узкие специалисты поликлиники, при необходимости проводится лабораторное исследование.

В случае перевода ребенка на искусственное вскармливание, ребенку выдаются адаптирован-

ные смеси, а при достижении 6 месяцев — кефир и творожок.

В возрасте 1 месяца мама с ребенком приглашаются на осмотр в поликлинику, где проводятся осмотр узких специалистов, антропометрия, вакцинация.

К кратности наблюдения ребенка мы подходим индивидуально, с учетом семьи, это решает участковый педиатр совместно с заведующим отделением.

В случае острого заболевания ребенка, малыш с мамой госпитализируется в стационар. Если в семье хороший уход и позволяет состояние здоровья, ему организуется стационар на дому. Параллельно с наблюдением ребенка, проводится работа с семьей.

Для профилактики последующей нежелательной беременности, юные мамы направляются в Центр охраны репродуктивного здоровья, где им предлагаются методы контрацепции и проводится бесплатная выдача контрацептивов.

Все семьи, являясь малообеспеченными, состоят на учете в управлении социальной защиты, где с ними тесно работают 2 отдела: сектор социальных выплат, где семьям оказывается адресная помощь, выдаются справки на получение бесплатного питания и т.д., и сектор помощи семье и детям, являющийся Территориальным от-

делением центра социальной помощи семье и детям, где с семьей работают социальный педагог, психолог, юрист, оказывается адресная помощь.

Семьи, имеющие отрицательные факторы социально-психологического характера, ставятся на учет в РОВД. Таких семей у нас две. Работа с правоохранительными органами включает совместные профилактические посещения семьи. В случаях, когда мама не выполняет рекомендации врача, когда при проведении патронажа родители находятся в состоянии алкогольного опьянения или не открывают дверь, вызывается инспектор и ребенок госпитализируется в стационар.

Работа со специализированными учреждениями (наркологический диспансер, ГКВД, противотуберкулезный диспансер, центр СПИДа, психиатрический диспансер) проводится по показаниям.

Подводя итог нашей работы, следует отметить положительные результаты. Благодаря проводимой санитарно-просветительной работе, своевременному выявлению и прерыванию нежелательных беременностей, количество юных семей сократилось. В течение последних лет не отмечается случаев отказа от ребенка или лишения родительских прав. Нет случаев смерти детей на первом году жизни. Отмечается улучшение показателей здоровья малышек юных мам.

БАЙБОРОВОДА Т.И., БАЙБОРОВОД И.П., ЧУРИНА Е.Г., ГАЛАЙДА Н.М.

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

## ТУБЕРКУЛЕЗ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

**П**роблема сочетания туберкулеза и беременности давно привлекала внимание врачей. На фоне неблагоприятной эпидемиологической обстановки по туберкулезу в стране эта проблема становится особенно актуальной. Число женщин, заболевших туберкулезом во время беременности и после родов, в настоящее время в 2-2,7 раза выше, чем в этом же возрасте вне беременности. Среди этой категории женщин нередко выявляются случаи остро прогрессирующего течения туберкулеза, иногда даже со смертельным исходом.

Нами изучено влияние беременности и родов на диагностику, развитие и течение туберкулезного процесса у 32 женщин, которые наблюдались в областном клиническом противотуберкулезном диспансере (ОКПТД) г. Кемерово в 2002-2004 гг. Возраст женщин колебался от 19 до 40 лет, в том числе от 19 до 20 лет — 5 чел., от 21 до 25 лет — 10 чел., от 26 до 30 лет — 7 чел.,

от 31 до 35 лет — 6 чел., от 36 до 40 лет — 4 чел. Туберкулез был впервые выявлен во время беременности и в послеродовом периоде у 18 женщин (1 группа). Прогрессирование уже имеющегося активного туберкулезного процесса на фоне беременности обнаружено у 6 женщин (2 группа). Были также обследованы по поводу остаточных изменений после излеченного туберкулеза 9 беременных женщин (3 группа).

Среди больных женщин, у которых туберкулез был выявлен во время беременности и в послеродовом периоде (1 группа), у 12 чел. (2/3) было острое начало заболевания с повышением температуры до 39°C, кашлем, болевым синдромом в грудной клетке. В начале выше перечисленные симптомы не расценивались женщинами как серьезное заболевание, они лечились «своими средствами» (настои трав, прогревание). Удерживала женщин от обращения к врачу и неоправданная в данном случае боязнь рентгеноло-



гических обследований во время беременности. Только при прогрессировании болезни, через 2-3 недели от начала заболевания, женщины обращались к врачу, и в тяжелом или средней тяжести состоянии службой скорой помощи госпитализировались в стационары ОКПТД или роддома. У остальных 6 больных 1 группы туберкулез выявляли при рентгенологическом обследовании, как у лиц, имеющих риск заболевания туберкулезом. Из клинических форм туберкулеза, в 1 группе больных (18 чел.) выявлены экссудативный плеврит туберкулезной этиологии (8 чел.), инфильтративный туберкулез (7 чел.), в том числе в одном случае инфильтративный туберкулез, осложненный экссудативным плевритом, милиарный туберкулез – остро прогрессирующая форма туберкулеза (2 чел.), туберкулез внутригрудных лимфоузлов с бронхолегочным поражением (1 чел.). При легочных локализациях туберкулеза (10 чел.), у 7 человек туберкулезный процесс сопровождался фазой распада, у 8 человек – бактериовыделением, в том числе в двух случаях определена МЛУ. Почти у половины больных 1 группы (8 человек из 18) наблюдался семейный контакт с больными открытой формой туберкулеза, у 4 человек крайне низкие материально-бытовые условия (не было средств к существованию, жилья, работы). В 3-х случаях имели место многократные (третьи и более) роды с интервалами между ними 1-1,5 года.

Больные 2 группы (6 чел.) находились на учете у фтизиатров по поводу активного туберкулеза легких. Прогрессирование туберкулеза во время беременности выявлено во всех случаях в ОКПТД. В 5 случаях произошел переход ограниченного по протяженности инфильтративного туберкулеза в распространенный, чаще двухсторонний. В одном случае у женщины с пульмоэктомией, проведенной 1,5 года назад по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза, возник инфильтративный туберкулез единственного легкого. У всех больных 2 группы процесс сопровождался фазой распада и бактериовыделением, в том числе в трех случаях имела место МЛУ. Основной причиной прогрессирования туберкулеза у больных 2 группы были короткие прерывистые курсы лечения противотуберкулезными препаратами при первичном выявлении (средний срок – 4,5 месяца) и также отказ женщин от противотуберкулезного лечения в период беременности. Всем женщинам было необходимо прерывание беременности по медицинским показаниям. Согласие на прерывание беременности дала только одна женщина. Семейный контакт с больными открытой формой туберкулеза был выявлен у двух больных из шести (1/3). Из сопутствую-

щих заболеваний, в двух случаях имело место бытовое пьянство, в одном – хронический обструктивный бронхит.

В 3 группе (9 чел.) беременные женщины имели остаточные изменения после излеченного туберкулеза в виде плотных очагов, петрификатов, рубцов. Две женщины в прошлом были оперированы по поводу туберкулеза. Основной курс противотуберкулезного лечения при первичном выявлении был полноценным и продолжался от 8 до 18 мес. (в среднем, 10 мес.). Семейный контакт с больным открытой формой туберкулеза выявлен у одной женщины. Материально-бытовые условия жизни у большинства женщин были удовлетворительными (5 человек). Существенной соматической патологии в этой группе женщин не было. При клинико-рентгенологическом обследовании в ОКПТД рецидив туберкулезного процесса на фоне беременности выявлен в одном случае. У женщины 20 лет в роддоме сразу после родов обнаружен инфильтративный туберкулез ограниченной протяженности с распадом и бактериовыделением. Фактором, способствующим рецидиву туберкулеза, послужили повторные роды с интервалом между ними в 1 год.

Таким образом, в диагностике туберкулеза у беременных и женщин в послеродовом периоде участвовали не только врачи-фтизиатры, но и врачи женских консультаций и роддомов. Для профилактики обострений туберкулеза и раннего выявления свежих форм у беременных необходимо тесное сотрудничество женских консультаций и противотуберкулезных диспансеров.

#### Выводы:

1. Половина обследованных в 2002-2004 гг. в ОКПТД беременных женщин и родильниц были в возрасте 21-30 лет, третья часть из них имели контакт с больными открытой формой туберкулеза.
2. Туберкулезный процесс у женщин на фоне беременности и родов протекал в большинстве случаев остро, с выраженной экссудативной реакцией, преобладали экссудативные плевриты и инфильтративные формы туберкулеза.
3. При легочных формах туберкулеза у беременных женщин процесс протекал с выраженной склонностью к распаду и бактериовыделению.
4. Прогрессирование туберкулеза на фоне беременности наступало у женщин с низкими материально-бытовыми условиями, в случаях некачественного противотуберкулезного лечения в период выявления заболевания и во время беременности.

БОГОМОЛОВА Н.Д.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Одним из приоритетных направлений социальной политики в России в период реформирования экономики и социальной сферы является охрана здоровья населения. Социальные и экономические преобразования в России оказали негативное влияние на здоровье и численность населения Кемеровской области. За последние 10 лет произошло сокращение численности населения области на 4,4 % (в 1992 году — 3100,6 тыс. чел, в 2001 году — 2962,1 тыс. чел.) за счет естественной убыли. Городское население сократилось на 128,7 тысяч человек, сельское — на 9,8 тысяч человек.

Основополагающими факторами воспроизводства населения являются рождаемость и смертность. В Кузбассе с начала 90-х годов отмечено снижение общего коэффициента рождаемости. Так, в 1991 году общий коэффициент рождаемости составлял 12,6 ‰, к 1999 году он снизился до 8,3 ‰ и, начиная с 2000 г., наметилась тенденция к его повышению. Рождаемость сокращалась примерно одинаково у городского и сельского населения (31,1 % и 32,5 %, соответственно). Общий коэффициент смертности населения области за десятилетний период (1992-2002 гг.) постепенно увеличился, с 12,7 ‰ до 16,5 ‰. Среди основных причин общей смертности населения 1-е место занимают болезни системы кровообращения, 2-е — травмы и отравления, 3-е — злокачественные новообразования. Падение рождаемости населения и рост его смертности сформировали отрицательный естественный прирост, от -2,7 в 1992 г. до -7,3 в 2001 г., что выше аналогичного показателя в Российской Федерации.

Общая заболеваемость является важнейшим критерием оценки здоровья населения определенной территории. Уровень общей заболеваемости населения Кемеровской области вырос с 1136,3 ‰ в 1992 г. до 1217,1 ‰ в 2001 г. Ведущей причиной общей заболеваемости населения являются болезни органов дыхания, второе место по значимости занимают болезни нервной системы и органов чувств, третье — травмы и отравления. В структуре первичной заболеваемости преобладают болезни органов дыхания, второе место занимают травмы и отравления, третье — болезни нервной системы и органов чувств.

В комплексной оценке здоровья населения территории используются показатели инвалид-

ности. Наиболее важны показатели первичной инвалидности населения трудоспособного возраста. За десятилетний период наблюдения показатели первичной инвалидности в Кузбассе выросли с 47,9 на 10000 населения трудоспособного возраста до 62,9.

Показатели физического здоровья детей также являются важным критерием оценки здоровья населения. За период 1994-2001 гг. показатели физического развития детей ухудшились. Отмечается снижение количества детей с I-й группой здоровья — с 50,9 % до 30,3 % и увеличение числа детей, отнесенных ко II-й группе здоровья — с 42,1 % до 65,5 %.

Принятая в Кузбассе «Концепция стратегического развития Кемеровской области до 2010 года» определяет генеральную цель в сфере охраны здоровья населения — стабилизацию показателей общественного здоровья, снижение потерь общества по медико-биологическим аспектам за счет сокращения предотвратимой части преждевременной смертности, увеличение средней продолжительности жизни.

Доказано, что здоровье человека более чем на 50 % определяется образом жизни, то есть поведением и отношением его к собственному здоровью и здоровью окружающих. Из всего комплекса мер, направленных на охрану здоровья населения, одной из приоритетных является формирование у людей навыков здорового образа жизни (ЗОЖ), повышение уровня санитарно-гигиенической культуры. К важнейшим профилактическим мероприятиям относятся гигиеническое обучение и воспитание населения с целью формирования здорового образа жизни.

Стратегия гигиенического обучения и воспитания населения основывается на принципах социального маркетинга, представляющего собой разработку, претворение в жизнь и контроль выполнения программ, имеющих целью добиться восприятия целевой группой (или группами) общественной идеи, движения или практики.

Важным этапом реализации любой профилактической программы является оценка потребности нужд населения, для которого она планируется. При социальном маркетинге такая деятельность предполагает проведение социологических исследований среди населения для получения полного представления о тех убеждениях, нормах поведе-

ния, привычках, которые существуют в обществе, где необходимо проводить маркетинговую деятельность.

Кемеровским областным центром медицинской профилактики (КОЦМП), совместно с Кемеровской государственной медицинской академией (КемГМА), в 2000-2001 гг. были проведены социологические опросы населения Кемеровской области для выявления распространенности основных факторов риска заболеваний и последующей разработки программ гигиенического обучения и воспитания населения по формированию здорового образа жизни. Опросы проводились среди различных профессиональных групп населения, в том числе среди медицинских работников лечебных учреждений Кемеровской области и студентов КемГМА. Кроме этого, выявлялся уровень знания основных факторов риска у врачей различных специальностей и их отношение к проблемам профилактики заболеваний.

Вопросы анкеты были направлены на выявление у населения области таких факторов риска, как наличие вредных привычек, низкая двигательная активность, наличие повреждающих психосоциальных факторов, нерациональное питание, а также соблюдение мер личной и общественной профилактики.

Результаты анкетирования показали, что 74,3 % опрошенных оценили состояние своего здоровья не совсем достаточным, 16 % считают себя абсолютно здоровыми и 9,7 % – больными. Обращаются за медицинской помощью в случае болезни 73,4% респондентов, а за получением профилактического совета – только 2,2 %.

Малоподвижный образ жизни ведут 18,2 % опрошенных, спортом занимаются 31,3 %, утренней зарядкой – 18,1%, 32 % анкетированных предпочитают проводить свободное время (более 5 часов) у телевизора или за компьютером.

Более трети респондентов питаются нерегулярно, 1-2 раза в сутки, употребляя в основном мучные продукты и овощи, в том числе картофель. Биологически активные добавки используют 19,4 % опрошенных, не считают их полезными 43,9 %.

Особое место в оценке здорового образа жизни занимает распространенность вредных привычек. Данные опроса показали, что распространенность табакокурения среди мужчин составляет 66 %, среди женщин – 26 %. Наибольшее количество курящих наблюдается в возрасте до 20 лет. Большинство респондентов (71,5 %) знают о вреде курения для здоровья и пытались расстаться с этой вредной привычкой, но безуспешно.

Употребление алкоголя и наркотиков является одним из ведущих факторов риска, обуславливающих состояние здоровья. Опрос показал, что 74,8 % анкетированных употребляют алкоголь-

ные напитки, предпочитая пиво (50,2 %) и легкие спиртные напитки (34,7 %). 10,2 % опрошенных пробовали употреблять наркотики, в основном, в возрасте 15 лет и старше (64,3 %).

Усиливающаяся в стране социальная напряженность и снижение жизненного уровня большинства населения способствовали росту психических расстройств. Опрос показал, что 20,1 % анкетированных отмечают частые конфликты в трудовом коллективе, а 63,1 % – в семье.

Ведущая роль в формировании ЗОЖ принадлежит медицинским работникам, которые являются не только носителями первичной информации о состоянии здоровья населения, но и единственно реальными лицами, которые могут дать рекомендации пациенту по коррекции его здоровья.

С целью выяснения знания врачами основ ЗОЖ и оценки качества профилактической работы было опрошено 270 врачей различных специальностей. Анкетирование врачей показало, что большинство из них знают о роли здорового образа жизни и его составляющих в профилактике заболеваний. 88 % опрошенных врачей считают, что заниматься профилактической работой необходимо, 7,2 % придерживаются противоположного мнения, у остальных оценка вопроса вызвала затруднения. Информацию о профилактике и ранней диагностике болезней доступной для пациента считают 48,7 % респондентов, не вполне доступной – 44,1 %, недоступной – 6,7 %.

Во всех поликлиниках достаточно часто проводятся врачебные конференции по профилактике заболеваний. Знакомы с основными законодательными документами по профилактике заболеваний и знают о профилактических программах, реализуемых в г. Кемерово, 65,4 % врачей. Практически каждый врач отметил недостатки в организации профилактической работы в поликлинике. Недостаток времени на профилактическую работу с пациентами отметили 43 % респондентов. Часы, отведенные на данный раздел работы, врачи хотели бы потратить на индивидуальные беседы с пациентами, раздачу памяток (63,7 %). Менее популярной формой пропаганды медицинских знаний являются групповые беседы с пациентами и лекции на предприятиях (17,8 %), выступления в СМИ (5,9 %), выпуск санбюллетеней (9,6 %).

С целью стратегического управления охраной здоровья населения, при Департаменте охраны здоровья населения Кемеровской области создан областной медицинский совет. В его задачи входит выявление стратегически значимых проблем в сфере охраны здоровья населения области, проведение их коллективного обсуждения; выработка рекомендаций о путях решения этих проблем; проведение анализа реализации стратегии, ее кор-

ректировка; обсуждение проектов областных нормативных актов в сфере охраны здоровья и принятие решений по их совершенствованию; внедрение передового опыта. В состав совета входят руководители органов управления здравоохранением всех уровней, территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование населения области, медицинских образовательных и научных учреждений, профессиональных медицинских союзов, ассоциаций врачей и средних медицинских работников, областных научных медицинских обществ. В структуре Совета созданы комитеты и рабочие группы по профилактике и формированию здорового образа жизни, научному обеспечению охраны здоровья, подготовке кадров и кадровой политике, первичной медицинской помощи, охране репродуктивного здоровья и ряд других.

Перспективным направлением работы комитета следует считать стратегическое планирование и прогнозирование, алгоритмизацию (стандартизацию) медицинской профилактики и реабилитации, управление качеством медицинской помощи (профилактики). В настоящее время созданы алгоритмы медицинской профилактики для отдельных нозологических форм заболеваний и разработаны критерии оценки профилак-

тической деятельности на уровне лечебного учреждения.

Особая роль в гигиеническом обучении и воспитании населения принадлежит санитарно-эпидемиологической службе. Так, в санитарно-эпидемиологической службе г. Кемерово было создано специализированное отделение гигиенического воспитания и обучения декретированных групп населения. Разработанные в отделении алгоритмы работы с предприятиями, учреждениями и организациями по гигиеническому обучению должностных лиц и работников позволили более чем в три раза увеличить количество обучаемого контингента.

Таким образом, многоуровневый подход к организации профилактических мероприятий с учетом необходимости выявления и устранения основных факторов риска, оказывающих негативное влияние на здоровье населения, позволит добиться стабилизации показателей общественного здоровья населения Кемеровской области. Для эффективной реализации программ профилактики необходимо привлечение к данному виду деятельности работников первичного звена здравоохранения, расширение межсекторального сотрудничества, поиск новых источников финансирования программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

ВАВИЛОВ А.М., БЕЛОВ О.Е., ПОЛЕТАЕВА В.Е., СМИРНОВА Л.А.  
МУЗ Городская больница № 11,  
г. Кемерово

## ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ РАЗНОГО КАЛЕНДАРНОГО И БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Цель исследования:** изучить особенности течения пневмоний у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) и влияние перенесенной пневмонии на течение язвенной болезни (ЯБ) названной локализации.

При проведении исследования обобщены результаты клинического наблюдения 104 больных ЯБ ДПК в возрасте 18-59 лет (55 мужчин и 49 женщин), перенесших пневмонию (I группа), которые сравнивались с данными, полученными при обследовании 97 больных пневмониями, не страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта (II группа), и 98 больных ЯБ ДПК, у которых за последний год до начала наблюдения и во время его острых заболеваний органов дыхания не отмечено (III группа). Сравнимые группы сопоставимы по полу и возрасту. Динамическое наблюдение проводилось в течение года. Диагноз изучаемых заболеваний уста-

новлен на основании общепризнанных критериев. Должный биологический возраст (ДБВ) и биологический возраст (БВ) определялись у всех обследованных по методу Института геронтологии АМН СССР. Использовалась упрощенная методика (Войтенко В.П., 1984)

У 13,5 % пациентов, объединенных в I группу и 27,8 % больных II группы установлен диагноз сегментарной или полисегментарной пневмонии ( $P < 0,05$ ). Клиническая картина и течение сегментарной и полисегментарной пневмонии у пациентов I и II групп достоверно не различались.

У пациентов, страдающих очаговыми пневмониями на фоне ЯБ ДПК, быстрее, чем у больных II группы, нормализовалась температура и разрешалась инфильтрация легочной ткани. Отмечены возрастные особенности течения пневмонии. У больных ЯБ ДПК средние сроки разрешения очаговой пневмонии составили: для пациентов 18-24 лет —  $15,7 \pm 1,1$  дней, у боль-

ных 25-44 лет –  $15,2 \pm 1,1$  дней ( $P > 0,05$ ), у пациентов 45-59 лет –  $18,9 \pm 1,0$  дней (при сравнении с ранее названными группами больных  $p < 0,05$ ). У пациентов, не страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), средние сроки разрешения очаговой пневмонии составили  $17,4 \pm 0,9$ ;  $20,2 \pm 0,8$ ;  $22,4 \pm 0,8$  дней, соответственно (при сравнении приведенных выше величин  $P < 0,01$ ,  $< 0,05$ ). У больных ЯБ ДПК при отношении БВ/ДБВ  $< 1,1$  средние сроки разрешения очаговой пневмонии составили  $17,6 \pm 1,2$  дней, при отношении БВ/ДБВ  $\geq 1,1$  –  $21,9 \pm 1,4$  дней ( $P < 0,05$ ). У больных, не страдающих ЯБ ДПК, сроки разрешения не зависели от отношения БВ/ДБВ. Рецидивы пневмонии отмечены у 6,7 % больных ЯБ ДПК и у 17,5 % пациентов, не страдающих заболеваниями ЖКТ ( $P < 0,05$ ).

У 52,2 % больных очаговой пневмонией и у 85,7 % больных крупозной пневмонией, страдающих ЯБ ДПК, отмечены рецидивы последней за время лечения по поводу пневмонии ( $P < 0,02$ ). Средняя продолжительность абдоминального болевого синдрома у больных, перенесших очаговую пневмонию, составила  $2,2 \pm 0,6$  дня, у больных, перенесших сегментарную или полисегментарную пневмонию, –  $4,3 \pm 0,7$  дня ( $P < 0,05$ ). Диспепсические симптомы у больных названных групп отмечались в течение  $2,5 \pm 0,3$  дней и  $4,0 \pm 0,3$  дней ( $P < 0,05$ ), соответственно. Средняя продолжительность эндоскопических рецидивов ЯБ ДПК, развившихся на фоне очаговой пневмонии, составила  $14,6 \pm 0,9$  дней, сегментарной или полисегментарной пневмонии –  $24,8 \pm 1,2$  дня ( $P < 0,001$ ). Продолжительность обострений ЯБ

ДПК, не связанных с пневмонией, составила  $18,8 \pm 1,2$  дней, средняя продолжительность абдоминального болевого синдрома –  $4,5 \pm 0,8$  дня, диспепсических явлений –  $2,2 \pm 0,5$  дня. Различия приведенных показателей с аналогичными величинами, установленными для больных, у которых обострения ЯБ ДПК развились на фоне сегментарной и полисегментарной пневмонии, статистически значимы ( $P < 0,05$ ;  $< 0,01$ ).

Различие средней продолжительности эндоскопических рецидивов ЯБ ДПК, развившихся у больных с очаговой пневмонией, средней длительности абдоминального болевого синдрома у названной группы больных и величин этих показателей при обострениях ЯБ ДПК у пациентов, объединенных в III группу, также статистически значимо ( $P < 0,05$ ;  $< 0,01$ ). Продолжительность обострений ЯБ ДПК, не связанных с пневмонией, у пациентов 18-24 лет составила  $15,4 \pm 0,9$  дней, у больных 25-44 лет –  $17,8 \pm 1,0$  дней ( $P < 0,05$ ), у обследованных 45-59 лет –  $19,4 \pm 1,2$  дней ( $P > 0,05$ ). Причем для пациентов, у которых отношения БВ/ДБВ  $< 1$ , возрастных особенностей обострений ЯБ ДПК не отмечено во всех группах больных. Рецидивы ЯБ ДПК развились в течение следующего года наблюдения у 85,7 % больных, перенесших обострения названного заболевания на фоне сегментарной или полисегментарной пневмонии, и у 60 % больных, перенесших обострения заболевания на фоне очаговой пневмонии ( $P > 0,05$ ).

Таким образом, отмечены особенности течения пневмоний и обострений ЯБ при сочетании названных заболеваний, имеющие практическое значение.

БАВИЛОВ А.М., КАЛИМУЛЛИНА Л.Д., ЛОМИВОРОТОВА Г.В.  
МУЗ Городская больница № 11,  
г. Кемерово

## ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**В** настоящее время основой лечения язвенной болезни принято считать эрадикационную терапию. Но ее результаты далеко не всегда оправдывают ожидания врача и пациента, что делает актуальным изучение факторов, влияющих на эффективность эрадикационной терапии. *Целью исследования* было изучение влияния проводившегося ранее лечения антибиотиками и бытовых условий пациента у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК).

Обобщены результаты динамического наблюдения 259 больных язвенной болезнью (130 мужчин и 129 женщин) в возрасте 20-59 лет, которым в 2000-2003 гг., во время лечения в гастроэнтерологическом отделении, была проведена эрадикационная терапия (омепразол 20 мл 2 раза в день 14 дней, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день 7 дней, кларитромицин 500 мг 2 раза в день 7 дней) Сравнились следующие группы больных, сопоставимые по полу, ЯБ ДПК, давности заболевания: пациенты, лечившиеся ранее эрит-

ромицином; больные, которым до начала эрадикационной терапии макролиды не назначались; живущие в благоустроенных квартирах; проживающие в неблагоустроенных домах индивидуальной застройки. До начала эрадикационной терапии у всех обследованных подтверждено наличие Нр-инфекции (С10-тест или де-нол-тест). Повторная диагностика проводилась через 4-8 недель после завершения эрадикационной терапии.

*Результаты и обсуждение.* После эрадикационной терапии Нр-инфекция выявлена у 14,7 % пациентов младше 45 лет, получавших ранее лечение эритромицином и у 22,6 % больных этой возрастной группы, которым терапия макролидами ранее не проводилась ( $P < 0,05$ ). Среди обследованных старше 45 лет Нр-инфекция выявлена у 54,8 % пациентов, ранее лечившихся эритромицином, и у 15,2 % больных, которым терапия макролидами не проводилась. Различие частоты Нр после эрадикационной терапии у больных разного возраста, лечившихся до ее начала эритромицином, статистически значимо ( $P < 0,01$ ), у не лечившихся макролидами — статистически не значимо ( $P > 0,05$ ).

Нр-инфекция после эрадикационной терапии выявлена у 9,4 % пациентов младше 45 лет, проживающих в благоустроенных квартирах, и у 29,1 % больных названной возрастной группы, живущих в неблагоустроенных домах индивидуальной застройки ( $P < 0,05$ ).

При обследовании после лечения больных старше 45 лет, Нр выявлена у 17,7 % больных, живущих в благоустроенных квартирах, и у 17,6 % обследованных, живущих в домах индивидуальной застройки ( $P > 0,05$ ). Статистически значимых различий в частоте Нр после эрадикационной терапии у пациентов разных возрастных групп, живущих в одинаковых бытовых условиях, не выявлено.

Таким образом, в рамках описываемого исследования показано, что, проводимая ранее терапия эритромицином и плохие жилищно-бытовые условия снижают эффективность эрадикации Нр. Влияние этих факторов на результаты эрадикационной терапии зависит от возраста пациентов.

Худшие результаты последней у больных старше 45 лет, лечившихся до проведения эрадикационной терапии эритромицином, по сравнению с пациентами младшего возраста, могут быть объяснены большим количеством эпизодов антибактериальной терапии у пациентов старшего возраста, из-за чего среди последних увеличивается распространенность штаммов Нр, резистентных к макролидам. Сформированная концепция позволяет полностью объяснить полученные в рамках настоящего исследования результаты.

Большая частота Нр после эрадикационной терапии у пациентов, проживающих в домах индивидуальной застройки, может быть объяснена большей частотой высокой степени обсеменения Нр у лиц, живущих в неблагоприятных бытовых условиях, и описанным ранее более интенсивным реинфицированием Нр у названной выше категории больных.

#### Выводы:

1. Эффективность эрадикационной терапии зависит от бытовых условий пациента и проводившейся ранее терапии эритромицином.
2. При составлении программы добровольного медицинского страхования, предполагающей проведение эрадикационной терапии, целесообразно предусмотреть дифференцированный подход к страхованию, учитывающий возраст пациента, условия проживания и проводившуюся ранее антибактериальную терапию.

БАВИН Г.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## СПОСОБ ИНТЕНСИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИОННОГО СТАТУСА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

**В** данной работе изучали процессы липопероксидации и газотранспортную функцию крови в комплексе у пострадавших с политравмой, полагая, что это позволит установить общие закономерности изменений липопероксидационного статуса организма при политравме, а также патогенетически обосновать и клинически апробировать способ коррекции

изменений липопероксидационного статуса при политравме.

Обследованы 45 больных с политравмой. В I группу вошли больные со стандартной терапией (25 человек). Во II группу вошли больные, в комплексную терапию которых был включен перфторан (однократно внутривенно капельно в дозе 4-5 мл/кг массы тела). Исследованию под-

---

вергали 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.

В результате исследований установлено, что у пациентов I группы степень активации перекисного окисления липидов была достоверно выше, чем у пациентов II группы, наблюдалось угнетение эндогенной антиоксидантной системы (как ферментативного звена, так и неферментативного). Относительная нормализация показателей наступала в поздние сроки наблюдения, а на 6-7 сутки отмечалась гиперактивность ферментативного звена антиоксидантной системы, что связано с дистрессом этой системы. У пациентов II группы также регистрировали угнетение антиоксидантной системы, однако нормализация показателей наступала в более ранние сроки, в дальнейшем показатели имели стабильно нормальный уровень. Кроме того, у пациентов II группы наблюдалась более ранняя нормализация ключевых показателей кислородо-транспортной функции крови (парциальное давление кислорода,

фракция оксигенированного гемоглобина как критерий потенциального транспорта кислорода), чем у пациентов I группы, что может свидетельствовать об увеличении способности крови к переносу кислорода под влиянием перфторана. Повышение уровня деоксигенированного гемоглобина в венозной крови при снижении его в артериальной крови в группе больных, получавших перфторан, 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.

Таким образом, установлено, что дополнительное введение перфторана в комплекс интенсивной терапии при политравме оптимизирует кислородтранспортные свойства крови, способствует увеличению насыщения кислородом гемоглобина и облегчает отдачу кислорода тканям, приводит к снижению активности перекисного окисления липидов и активирует систему антиоксидантной защиты организма.

---

ВИБЛАЯ И.В., ЧЕЧЕНИН Г.И.

*Кустовой медицинский информационно-аналитический центр,  
Новокузнецкий институт усовершенствования врачей,*

*ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,  
г. Новокузнецк*

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ И ПУТИ МАКСИМАЛЬНОГО ЕЕ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ

**А**ктуальность настоящего исследования обусловлена противоречиями между потребностью населения в медицинской помощи и возможностями системы здравоохранения. Дефицит финансирования всех отраслей народного хозяйствования привел к снижению качества жизни большей части населения и повысил психоэмоциональную напряженность общества, что негативно отразилось на уровне общественного здоровья и увеличило потребность в медицинской помощи.

Территориальная программа государственных гарантий не позволяет удовлетворить потребность в медицинской помощи, в том числе дорогостоящей стационарной, не только из-за дефицита финансирования, но и в связи с несовершенством методических подходов к ее определению, не учитывая специфические особенности территории, связанные с половозрастной структурой населения, поражённостью заболева-

ниями, климатическими, экологическими и другими условиями.

Все это подтверждает своевременность и целесообразность научного обоснования и разработки методологической основы определения потребности населения в стационарной медицинской помощи и путей максимального ее удовлетворения на муниципальном и территориальном уровнях.

Для достижения поставленной цели потребовалось решение таких задач, как:

- разработка методики комплексной оценки и анализа общественного здоровья населения с учетом половозрастной структуры, потерь общества от преждевременной смертности и уровня загрязнения окружающей среды;
- проведение сравнительной оценки динамики показателей общественного здоровья населения по периодам реформирования здравоохранения г. Новокузнецка (с учетом админис-

тративных районов) и Республики Хакасия (с учетом ее территориальных единиц);

- изучение существующих систем ресурсного обеспечения системы здравоохранения г. Новокузнецка и Республики Хакасия;
- обоснование методологической основы определения потребности населения в различных видах медицинской помощи, в том числе стационарной, с учетом комплексной оценки здоровья населения;
- анализ проблем формирования муниципального и государственного заказов на основные виды медицинской помощи, прежде всего стационарной, и определение путей их оптимального решения;
- научное обоснование модели формирования муниципального и государственного заказов на стационарные виды многоэтапной медицинской помощи;
- научное обоснование и разработка технологии практической реализации предлагаемой системы стационарной медицинской помощи и оценка ее эффективности;
- формирование оптимальных вариантов муниципальных и государственных заказов для оказания стационарных видов медицинской помощи на территории Республики Хакасия и г. Новокузнецка.

Теоретическое значение выполненной работы состоит в разработке новой методологии определения потребности населения в медицинской помощи и обосновании принципов реализации программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи при наличии финансовых ограничений.

В результате исследования решена научная проблема по обоснованию методологии определения реальной потребности населения в медицинской помощи с учетом интегральной оценки здоровья населения и уровня загрязнения окружающей среды, а также выработаны подходы к формированию муниципального и государственного заказов, предусматривающих оптимизацию стационарных видов медицинской помощи путем интенсификации использования ограниченных ресурсов и внедрения новых медицинских технологий при многоэтапной системе лечения на городском и территориальном уровнях.

Исследование проводилось в несколько этапов по 4-м периодам реформирования здравоохранения путем сплошного наблюдения данных в динамике с 1986 по 2003 гг., и стало возможным благодаря отлаженной технологии создания и поддержания многолетних персонализированных компьютерных баз данных.

Исследованием установлено, что в Новокузнецке, в результате сокращения рождаемости и одновременного роста показателей смертности,

прекратился прирост населения, а с 1992 г. регистрируется его естественная убыль. Все это отразилось на изменении возрастной структуры: сократилась доля детей и увеличилась доля лиц старше 60 лет, что обуславливает рост потребности в медицинской помощи. Отмечается рост показателей инвалидизации населения, как общей, так и первичного выхода, что, вероятно, связано с ухудшением социально-экономического положения. Противоположная тенденция с показателями общей заболеваемости по обращаемости — наблюдается ее снижение во всех возрастных категориях. В то же время, регистрируется рост социально обусловленных заболеваний и заболеваний, характеризующих психосоциальное напряжение общества. Интегрированная оценка здоровья населения г. Новокузнецка имеет низкое значение и подчеркивает негативные тенденции. Существенные достоверные различия в структурах заболеваемости по обращаемости и основных причин смерти указывают на наличие «скрытой» потребности в медицинской помощи, в том числе стационарной. Получены крайне негативные оценки потерь общества от преждевременной смертности. Значение показателя в человеко-годах на 1000 населения в 2002 году, по сравнению с 1989 годом (год переписи), увеличилось в 1,8 раза (при одновременном снижении общей заболеваемости по обращаемости на 12 %).

В результате совместных исследований ученых НИИ комплексных проблем гигиены, ГИДУВа и специалистов КМИАЦ, в рамках методологии оценки рисков возникновения дополнительных заболеваний установлено, что только от присутствия в атмосфере формальдегида и сажи (содержащей бенз(а)пирен) «годовой индивидуальный пожизненный риск» возникновения дополнительных онкозаболеваний оценивается как 1,62 шанса вероятности на 10 тыс. населения.

Учитывая все выше изложенное, комплексная оценка пораженности населения заболеваниями по значимым группам, дифференцированная по половозрастным категориям, проведена с учетом: прогноза заболеваний по обращаемости; поправочного коэффициента на скрытые заболевания, который применяется в случае превышения его значения единицы и отражает разнонаправленные тенденции заболеваемости по обращаемости и потерь общества от преждевременной смертности; популяционного риска возникновения дополнительных заболеваний от негативного воздействия факторов окружающей среды, который исчисляется количеством дополнительных заболеваний на популяцию в год.

Установлено, что истинное число заболеваний превышает явное по обращаемости более чем в 3 раза, что подтверждают результаты ранее



проведенных выборочных исследований (Максимова Т.М., 2000, 2002; Комаров Ю.М., 2001).

Выработанные методические подходы к определению потребности в госпитализации и формированию муниципального и государственного заказов с целью максимального ее удовлетворения базируются на следующих принципах:

- определение истинной потребности населения в медицинской помощи на основе прогнозирования уровня болезненности с учетом половозрастной структуры населения, потерь в связи с преждевременной смертностью населения и влияния окружающей среды;
- обеспечение положительной динамики в показателях, характеризующих уровень общественного здоровья;
- интенсификация использования ресурсов учреждений здравоохранения с различными формами собственности, внедрение новых медицинских технологий и организационных форм.

Основными компонентами методологии формирования потребности в стационарной медицинской помощи являются:

- комплексная оценка здоровья населения;
- экспертные оценки потребности в госпитализации, определяющие ее приоритеты, профильную структуру и критерии дифференциации по стационарам с учетом эффективности лечения и многоэтапности медицинской помощи;
- экспертные оценки возможностей коечного фонда, ограниченных количеством коек, их работой и средней длительностью лечения;
- стандарты медицинских технологий, определяющие длительность лечения, объемы помощи на этапах, критерии завершенности этапа и дальнейший маршрут.

В рамках созданной нами автоматизированной системы предусмотрена возможность моделирования ситуаций, проведения компьютерного анализа соответствия возможностей коечного фонда выявленной потребности в госпитализации. На «выходе» формируется муниципальный заказ, дифференцированный до отделения ЛПУ и вида стационара с учетом многоэтапности медицинской помощи, и выдаются рекомендации по перепрофилированию коек.

Внедрение многоэтапности оказания медицинской помощи осуществлено на основе стандартов медицинских технологий, разработанных под руководством профессора Г.Н. Царик и адаптированных к клиничко-диагностической и информационно-методической базе здравоохранения г. Новокузнецка главными специалистами управления здравоохранения и учеными ГИДУВа.

Реализация возможных путей госпитализации жителей г. Новокузнецка путем формирования

муниципального и государственного заказов в рамках Территориальной программы государственных гарантий позволяет удовлетворить более 95 % (до 99 %) потребности в круглосуточной стационарной медицинской помощи. Потребность в стационарозамещающих видах помощи пока удовлетворяется на 44 %, что в равной степени обусловлено низким уровнем жизни населения и недостаточной оснащенностью клиничко-диагностической базы дневных стационаров и требует дальнейшего развития данного вида медицинской помощи по мере роста готовности населения к его принятию.

При апробации предложенных подходов на территории Республики Хакасия, мы, учитывая выявленные различия показателей общественного здоровья по территориальным единицам, а также хорошо развитое местное самоуправление, применили двухуровневый подход к формированию муниципального и государственного заказов. У каждой территории появилась возможность заявить о своих потребностях и предложениях на местном и Республиканском уровнях. Одновременно с этим, муниципальный и государственный заказы для каждой территориальной единицы с позиций взглядов главных специалистов сформированы на уровне Министерства здравоохранения. Окончательный вариант заказа принят методом согласования.

При оценке эффективности функционирования совершенствованной системы организации стационарной медицинской помощи на примере г. Новокузнецка, отмечено более интенсивное использование ресурсов: увеличилось число дней работы койки, повысился ее оборот, сократился простой; а с внедрением многоэтапности заметно сократилась средняя длительность лечения. В результате, при (вынужденном) сокращении коечного фонда на 21 % и соответствующем сокращении обеспеченности населения койками, удалось сохранить неизменным уровень госпитализации с целью максимального удовлетворения потребности населения.

Экономическая эффективность проводимых мероприятий выражается в условном экономическом эффекте за счет сокращения коек и средней длительности лечения и величине предотвращенных потерь за счет сокращения простоя койки и увеличения ее функции. Одновременно с этим, отмечается медицинская эффективность — несмотря на явный рост тяжести и экстренности госпитализации, интенсификация лечебно-диагностического процесса не приводит к росту больницы летальности плановых больных и сдерживает рост летальности госпитализированных по экстренным показаниям.

## РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КОНТИНГЕНТА ОСОБОГО ВНИМАНИЯ

Основная задача системы здравоохранения — повышение качества медицинской помощи. В здравоохранении многих развитых стран система сестринского обслуживания рассматривается как отдельная самостоятельная область медицинской деятельности.

Профессиональная группа медицинских сестер является наиболее многочисленной категорией медицинских работников, и работа врача и участковой медицинской сестры особо взаимосвязаны. Медицинская сестра работает в непосредственном контакте с пациентом и от качества ее труда зависит качество медицинской помощи. Профилактическую работу на участке медицинская сестра проводит совместно с врачом и самостоятельно.

Работа включает пропаганду здорового образа жизни, иммунизацию населения, профилактику инфекционных заболеваний, туберкулеза, онкологических заболеваний, обучение пациентов самоконтролю за своим состоянием, помощь пожилым людям в адаптации к реальным условиям жизни.

Большую работу участковая медицинская сестра проводит по развитию стационарозамещающих технологий — стационара на дому, патронаж больных. Совместно с врачом, участковая медицинская сестра участвует в проведении Школ здоровья по нозологическому принципу (по бронхиальной астме, гипертонической болезни, болезни Паркинсона, онкологическая, по уходу за пациентами, перенесшими инсульт, и т.д.). В поликлинике их девять. В Школах обучаются пациенты и социальные работники, это позволяет улучшить результаты ухода и лечения пациентов.

За 2004 год занятия в Школах посетили 788 человек, из них 213 человек — контингент особого внимания. Всего на учете 1832 человек контингента особого внимания, из них нетранспортабельных — 173 человека. Для проведения диспансеризации контингента особого внимания определена система экспертной оценки:

- 100 % охват нетранспортабельных контингентов особого внимания на дому;

- 100 % обеспечение явки контингента особого внимания на диспансерный день (у нас в поликлинике — это третья суббота каждого месяца);

- владение участковой медицинской сестрой смежными специальностями (запись электрокардиограммы на дому, забор крови и т.д.);
- проведение иммунизации контингента особого внимания;

- правильное оформление и ведение документации (паспорт участка, амбулаторные карты, картотека по контингенту особого внимания).

В паспорте участка имеются списки контингента особого внимания, в т.ч. нетранспортабельных, которые постоянно уточняются. Этих пациентов хорошо знают участковый врач и участковая медицинская сестра. Эта группа населения требует много физических и эмоциональных затрат, т.ч. их лечение и обследование носит системный характер. Помощь им оказывается при любых заболеваниях.

Участковая медицинская сестра работает в тесном контакте с гериатром, помогая ему реализовать рекомендации пациентам. Она обучает пациентов двигательному и санитарно-гигиеническому режиму, питанию, мероприятиям по уходу, оказывает медикаментозную помощь, контролирует выполнение социальными работниками назначений.

На приеме в поликлинике участковая медицинская сестра регулирует поток пациентов к врачу, следя за тем, чтобы контингент особого внимания обслуживался вне очереди.

В реализации программы «Льгота-2005 года» участковой медицинской сестре отведена особая роль. Участковые медицинские сестры обучены работе на компьютере по выписке рецептов, что повышает престиж участковой медицинской сестры.

Таким образом, процент охвата диспансеризацией контингентов особого внимания напрямую зависит от качества работы медицинской сестры. Реализация программы «Льгота-2005 года» не уменьшает время приема пациентов из-за выписки льготных рецептов.

## ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОТДЕЛЕНИИ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Основные принципы реабилитации больных, перенесших мозговой инсульт (ОНМК), соответствуют общепринятым: раннее начало, систематичность и длительность, комплексность, этапность. Восстановительное лечение начинается уже в остром периоде инсульта, во время пребывания больного в неврологическом стационаре общего типа. На всех этих этапах очень важна преемственность в вопросах адаптации к окружающей среде, обучения приемам самообслуживания, бытовым навыкам, приобретения знаний о своем заболевании, возможных осложнениях, правилах приема лекарственных препаратов, возможных исходах заболевания, психологическая помощь больному и родственникам.

Все эти возможные аспекты медицинской реабилитации больше относятся к работе среднего медицинского персонала, что повышает значимость медицинской сестры в глазах больного и его родственников, существенно облегчает работу лечащего врача на всех этапах реабилитации и способствует более быстрому решению поставленных задач.

Направленность действий медицинской сестры по отношению к пациенту зависит от имеющихся у него проблем. В основе этой работы лежит не интуиция, а продуманный и сформированный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей и решение проблем человека. Одним из неперемных условий осуществления сестринского ухода является участие пациента (членов семьи) в принятии решений относительно целей ухода, плана и способов сестринского ухода, которые зависят от нескольких факторов: взаимоотношение сестры и пациента (степень доверия); отношение пациента к здоровью; уровень знаний, культуры; осознание потребностей в уходе.

Участие пациента в этом процессе позволяет ему осознать необходимость самопомощи, обучиться и оценить качество сестринской помощи.

Для улучшения качества оказания сестринской помощи пациентам, перенесшим ОНМК, в отделении был изменен график работы палатных медсестер. Организовано 3 поста. Распределение функций палатных медсестер на каждую рабочую смену проводится на утренней конференции.

Палатная медсестра I поста ведет всю сестринскую документацию пациента, перенесшего ОНМК, работает с социально-значимыми для него людьми, передает пациента из стационара в

территориальную поликлинику, сопровождая сестринской выпиской, в которой описаны все приобретенные больным навыки, дает рекомендации для участковой медсестры и родственников пациента.

Палатная медсестра II поста работает со всеми больными отделения, ведет контроль за выполнением врачебных назначений, осуществляет связь с другими отделениями больницы.

Медсестра III поста сопровождает пациентов, нуждающихся в посторонней помощи, на обследование и лечение, с 19.00 до 20.00 часов занимается с пациентами социально-бытовой реабилитацией, контролирует логопедические занятия с отметкой о выполнении задания врача-логопеда в дневнике пациента. В будние дни медсестра контролирует выполнение назначений врача ЛФК, а в выходные сама проводит пациентам лечение положением (укладки), участвует в кормлении больных, отвечает за санитарное состояние палат и выполнение правил охранительного режима отделения.

Руководствуясь стандартами, включающими алгоритмы действий, для разрешения проблем пациента с сосудистой патологией, медсестра ведет карту сестринского наблюдения стационарного больного, параллельно с врачебной историей болезни. Это обеспечивает полное динамическое наблюдение за состоянием пациента, уменьшает риск осложнений, ускоряет процесс реабилитации.

Ведется маршрутный лист пациента, где отражаются все обследования, консультации, расписание лечебных процедур, сдача анализов, делается отметка о дате назначения и дате выполнения этих назначений.

В практике отделения для больных, перенесших ОНМК, используется шкала Бартела для оценки уровня бытовой активности по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста. Максимальная сумма баллов, соответствующая полной независимости в повседневной жизни, равна 100. Оцениваются следующие 9 действий: прием пищи, персональный туалет, одевание, прием ванны, контроль тазовых органов, посещение туалета, вставание с постели, передвижение, подъем по лестнице.

Мы разделили пациентов, перенесших ОНМК на разных периодах, на 3 группы (по количеству баллов по шкале Бартела): I группа – от 100 до 90 баллов; II группа – от 85 до 35 баллов;

III группа — от 35 баллов и ниже. Оценка состояния пациента проводится при поступлении, промежуточно и при выписке.

В настоящее время, для определения эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий, используется такой показатель, как «Качество жизни», связанное со здоровьем, характеризующий исход лечения. Показатель качества жизни имеет интегральный характер, отражает физическое, психическое состояние пациента, а также уровень его жизнедеятельности и социальной активности. Повышенное внимание специалистов сестринского дела по оценке качества жизни связано с тем, что при таком подходе в наибольшей степени учитываются интересы пациента. Сестринский персонал работает в непосредственном контакте с пациентом и от них в значительной степени зависит качество медицинской помощи.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что более совершенные стратегии сестринского ведения и реабилитации больных, перенесших инсульт, могут способствовать сохранению качества жизни пациентов. Обоснование наиболее эффективных форм сестринской помощи определило технологию сестринского ухода в реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Были изучены основные функциональные и психологические проблемы пациентов с ОНМК, их динамика при использовании организационной технологии сестринского ухода («Сестринский процесс»). Материалы настоящей работы используются в практической работе нашего отделения.

Разработанная и внедренная «Карта сестринского наблюдения стационарного больного» позволяет оценить состояние пациента и его потребности. Ведение полной карты сестринского наблюдения облегчает работу сестры с пациентом, способствует более полному анализу его проблем и путей их решения.

Нами были реализованы технологии сестринского ухода за 100 пациентами с ОНМК в различные фазы восстановительного периода, среди наблюдаемых 48 женщин и 52 мужчины разного возраста. На момент поступления у пациентов-мужчин ведущими проблемами являлись прием ванны, персональный туалет, одевание; у женщин при поступлении ведущими проблемами были передвижение, подъем по лестнице, прием ванны, персональный туалет.

Наряду с функциональной оценкой пациента, нами исследовались психологические аспекты социальной интеграции пациентов (взаимодействие с членами семьи, медицинским персоналом, окружающими). Оценивая уровень психоэмоционального состояния на момент поступления необходимо отметить, что у мужчин преобладало нежелание действовать, у женщин — сниженное настро-

ение. Сужение круга общения, чувство безнадежности, навязчивые мысли и страхи отмечали пациенты как мужского, так и женского пола.

После оценки состояния, записи полученной информации, медицинская сестра обобщает ее, анализирует и делает определенные выводы. Они и становятся теми проблемами, которые являются предметом сестринского ухода. При оценке эффективности сестринского ухода выполняются несколько функций: определяются, достигнуты ли поставленные цели, определяется эффективность сестринского вмешательства.

Этот аспект оценки заключается в измерении качества сестринского ухода. Оценка складывается из мнения пациента и его реакции на качество предоставляемой помощи и наличия осложнений после проведенных вмешательств, а также удовлетворенности сестринского персонала.

Для оценки качества и эффективности реабилитационных воздействий повторно (перед выпиской пациента) проведена оценка функциональной независимости и психоэмоционального состояния больных.

В структуре проблемы оставались прежними — персональный туалет, прием ванны, одевание. При этом необходимо отметить снижение уровня их выраженности — при поступлении около 30 % пациентов нуждались в полной поддержке, 31 % пациентов нуждались в частичной поддержке. На момент выписки нуждающиеся в полной поддержке отсутствовали, в частичной поддержке нуждались 10 % мужчин и 11 % женщин. Произошло снижение уровня выраженности проблем — у мужчин на 21 %, у женщин на 30,1 %.

Также произошло снижение уровня выраженности проблем психоэмоционального состояния (с 48 % до 28,1 %). Положительная динамика уровня социальной активности наблюдалась у 33,8 % пациентов мужского пола и у 37,5 % женщин. Осталась проблема общения — 53,8 % мужчин, 41 % женщин. Это, возможно, порождало навязчивые мысли и страхи.

Таким образом, произошли качественные изменения в функциях независимости. Данные, полученные в процессе работы, подтверждают — сестринская помощь ориентируется не на краткосрочные критерии, а на долгосрочные результаты.

Оценка уровня неудовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи: 94 % пациентов удовлетворены оказанием сестринской помощи, 3 % пациентов остались довольны не полностью, 3 % пациентов не были удовлетворены отношением медицинской сестры.

#### Выводы:

1. Внедрение сестринского процесса в реабилитацию пациентов, перенесших инсульт, в нас-

тоящее время является необходимым условием для осуществления профессионального ухода за пациентами, т.к. позволяет улучшить качество сестринской помощи и реально влияет на качество жизни пациента, связанное со здоровьем.

2. Реализация современной организационной технологии «Сестринский процесс» позволяет повысить удовлетворенность участников ре-

билитационного процесса (сестринский персонал — пациент — врачебный персонал) и сделать его более эффективным.

3. Расширение сферы деятельности в рамках профессиональной компетенции медицинских сестер в нейрореабилитации в условиях многоуровневой системы оказания медицинской помощи способствует эффективности медико-социальной реабилитации.

ВОДЯНОВ Н.М., БАСОВ В.З.

*Кузбасский НИИ травматологии и реабилитации,*

*ГУЗ Областная клиническая ортопедо-хирургическая больница восстановительного лечения,  
г. Прокопьевск*

## ЛЕЧЕНИЕ ЭЛЕКТРООЖОГОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**В** отделе хирургии кисти и микрохирургии с электроожогами 3-4 степени площадью 0,3-12 % лечились 70 больных (60 мужчин и 10 женщин). В общее число пострадавших включены 14 детей в возрасте от 3 до 15 лет. Остальные больные были в возрасте 16-68 лет.

Травму на производстве получили 25 человек (прикосновение к высоковольтным проводам — 17 человек, трансформаторам на 10000-50000 вольт — 5, электрическим проводам на 380 и 220 вольт — 3 человека). Травмировались в быту 45 человек: прикосновение к оголенным проводам электроприборов (10 чел.), засовывание металлических предметов в розетки (4 чел.), прикосновение к трансформаторам (6 чел.), высоковольтным проводам (12 чел.), при вырубке высоковольтных проводов (13 чел.).

Для удобства изложения мы разделили больных на три группы. В первую группу вошли 31 человек, получивших лечение на всех этапах, без использования микрохирургической техники. В зависимости от локализации ожогов, больные распределились следующим образом: кисть (11 человек); кисть и дистальная треть предплечья — односторонние (6 чел.) и двухсторонние (5 чел.); кисть и стопа (1 чел.); кисть, предплечье и стопа (1 чел.); кисть, предплечье и грудная клетка (1 чел.); кисть и плечо (2 чел.); кисть и бедро (1 чел.); предплечье и голова (1 чел.). Таким образом, у подавляющего большинства больных наблюдались электроожоги двух и нескольких областей, а у 8 — двухсторонние повреждения. У всех больных, наряду с дефектом кожи, наблюдали повреждения мышц, сухожилий, сосудов и нервов, у трех пациентов — костей. Состояние 21 больного было тяжелым и требовало продолжительного лечения до нормализации гомеостаза.

Консервативное лечение, заключающееся в перевязках, постепенном иссечении некроза, применении аэрофореза пенициллина и электрофореза биомидина, проведено 4 больным с ограниченными ожогами кисти. Только у одной больной получен хороший результат, у трех больных развились сгибательные или приводящие контрактуры пальцев, потребовавшие многократных (до пяти) оперативных вмешательств.

17 больным, по мере отторжения некроза и появления грануляций, дефекты закрывались расщепленными лоскутами (9 наблюдений), полноценным лоскутом (1), лоскутом на питающих ножках: итальянская пластика (1), сдвоенные лоскуты по Блохину-Конверсу (1), Джанелидзе-Баннелу (1), Холевичу (5). Одному больному дефект по волярной поверхности закрыт после укорочения пястных костей, пораженных гнойной инфекцией.

Такая тактика лечения у большинства больных, с точки зрения сохранения (восстановления) функции, себя не оправдала. В результате многократных некрэктомий из-за распространения некроза органы утрачивали свою анатомическую целостность. Дерматомные трансплантаты, приживающиеся, как правило, полностью, в конечном этапе становились компонентами рубца и поэтому были не пригодны для использования при реконструктивно-восстановительных вмешательствах на сухожилиях, нервах и суставах. Ввиду этого, 7 больным на 8 предплечьях рубцы вместе с пересеженными трансплантатами были иссечены, а дефекты закрыты лоскутами на питающих ножках с живота или грудной клетки.

Кроме того, такая тактика чревата опасностью возникновения поздних арозивных кровотечений из магистральных сосудов. Однако такой подход оправдан при лечении больных, находя-

щихся в тяжелом состоянии. 11 больным этой группы, в сроки от 6 месяцев до трех лет, выполнены оперативные вмешательства:

- по поводу повреждений нервов: невролиз локтевого и срединного нервов (2), пластика срединного нерва за счет локтевого (2), операция типа Джанелидзе (1), пересадка островка кожи по Мoberгу (1), операция Райе (1), пластика дефекта срединного нерва аллотрансплантатами (2).
- по поводу повреждений сухожилий сгибателей и разгибателей различными способами (4 больным).
- для восстановления захватов кисти или рациональной позиции кисти проведены артродезы межфаланговых суставов (1), ротационная остеотомия лучевой кости (1), полицизация указательного пальца (1).

Успехи первичных оперативных вмешательств у больных с тяжелыми отморожениями и по поводу тяжелых гнойных осложнений после механических повреждений с использованием лоскутной пластики позволили нам внедрять активную тактику при лечении больных с тяжелыми ограниченными электроожогами на кисти и предплечья.

Восстановительные операции в сроки от нескольких часов до 2 недель с момента травмы выполнены у 13 больных и заключались в иссечении некротизированной кожи и сухожилий в пределах здоровой ткани с обязательным сохранением артерий и нервов, которые по внешним и функциональным признакам были в минимальной степени жизнеспособны. Образовавшиеся дефекты закрывали лоскутами на питающих ножках (7 наблюдений), толстыми расщепленными лоскутами (6). Операции проводились под прикрытием антибиотиков, которые вводили внутрикостно или длительно внутриартериально. После лоскутной пластики наблюдали одну неудачу. Причина — иссечение некротизированной кожи выполнено не полностью. Частичное приживание свободных трансплантатов диагностировано в 3 случаях из 7.

Преимущества такой тактики очевидны, ни одному больному в последующем не выполнялись восстановительные операции на нервах и сухожилиях. Функции кисти компенсировались за счет оставшихся сухожилий и нервов. Таким образом, мы можем говорить о том, что раннее иссечение нежизнеспособных тканей предотвращает развитие некроза тканей вследствие присоединяющейся инфекции.

Несколько замечаний об условиях для выполнения ранних оперативных вмешательств на конечностях после электроожогов. Операции проводятся всегда на тканях с пониженным кровоснабжением, пониженными сопротивляемостью к

инфекции и способностями к регенерации. Поэтому оперировать следует атравматично, с сохранением (по возможности) крупных артериальных и венозных стволиков, с соблюдением асептики.

Второй этап кожной пластики необходимо выполнять в сроки 45-60 дней, лоскуты хорошо приживаются и осуществляют дополнительное питание тканям реципиента. Это питание в указанные сроки весьма целесообразно, поскольку за это время происходит компенсация кровоснабжения дистальных участков конечностей.

Следующий этап лечения больных с электроожогами характеризуется использованием ранних некрэктомий с последующим восстановлением всех поврежденных образований с использованием микрохирургической техники.

С 1988 года по 2002 год в отделении лечились 18 мужчин с электроожогами 3-4 степени, в основном верхних конечностей.

У двух человек ожог был расположен на ладони. Помимо поражения кожных покровов, имелось повреждение всех сухожилий сгибателей пальцев, ветвей срединного и локтевого нервов, поверхностной ладонной дуги. У двух больных ожоговая поверхность располагалась на ладонной поверхности дистальной трети предплечья. Из глубже лежащих анатомических образований были поражены сухожилия сгибателей всех пальцев и кисти. Из других анатомических структур одного больного был поврежден срединный нерв и локтевой сосудисто-нервный пучок, у другого пациента имелось повреждение срединного нерва и лучевой артерии. Также у одного из этих больных наблюдали поражение кожных покровов ладонной поверхности 1-го пальца другой верхней конечности и повреждение длинного сгибателя и пальцевых сосудисто-нервных пучков. Локализация ожога на пальце выявлена еще у одного человека. Помимо кожных покровов, у этого больного пострадали сухожилия сгибателей, пальцевые сосудисто-нервные пучки. У него так же было отмечено поражение второй руки с повреждением мышц разгибателей кисти и пальцев. У одного пациента электроожог располагался на тыльной кисти с поражением сухожилий разгибателя 2 пальца. Еще у одного больного было тотальное поражение одной верхней конечности и электроожог головы.

Как следует из выше перечисленного, данная локализация повреждения у большинства больных приводила к значительным нарушениям функции кисти, что проявлялось нарушением всех видов схвата, развитием сгибательных контрактур, нарушением всех видов чувствительности.

С целью восстановления функции пораженных сегментов верхних конечностей, сокращения



сроков лечения, профилактики присоединения вторичной инфекции была предпринята активная хирургическая тактика. Не дожидаясь стадии расплавления некротических тканей пораженных участков, все больные были оперированы в первые 7 суток от момента получения травмы. Оперативное лечение разбивали на два этапа. На первом этапе, в условиях осложненной операционной, выполняли некрэктомию. Иссекались некротизированные участки кожи и пораженные подлежащие анатомические образования, легировались пораженные сосуды. На следующий день, в условиях чистой операционной, выполняли второй этап операции. Во всех случаях хирургическая тактика сводилась к реконструкции поврежденных анатомических образований верхней конечности (магистральные артерии, нервы, сухожилия) и восстановлению полноценных кожных покровов пораженного сегмента.

Повреждение магистральных артерий (локтевой и лучевой) встретили у двух человек. При этом у одного пациента имелось поражение лучевой и локтевой артерий, у другого — только лучевой. Размеры дефекта колебались от 5 до 10 см. У данных больных проводилось аутовенозное протезирование магистральных артерий. У них же мы наблюдали повреждение срединного и локтевого нервов: у одного человека пострадали оба нерва, у другого — только срединный. У этих же пациентов наблюдалось повреждение сухожилий сгибателей пальцев. Для замещения дефектов нервов использовали 2-4 аутоневральные вставки из икроножного нерва по типу «кабельной» пластики. Тендопластика глубоких сгибателей пальцев выполнялась за счет поверхностных. Кожные покровы восстанавливались трансплантацией кровоснабжаемого торакодорзального лоскута, с включением в него участка фасции для восстановления скользящего аппарата сухожилий.

Двум больным с дефектом сухожилий сгибателей на уровне пальцев и одному с дефектом сухожилий разгибателей 2-го пальца на уровне ладони проводилась свободная тендопластика с одномоментным восстановлением кожных покровов трансплантацией кровоснабжаемого «китайского» лоскута с включением в него участка лучевого сгибателя кисти, который и был использован для пластики сухожилия. Еще у двух пациентов с локализацией повреждения на ладони выполнили тендопластику глубоких сгибателей: 2-3 пальцев у одного и 2-3-4 пальцев у другого, и одномоментное восстановление кожных покровов путем трансплантации кровоснабжаемого лучевого комплекса тканей, с включением в него сухожилия плечелучевой мышцы, лучевого сгибателя кисти и, при необходимости, сухожилия длинной ладонной мышцы, которые использовались для тендопластики.

В этой группе пострадавших поражение общепальцевых и пальцевых нервов встретили у 4 человек с локализацией ожога на ладони и ладонной поверхности пальцев. Размеры дефекта варьировали от 3 до 5 см. Во всех наблюдениях проводилась аутопластика нервов трансплантами из икроножного нерва. Общепальцевые и пальцевые артерии не восстанавливались. Одному пациенту с тотальным поражением верхней конечности и мягких тканей головы по жизненным показаниям была выполнена ампутация на уровне плеча и некрэктомиа мягких тканей головы, замещение раневого дефекта. У всех больных получены хорошие результаты.

За этот же промежуток времени в отделении лечились 21 пострадавших в возрасте от 13 до 60 лет с последствиями электроожогов 3-4 степени.

У одного больного патологические изменения локализовались по внутренней поверхности плеча. Помимо грубых рубцов, имелся дефект срединного, локтевого нервов и плечевой артерии. В области локтевого сустава повреждения встретили у 2 пострадавших. Из них, у одного пациента рубцовые изменения кожных покровов явились причиной сгибательной контрактуры локтевого сустава; у второго больного клиническая картина дополнялась наличием дефекта срединного, локтевого нервов и плечевой артерии. У 10 больных патологические изменения локализовались на предплечье. Девять из них имели обширные рубцы по волярной поверхности, нередко спаенные с костями. Имелся дефект срединного и (или) локтевого нервов, лучевой и (или) локтевой артерии, сухожилий сгибателей пальцев. У одного пострадавшего рубцы располагались по задней поверхности предплечья и сочетались с дефектом мышц разгибателей кисти и пальцев. Повреждения, локализирующиеся в области кисти, встретили у восьми пациентов. Во всех случаях имелся дефект общепальцевых или пальцевых сосудисто-нервных пучков, сухожилий сгибателей, рубцовая сгибательная контрактура пальцев.

Как следует из перечисленного, наиболее часто повреждения были расположены на предплечье и кисти. Данная локализация приводила к выраженным нарушениям функции кисти, что проявлялось нарушением всех видов охвата, развитием сгибательной контрактуры кисти и пальцев 2-4 степени, нарушением всех видов чувствительности и функции мышц кисти, вегетативной функции.

Хирургическая тактика во всех случаях сводилась к радикальному иссечению рубцов, реконструкции поврежденных анатомических образований (магистральные артерии, нервы, сухожилия) и восстановлению полноценных кожных покровов пораженного сегмента.

Повреждение магистральных артерий встретили у 11 человек. Величина дефекта варьировала от 6 до 20 см. Во всех случаях проводилось аутовенозное протезирование. При повреждении лучевой и локтевой артерий восстанавливалась только одна артерия. У восьми пациентов были повреждены общепальцевые или пальцевые артерии, проходимость которых не восстанавливалась.

Отдаленные результаты изучены у 16 больных в сроки 1-6 лет.

Результаты тендопластики изучены у 14 человек. В десяти случаях получен хороший результат, при этом дефицит сгибания пальцев не превышал 2 см, а сила кисти составила не менее 60 % от здоровой. У 4 больных получен удовлетворительный результат, при этом дефицит сгибания пальцев не превышал 4 см, а сила кисти составила не менее 40 % от здоровой.

После нейропластики хороший результат получен у восьми пострадавших. Пятерым из них проводилась пластика общепальцевых нервов, троим – пластика срединного и локтевого нервов в дистальной трети предплечья. В шести случаях результат расценен как удовлетворительный, в двух случаях – как неудовлетворительный.

Критериями оценки результатов являлось восстановление тактильной, болевой, температурной и дискриминационной чувствительности, а также восстановление биоэлектрической активности мышц кисти. Хорошая оценка ставилась в случае восстановления всех видов чувствительности, дискриминационный тест Вебера не превышал 10 мм, восстанавливалась биоэлектрическая активность мышц кисти. К удовлетворительным результатам отнесли случаи восстановления всех видов чувствительности, а тест Вебера не превышал 20 мм, частично восстанавливалась биоэлектрическая активность мышц кисти. Двое больных, с дефектом срединного и локтевого нервов на уровне плеча, у которых не наблюдали восстановление чув-

ствительности и двигательной активности мышц, были отнесены в группу с неудовлетворительными результатами.

Результаты кожной пластики у всех больных были расценены как хорошие, достигнуто восстановление утраченных форм пораженных конечностей. Ни у одного из пациентов не наблюдали рецидива контрактуры суставов. Выбор способа кожной пластики зависел от локализации площади распространения рубцового процесса и состояния магистральных сосудов. Если площадь повреждения велика, если имеются контрактуры прилежащих суставов, целесообразно использовать лоскуты из отдельных частей тела на микрососудистых анастомозах. При дефектах кожных покровов не более 15-20 см<sup>2</sup> целесообразно использовать пластику перемещения кожными лоскутами в сочетании с полнослойным кожным трансплантатом. При локализации патологического процесса на кисти эффективна пластика ротационными кожными лоскутами на сосудистой ножке.

#### Выводы:

1. Тактика в лечении больных с электроожогами конечностей зависит от тяжести состояния больного, локализации и характера повреждения. При всех равных условиях предпочтение следует отдавать восстановительным операциям, проводимым в наиболее ранние сроки после травмы.
2. Реконструктивные операции на нервах, сухожилиях, костях и суставах у больных с последствиями электроожогов в большинстве случаев являются основой в реабилитации этой категории больных, наряду со способами консервативного воздействия и рационального протезирования.
3. Лечение больных с тяжелыми электроожогами верхних конечностей должно проводиться в центрах пластической и реконструктивной микрохирургии.

ГУБКИН М.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЧЕЛИНОГО ЯДА ПРИ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА НЕЙРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ СОСУДОВ

**Х**олодовое воздействие дает возможность выявить способность сосудов к сужению и расширению. Совокупность же характера нейроваскулярных реакций на локальное ох-

лаждение позволяет определить их тип: нормотонический, гипертонический или гипотонический.

*Цель исследования:* Проанализировать, при каком типе нейроваскулярной реакции интрао-

кулярных сосудов глаз применение пчелиного яда наиболее эффективно.

**Материалы и методы:** Проведен анализ типов нейроваскулярных реакций интраокулярных сосудов у 60 больных (89 глаз) с заболеваниями зрительного нерва различной этиологии. При проведении управляемой локальной гипотермии глаз использовалась система Корниловского И.М. Для вызова вазомоторных реакций интраокулярных сосудов в полном объеме была проведена 10-минутная локальная гипотермия глаз. Все больные были пролечены с использованием апитоксинотерапии в виде пчелоужаливаний. До и после лечения проводилось реоофтальмографическое исследование.

**Результаты:** При проведении локальной управляемой гипотермии глаз, по типу нейроваскулярной реакции интраокулярные сосуды разделились следующим образом: на первом месте нормотонический тип (29 человек или 41 глаз),

на втором – гипертонический тип (23 или 36), на третьем – гипотонический тип (8 или 12).

Проведенные до и после лечения с использованием апитоксинотерапии реоофтальмографические исследования больных с различным типом нейроваскулярной реакции интраокулярных сосудов выявили различия в изменении величин показателей реоофтальмографии (таблица).

Изменение величин показателей реоофтальмографии у больных с заболеваниями зрительного нерва при применении в лечении пчелиного яда выявили, что при нормотоническом типе нейроваскулярной реакции интраокулярных сосудов кровенаполнение сосудов глаза более выражено, венозный отток улучшился, а сосудистый тонус снизился, в отличие от гипотонического и гипертонического типов.

Таким образом, использование пчелиного яда более целесообразно при нормотоническом типе нейроваскулярной реакции сосудов глаза.

**Таблица**

**Средние реоофтальмографические показатели у больных с заболеваниями зрительного нерва (M ± m)**

Показатели РОГ	Нормотонический		Гипертонический		Гипотонический	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Венозный отток, с	24,16 ± 2,5	36,77 ± 3,8	22,4 ± 2,3	35,11 ± 3,6	23,12 ± 2,4	35,85 ± 3,7
Реографический коэффициент, %	1,9 ± 0,1	2,8 ± 0,15	2,3 ± 0,12	2,3 ± 0,12	2 ± 0,11*	2,2 ± 0,12
Период быстрого наполнения, с	0,16 ± 0,02	0,18 ± 0,04	0,12 ± 0,01	0,13 ± 0,02	0,13 ± 0,02	0,14 ± 0,03
Показатель замедления наполнения, усл.ед.	2,38 ± 0,13	1,88 ± 0,1	2,25 ± 0,12	2,11 ± 0,12	2,32 ± 0,13	1,95 ± 0,11
Максимальная скорость наполнения, Ом/с	1,22 ± 0,02	1,55 ± 0,09	1,26 ± 0,07	1,49 ± 0,09	1,35 ± 0,07	1,44 ± 0,08

Примечание: \* - P < 0,01.

ЕВМЕНОВА Т.Д., КОПЫТИНА Н.В.  
*Кемеровская областная клиническая больница,  
 г. Кемерово*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**В**опросам патологии щитовидной железы посвящено достаточно большое число работ. Изучены причины возникновения патологии щитовидной железы, источники йода, используемые человеком, метаболизм йода в организме человека, номенклатура заболеваний щитовидной железы, распространенность заболеваний щитовидной железы в отдельных регионах.

По оценкам ВОЗ, более чем для 1,5 млрд. жителей Земли существует повышенный риск

недостаточности потребления йода, а увеличение щитовидной железы является самой распространенной болезнью, которой страдают 600 миллионов человек. Около 40 миллионов имеют различной степени церебральные нарушения, вызванные недостаточностью йода, в том числе 6 миллионов человек страдают кретинизмом. Поражение щитовидной железы охватывает 10-15 % всего населения Земли.

В Кемеровской области распространенность увеличения щитовидной железы по многолетним

наблюдениям колеблется от 25 % до 72 %. В Кемерове частота патологии щитовидной железы составляет 52 %, в том числе 38,9 % женщин и 12,1 % мужчин. Значительную долю в заболеваниях щитовидной железы у женщин занимает хирургическая патология. Однако, в доступной литературе мы не нашли данных о распространенности заболеваний щитовидной железы, подлежащих хирургическому лечению.

*Цель исследования* заключалась в изучении распространенности хирургической патологии щитовидной железы среди женского населения Кемеровской области для совершенствования лечебно-профилактической помощи.

*Материалы и методы:* Сплошным методом осуществлена выкопировка данных из историй болезни 3991 женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы в лечебно-профилактических учреждениях Кемеровской области. Данные по численности населения территорий Кемеровской области взяты в областном статистическом управлении.

Группировка женщин по возрасту проведена в соответствии с классификацией ВОЗ. Обработка заболеваемости щитовидной железы осуществлена в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра. Для оценки показателей и их различий использованы методы параметрической статистики, критерий Стьюдента. Статистическая обработка материала проведена на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ «Statistica-6,0».

*Результаты и их обсуждение:* Оперативное лечение патологии щитовидной железы женщины Кемеровской области получают в 4-х лечебно-профилактических учреждениях: Кемеровской областной клинической больнице, Кемеровском областном клиническом онкологическом диспансере, Новокузнецкой городской клинической больнице № 1, Новокузнецком городском онкологическом диспансере.

При рассмотрении числа оперированных женщин по лечебно-профилактическим учреждениям установлено, что 42,3 % из них проводилось лечение в Кемеровской областной клинической больнице, 28,9 % – в Новокузнецкой городской клинической больнице № 1, 28 % – в Кемеровском областном клиническом онкологическом диспансере, 0,8 % – в Новокузнецком городском онкологическом диспансере.

Данные исследования свидетельствуют, что частота распространения данной заболеваемости составляет  $51,3 \pm 0,8$  случаев на 100000 женского населения. Характерно, что в последние годы наблюдается увеличение числа женщин с патологией щитовидной железы. Так, если в 2000 году частота распространения данной патологии составляла  $45,6 \pm 1,7$  случаев на 100000 женского

населения, то в 2002 году –  $54,2 \pm 1,9$  случая, а в 2004 году –  $57,3$  случаев на 100000 женщин. Различия показателей подтверждаются статистически ( $P < 0,001$ ).

Наименьшая частота хирургической патологии щитовидной железы характерна для возрастной группы до 14 лет, где она составляет  $0,2 \pm 0,05$  случая на 100000 женского населения. В возрастной группе 50 лет и старше частота распространения данной патологии составляет  $23,5 \pm 0,5$  случая на 100000 женщин. Наибольшая частота распространения хирургической патологии щитовидной железы характерна для женщин репродуктивного возраста 15-49 лет, где она составляет  $27,7 \pm 0,6$  случаев на 100000 женского населения. Различия показателей подтверждаются статистически ( $P < 0,001$ ).

Анализ интенсивных показателей хирургической патологии щитовидной железы показывает, что наиболее часто встречается узловой коллоидный зоб –  $18,9 \pm 0,5$  случаев на 100000 женщин. На втором месте по частоте распространения стоит аденома –  $9,1 \pm 0,3$  случаев, далее следуют многоузловой зоб –  $8,4 \pm 0,3$  случаев, узловой зоб –  $5,3 \pm 0,2$  случаев, злокачественные новообразования щитовидной железы –  $3,4 \pm 0,2$  случая, диффузный токсический зоб –  $2,9 \pm 0,2$  случая, диффузный узловой зоб –  $2,5 \pm 0,2$  случая, аутоиммунный тиреоидит –  $0,7 \pm 0,1$  случая, прочие заболевания щитовидной железы хирургического профиля –  $0,3 \pm 0,1$  случая.

Определенный интерес вызывает частота распространения хирургической патологии щитовидной железы в различных возрастных группах женщин. В возрастной группе до 14 лет наибольшую частоту распространения имеет диффузный токсический зоб –  $0,5 \pm 0,2$  случая на 100000 женщин данной возрастной группы. В возрастной группе 15-49 лет на первом месте по частоте распространения находится узловой коллоидный зоб –  $19 \pm 0,7$  случаев на 100000 женщин репродуктивного возраста. Далее следует аденома –  $10,9 \pm 0,5$  случаев, узловой зоб –  $5,8 \pm 0,4$  случаев, диффузный токсический зоб –  $3,6 \pm 0,3$  случая, злокачественные заболевания щитовидной железы –  $3,2 \pm 0,2$  случая, диффузный узловой зоб –  $2,8 \pm 0,3$  случая, аутоиммунный тиреоидит –  $0,9 \pm 0,1$  случая, прочая хирургическая патология щитовидной железы –  $0,3 \pm 0,1$  случая на 100000 женщин возрастной группы 15-49 лет.

Несколько иная картина по распространению хирургической патологии щитовидной железы наблюдается в возрастной группе 50 лет и старше. Так, если на первом месте, как и в предыдущей возрастной группе, находится узловой коллоидный зоб –  $28,4$  случаев на 100000 женщин данного возраста, то на второе место по

частоте распространения выходит многоузловой зоб —  $14,2 \pm 0,8$  случаев. Далее следуют аденома —  $10,3 \pm 0,6$  случаев, узловой зоб —  $7 \pm 0,5$  случаев, злокачественные новообразования щитовидной железы —  $5,5 \pm 0,5$  случаев, диффузный узловой зоб —  $3,2 \pm 0,4$  случая, диффузный токсический зоб —  $2,9 \pm 0,3$  случаев, аутоиммунный тиреоидит —  $0,8 \pm 0,1$  случая, прочие хирургические заболевания щитовидной железы —  $0,2 \pm 0,1$  случая на 100000 женщин возрастной группы 50 лет и старше.

#### Выводы:

1. За период с 2000 по 2004 годы отмечается увеличение распространенности хирургической патологии щитовидной железы с  $45,6 \pm$

1,7 случаев на 100000 населения до  $57,3 \pm 0,8$  случаев на 100000 населения.

2. Наименьшая частота хирургической патологии щитовидной железы отмечается в возрастной группе до 14 лет и составляет  $0,2 \pm 0,5$  случая на 100000 населения. Наибольшие показатели распространенности данной патологии приходятся на возрастную группу 15-49 лет и составляют  $27,7 \pm 0,6$  случаев на 100000 населения.
3. Из всех заболеваний, требующих хирургической помощи, наиболее распространены узловой коллоидный зоб —  $18,9 \pm 0,5$  случаев на 100000 населения, аденомы —  $9,1 \pm 0,3$  на 100000 населения, многоузловые зобы —  $8,4 \pm 0,3$  случаев на 100000 населения.

ЕЩИН Е.Е., КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ГАЛЕЕВ И.К., ДРОБОТОВ В.Н.,  
СМИРНОВ М.В., КРАПИВИН Е.А., ПОПОВ П.В.

*МУЗ Городская больница № 11,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
Областной центр медицины катастроф,  
г. Кемерово*

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГЕМАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

**П**ри острой травме сустава в результате разрывов кровеносных сосудов в полость сустава происходит излияние крови. Кровь и продукты ее распада, которые накапливаются в суставе, обладают высокой окислительной способностью, нарушают тканевой метаболизм, вызывают гипоксию и изменения на молекулярном уровне не только внутрисуставных образований, но и параартикулярных тканей, что в последующем приводит к образованию спаек в скользящем аппарате, препятствующих полному восстановлению функции сустава.

Известны общепринятые методы лечения гемартрозов коленного сустава, включающие в себя пункцию, санацию полости сустава, иммобилизацию и дальнейшую реабилитацию. При этом не проводится профилактика ишемии внутрисуставных структур, что приводит к дегенеративным изменениям со стороны гиалинового хряща при ранних нагрузках на сустав. Отсутствуют приемы обеспечения кислородом тканей сустава.

**Цель исследования:** Разработать способ профилактики и лечения ишемических расстройств при гемартрозе коленного сустава, усовершенствовать лечение гемартроза с целью предупреждения осложнений.

**Материалы и методы:** Обследовано 120 больных, разделенных на 2 равные рандомизирован-

ные группы. У 60 больных была применена стандартная методика лечения гемартроза коленного сустава (контрольная группа). В основной группе ( $n = 60$ ) в комплексную терапию, после пункции, удаления крови и санации полости сустава, в полость сустава вводился оксигенированный перфторан в дозе 25-30 мл, с  $pO_2$  195-205 мм рт. ст. (Патент РФ № 2237472 от 04.06.2003 г.). Определение  $pO_2$ ,  $pCO_2$ , pH суставного содержимого проводилось на газоанализаторе «EASY BLO-OD GAS». Местная термометрия проведена при помощи монитора SIMENS SIRECUST 630. Измерения проводились при поступлении, через 3 часа, 6 часов, 12 часов и 24 часа. Степень достоверности ( $p$ ) определялась по непараметрическим критериям Вилкоксона-Манна-Уитни.

**Результаты и их обсуждение:** При поступлении у всех больных ( $n = 120$ ) pH суставного содержимого составляла  $7,23 \pm 0,21$  (норма 7,3-7,6),  $pO_2$  —  $41,5 \pm 11,5$ , (норма 83-108 мм рт. ст.) ( $p < 0,05$ ). Средняя местная температура в области поврежденного сустава у всех больных составила  $37,0 \pm 0,1$ , в области неповрежденно-го сустава —  $36,6 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ).

Через сутки у больных контрольной группы pH суставного содержимого составляла  $7,22 \pm 0,1$ ,  $pO_2$  —  $37,29 \pm 11,0$ . Местная температура в области поврежденного сустава составила  $37,0 \pm 0,1$ , в области неповрежденного сустава —  $36,6 \pm$

0,1 ( $p < 0,05$ ). В то же время, у больных основной группы, соответственно, рН —  $7,46 \pm 0,1$ , рО<sub>2</sub> —  $89,5 \pm 11,0$ . Местная температура в области поврежденного сустава составила  $36,6 \pm 0,1$ , в области неповрежденного сустава —  $36,6 \pm 0,1$  ( $p > 0,05$ ). Количество пункций за период лечения в контрольной группе составило 3, в основной группе — 2. Объем пункциата, удаленного через сутки, в контрольной группе равнялось  $33,1 \pm 2,0$  мл, в основной группе —  $18,4 \pm 2,0$  мл. Срок пребывания в стационаре в основной группе снижен на 5 суток.

Как видно из представленных данных, в течение первых суток значения рО<sub>2</sub>, рН в контрольной группе, а также местная температура существенно не изменяются. В основной группе эти показатели

соответствуют физиологическим. Нормализация местной температуры в области поврежденного сустава свидетельствует о стихании явлений воспаления. Кратность пункций в основной группе также уменьшается, что позволяет избежать дополнительной травматизации тканей сустава.

#### Выводы:

1. Внутрисуставное введение оксигенированного перфторана снижает проявления воспалительных реакций, нормализует кислородный режим суставного содержимого.
2. При использовании предложенной методики сокращаются сроки пребывания больных в стационаре, что позволяет получить значительный экономический эффект.

ЖИДОВ И.В., ВАХОВСКИЙ В.А.  
МУЗ Городская больница № 11,  
г. Кемерово

## ИММУНОКОРРЕКЦИЯ РОНКОЛЕЙКИНОМ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

**Цель исследования** — разработка эффективных методов лечения полисегментарной пневмонии у пациентов в возрасте старше 70 лет с применением малых доз ронколейкина, вводимых лимфотропным способом. Ронколейкин — иммунокорректор с широким спектром действия с доказанной активностью ИФН-а и других цитокинов.

**Материалы и методы:** Лимфотропная инъекция ронколейкина при полисегментарной пневмонии предусматривает введение 500 тыс. ед. ронколейкина с 1-х по 5-е сутки болезни. Курс лечения состоял из трех введений препарата через день на фоне стандартной этиотропной терапии. Эффективность проводимой терапии оценивалась по темпам редукции клинических симптомов заболевания, лейкоцитарному индексу, показателям иммунного статуса, R-динамике. Иммунологический мониторинг (ИМ) — до начала терапии, на 2-й и 6-й день.

**Результаты и обсуждение:** При оценке лабораторных показателей лимфотропное применение ронколейкина у больных с полисегментарной пневмонией обеспечивало умеренное сни-

жение лейкоцитоза и ЛИИ, а также увеличение относительного количества лимфоцитов и общего белка. Быстрый (через 3-4 дня после ЭИТ) иммунокорригирующий эффект в основной группе развивался у 70 % больных, в то время как в контрольной группе при повторном иммунологическом обследовании регистрировалось или дальнейшее снижение параметров иммунитета (у 35,5 % больных), или отсутствие какой-либо динамики (у 54 % больных). Иммунокорригирующий эффект ЭИТ наиболее ярко проявлялся в виде увеличения относительного и абсолютного количества Т-клеток, усиления их пролиферативной активности и снижения спонтанного и активационно индуцированного апоптоза Т-клеток, и регистрировался только в основной группе.

**Заключение:** Полученные данные свидетельствуют о том, что инфекционный бактериальный процесс угнетает функциональную активность лимфоцитов, а ЭИТ позволяет добиться эффективной иммунокоррекции и существенно снизить уровень летальности больных с полисегментарной пневмонией в возрасте старше 70 лет.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕЛЕФОННЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Б**ольные с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, в т.ч. артериальной гипертензией (АГ), ежедневно сталкиваются с необходимостью контроля своего состояния. Это обусловило появление новой проблемы в лечении хронических заболеваний, в основе которой лежат обучение больных самоконтролю и тесное сотрудничество больных и медицинских работников в процессе лечения.

Телефонные контакты используются как одно из средств поддержания больными практики самоконтроля. Тем не менее, вопрос об эффективности и безопасности использования телефона в процессе наблюдения за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями продолжает дискутироваться. Роль телефонных контактов в организации медицинской помощи возросла, однако существует ряд вопросов, связанных с их использованием в медицинской практике. Насколько допустимо для общества и медицинских работников осуществление медицинской помощи с помощью телефона? Каковы допустимые границы консультативной помощи, осуществляемой по телефону, при острых и хронических заболеваниях? Как обеспечить высокое качество и безопасность телефонных консультаций?

Для ответа на эти вопросы был выполнен обзор исследований, в которых изучалась эффективность консультаций по телефону. В нескольких исследованиях отмечались положительное отношение больных к возможности связаться с врачом по телефону и удовлетворенность подобными контактами. Преимуществами консультаций по телефону являются меньшее время ожидания, отсутствие потерь времени на транспортировку, снижение стоимости, а также возможное увеличение частоты контактов. Особое значение телефонные консультации приобретают для больных, проживающих в сельской местности, а также для лиц, у которых ограничена возможность посещения врача из-за состояния здоровья или социальных условий. В одном из исследований 33 % больных сообщили, что в случае отсутствия врачебной консультации по телефону им пришлось бы обращаться в отделение неотложной помощи.

Опыт работы скорой медицинской помощи города Кемерово и статистический анализ показали, что 10 % пациентов, вызывавших бригаду СМП, не нуждались в экстренной помощи и интенсив-

ном лечении. Этим пациентам требовалась консультация врача для уточнения правильности приема лекарственных препаратов или оценки состояния. Такие вызовы (с выездом бригад СМП) отвлекают силы и средства ССМП от оказания скорой медицинской помощи действительно нуждающимся в ней пациентам. Вместе с тем, обратиться с такими вопросами пациентам некуда, особенно в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время. Учитывая эти обстоятельства, и считая, что профессиональная медицинская консультация для населения необходима, с начала 2002 года на базе ССМП создан консультативный отдел. Основными условиями создания отдела были следующие:

- в качестве врача-консультанта должен дежурить только врач, имеющий высшую квалификационную категорию и стаж практической работы не менее 15 лет;
- основная и единственная обязанность врача-консультанта – консультация;
- во всех случаях, когда в результате диалога с консультируемым пациентом у врача возникает подозрение на экстренную ургентную патологию, с согласия обратившегося пациента, записывается вызов на исполнение бригаде СМП.

Врач-консультант не рекламирует лекарственные препараты и аптеки, а так же ЛПУ, их методы лечения, не назначает препараты лечебными курсами и не обсуждает обоснованность назначений, сделанных лечащим врачом. Для оптимизации консультаций по телефону пациента с АГ врачам предложен следующий набор правил:

1. Незамедлительный ответ по телефону с представлением фамилии и должности врача.
2. Выяснение Ф.И.О., номера телефона звонящего.
3. Телефонный диалог, по возможности, должен быть непосредственно с человеком, имеющим проблемы со здоровьем.
4. Время телефонного звонка должно быть зафиксировано.
5. Выяснить возраст, пол, получить (по возможности) данные анамнеза больного: жалобы; время ухудшения самочувствия; длительность АГ; диспансерное наблюдение; цифры АД; название и дозы принимаемых препаратов.
6. Предоставить план действий или совет.
7. Предоставить информацию о наблюдении и времени обращения к врачу: при ухудшении

либо при отсутствии улучшения самочувствия обратиться повторно; при появлении новых симптомов обратиться в скорую помощь или поликлинику; при улучшении продолжить лечение в поликлинике.

8. Ответить на дополнительные вопросы звонившего пациента.
9. Потребовать от звонившего пациента повторения полученных рекомендаций.
10. Врачу-консультанту суммировать ключевые слова: ведущие симптомы, АГ, гипотензивные препараты, контактный телефон.
11. Звонивший больной должен прекратить телефонную связь первым.

Аналізу подвергнуто 492 зарегистрированных обращений в ССМП с поводом «высокое артериальное давление». 92 % обратившихся имели длительный анамнез АГ и установленный диагноз, у остальных 8 % АГ отмечена впервые. Возраст пациентов варьировал от 32 до 90 лет. Из всех обратившихся с установленным диагнозом АГ и рекомендованными врачом назначениями лишь 32 % следовали этим рекоменда-

циям. От общего числа исследуемой группы, в 48 % случаев было достаточно рекомендации по телефону врача-консультанта о необходимых лечебных мероприятиях, эффективность которых отмечали по контрольному звонку по истечении 30-40 мин. Лишь в 34 % случаев потребовался выезд врачебной или фельдшерской (18 %) бригады СМП в связи с отсутствием эффекта от полученных рекомендаций врача-консультанта.

Результат статистического анализа показал, что в течение года число обращений в консультативный отдел возросло от 80 до 100 в сутки, за 2003 год всего обращений было 17286, а за 2004 год уже 30764. Благодаря организации консультативного телефона, стало возможным сократить количество вызовов бригад СМП, в среднем, на 20 тысяч в год, без ущерба для здоровья пациентов, при себестоимости одного вызова 460 рублей, что дало экономический эффект 629,3 тыс. рублей в год. Таким образом, обращаемость населения на консультативный телефон доказывает его необходимость в условиях больших промышленных городов, с развитой телефонной сетью.

КОБЕЛЕВА Г.В., КОПЫЛОВА И.Ф., БАЙБОРОДОВА Т.И.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ В ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

**С**мертность от туберкулеза — очень важный показатель, объективно отражающий ситуацию по туберкулезу. Влияние на смертность социальных и медицинских факторов изучено в некоторых территориях страны. В Кемеровской области смертность от туберкулеза превышает среднюю по Сибири и России в 1,5 и 2 раза, соответственно.

*Цель исследования* — анализ факторов, влияющих на летальные исходы от туберкулеза в условиях Кемеровской области.

Изучены результаты обследования 162 умерших от туберкулеза в 2004 году в стационарных отделениях облтубдиспансера, в том числе результаты вскрытия 109 больных. Преобладали мужчины — 72,2 % (117 чел.) и лица в возрасте 30-60 лет — 82,7 %. По социальному статусу более половины (55,7 %) составили неработающие в трудоспособном возрасте и не имеющие инвалидности. 1/3 пациентов были инвалидами II группы по туберкулезу. Лишь 4 человека были заняты трудом. Имели свою семью менее 1/3 (30,6 %). Проживали с другими родственниками 19,4 %, в одиночестве — 35,8 %. Лица без определенного места жительства составили

14,2 %. Пребывание в исправительно-трудовых учреждениях в анамнезе отмечено в 1/3 случаев, в том числе у каждого седьмого неоднократно или со сроком пребывания более 10 лет. 2/3 больных злоупотребляли алкоголем и каждый восьмой был наркоманом.

При выявлении, почти в 1/3 случаев диагностированы запущенные формы туберкулеза: фиброзно-кавернозная (49 чел.) и эмпиема (1 чел.), в 14,7 % — остро текущие формы в виде казеозной пневмонии. Наблюдались случаи (12 чел.), когда больные при наличии признаков заболевания не обращались за врачебной помощью от 3-4 мес. до 1 года и более.

К позднему выявлению приводило также нерегулярное профилактическое обследование. Во многих случаях (46 чел.) предыдущая флюорография органов дыхания проводилась в сроки более двух лет, в том числе: до 5 лет — 13 чел., 6-10 лет — 19 чел., свыше 10 лет — 14 чел. При выявлении патологии на флюорографии больные нередко уклонялись от дообследования. И все же более половины больных (53,6 %) выявлены первоначально с потенциально излечимым процессом, чаще всего в виде инфильтра-

тивной (38,2 %) и диссеминированной (15,3 %) форм.

В подавляющем большинстве случаев процесс прогрессировал вследствие преждевременной выписки больных из стационара из-за нарушения больничного режима или самовольного ухода из отделения, а также самовольного прекращения приема препаратов на амбулаторном этапе. Средняя продолжительность жизни больных с первоначально излечимым процессом от момента выявления составила 5,5 мес., в том числе 1/3 (34 %) умерли в течение 1 мес., а 2/3 среди последних жили только до 10 дней.

Среди впервые выявленных с курабельными формами туберкулеза 11 человек умерли в период первичной госпитализации (7 больных с диссеминированным, в том числе 1 чел. с милиарным, и 4 чел. с инфильтративным процессом). В этих случаях наступило острое прогрессирование процесса, несмотря на проводимое лечение, в том числе у 8 человек — генерализация; у 3 человек процесс сочетался с другими заболеваниями, утяжелявшими прогноз. Средняя продолжительность жизни указанных лиц составила 19 дней.

Короткими оказались также сроки последнего пребывания больных в стационаре: до 1 мес. — 60,5 % (98 чел.), в том числе до 10 дней — 40,7 % (66 чел.). Более 2/3 пациентов (67,3 %, 109 чел.) доставлены в стационар службой скорой помощи в тяжелом состоянии. Имеются сведения об обследовании 70 бактериовыделителей на лекарственную чувствительность, в 2/3 случаев выявлена множественная лекарственная устойчивость МБТ к ПТП.

Вскрытию подвергнуто 109 человек. Традиционно наиболее частой клинической формой туберкулеза явилась фиброзно-кавернозная (71,6 %, 78 чел.), нередко — казеозная пневмония (16,5 %, 18 чел.) и диссеминированный туберкулез (11 %, 12 чел.). Во всех случаях к летальному исходу непосредственно привело прогрессирование туберкулезного процесса, как правило, в виде тяжелых осложнений.

Наиболее часто туберкулез осложнялся казеозной пневмонией — в 79,8 % случаев (87 чел.). Вторым по частоте осложнением явилась гематогенная диссеминация — 22,9 % (25 чел.). При этом почти во всех случаях были поражены печень и селезенка. Эти два осложнения и легочное кровотечение (6 случаев) оказались одновременно и смертельными. Амилоидоз и легочное сердце встретились в 6,4 % случаев и, в основном, к смерти не приводили. Нередко осложнения сочетались между собой (у 30 чел.). Наибо-

лее часто сочетались казеозная пневмония с гематогенной диссеминацией — 14,7 % (16 чел.), реже — казеозная пневмония с легочным сердцем (6 чел.) и казеозная пневмония с амилоидозом (4 чел.). По одному случаю отмечено сочетание казеозной пневмонии с легочным сердцем и амилоидозом, казеозной пневмонии с перикардитом, и легочного кровотечения с гематогенной диссеминацией.

Обращает на себя внимание высокая частота у умерших казеозно-некротического поражения внутригрудных лимфоузлов — почти в половине случаев (50 из 109 чел.). При этом при жизни ни у одного из данных больных специфического процесса во внутригрудных лимфатических узлах не диагностировалось.

Как видно из изложенного, больные туберкулезом, как правило, погибали от прогрессирования специфического процесса. Основные причины прогрессирования: преждевременное прекращение больными лечения (в половине случаев), позднее выявление уже неизлечимых процессов (почти в 1/3 случаев), развитие остро прогрессирующего туберкулеза до или после госпитализации на фоне иммунодефицита. Невнимание к своему здоровью, ведущее к позднему обращению к врачам, отказ от лечения, а также иммунодефицит обуславливались, прежде всего, социальной дезадаптацией пациентов.

Существенное значение в позднем выявлении и преждевременном прекращении лечения имела и малосимптомность течения заболевания. Следовательно, для выявления туберкулеза на начальных этапах требуется обязательное ежегодное флюорографическое обследование, вплоть до принудительного лиц социальных групп риска.

Частое развитие множественной лекарственной устойчивости обуславливалось прерывистым, кратковременным лечением процесса. Оно, в свою очередь, способствовало трагическому исходу и распространению в обществе наиболее эпидемиологически опасной инфекции.

Таким образом, вырисовывается определенный медико-социальный статус умершего от туберкулеза. Это мужчина трудоспособного возраста, не занятый трудом, не имеющий своей семьи, злоупотребляющий алкоголем. Социальная дезадаптация ведет либо к позднему обращению за медицинской помощью с выявлением запущенных процессов, либо к отказу от достаточно длительного лечения. Нередким следствием социальной дезадаптации является развитие остро прогрессирующих форм туберкулеза до и после госпитализации.

КОНОНЧУК О.Н., МАКАШОВА Е.В., АКСЕНОВА В.Я.,  
КОПЫЛОВА И.Ф., КРАСНОВ А.В.

Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

Сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза — одна из важнейших проблем человечества. В нашей стране среди причин летальных исходов у ВИЧ-инфицированных туберкулез (ТБ) занимает первое место, составляя 42 % в среднем по России и 70 % в Кемеровской области. В Кузбассе на конец 2004 года зарегистрировано 6828 случаев ВИЧ-инфекции, из них ТБ/ВИЧ-инфекция составила 5,2 % (356 случаев), среднероссийский показатель равен 2 %.

Взаимоотношения между туберкулезом и ВИЧ-инфекцией на клеточном уровне представляются весьма сложными и недостаточно изученными. Тяжесть клинических проявлений туберкулеза зависит от уровня CD4-клеток в периферической крови. Чем значительнее повреждение и снижение CD4, тем больше вероятность развития тяжелых внелегочных и диссеминированных форм туберкулеза.

По данным отечественной и зарубежной литературы, ТБ на фоне ВИЧ-инфекции начинается с повышения CD4, клинически ТБ проявляется при количестве CD4 менее 500 клеток, максимум проявлений — при CD4 менее 200 клеток. При изолированном очаговом туберкулезе количество CD4 сохраняется в пределах 300 клеток, тогда как при диссеминированном и экстрапульмонарном — менее 100 клеток.

*Цель исследования* — изучение зависимости развития туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией от степени поражения иммунитета.

Проведен анализ результатов клинико-рентгенологического и иммунологического обследования 108 больных ТБ/ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете в областном центре СПИДа. Уровень CD4-клеток исследовался методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител.

Анализ состава больных ТБ/ВИЧ-инфекцией показал:

- преобладающее большинство больных в возрасте от 20 до 40 лет — 87 % (94 чел.); минимальный возраст — 17 лет, максимальный — 53 года;
- мужчин — 74 % (80 чел.), женщин — 26 % (28 чел.);
- по социальному статусу преобладали не работающие в трудоспособном возрасте — 77 % (83 чел.), работающих было 14 % (15 чел.), инвалидность имели 9 % (10 чел.);

- большая часть пациентов страдали наркомагией — 62 % (67 чел.);
- пребывание в исправительно-трудовых учреждениях в анамнезе отметили 53 % (57 чел.);
- имели ТБ до присоединения ВИЧ-инфекции 28 % больных (30 чел.).

Большинство больных с сочетанной патологией наблюдались в 3 стадии ВИЧ-инфекции (55 %), несколько реже, в 44 % случаев (48 чел.), диагностирована 4 стадия, в том числе в 27 % случаев — 4А, в 16 % случаев — 4Б. Больных ВИЧ-инфекцией 4В и 5 стадии диагностировано по 1 случаю. Пациенты в 1 и 2 ст. ВИЧ-инфекции не зарегистрированы. Большинство больных в 3 ст. ВИЧ-инфекции страдали инфильтративным ТБ — 58 % (34 чел.). Относительно часто встретились также фиброзно-кавернозный ТБ — 13 %, туберкулома — 12 %, очаговый ТБ — 8 %. У подавляющего большинства пациентов в 4 ст. ВИЧ-инфекции зарегистрированы инфильтративный (34 %) и диссеминированный (27 %) ТБ, доля фиброзно-кавернозного ТБ составила 21 %. Обращает на себя внимание, что диссеминированный ТБ наблюдался преимущественно в 4А ст. и лишь в одном случае — в 4В стадии ВИЧ-инфекции. В стадии СПИДа наблюдали также лишь одного больного с диссеминированной формой туберкулеза.

У большинства больных сочетанной инфекцией уровень CD4-клеток составлял более 200 — 76 % (83 чел.). Представляет интерес уровень CD4 в зависимости от клинической формы ТБ. Самый низкий уровень CD4 наблюдался у больных диссеминированным ТБ: у 9 человек из 14 больных он был меньше 200 клеток, а самый высокий уровень клеток имел место при туберкуломах, развивающихся на фоне относительно высокой резистентности организма. Инфильтративный ТБ наблюдался при умеренной иммуносупрессии с уровнем клеток 300-500 и более — в 58 % случаев (29 больных из 50). Аналогичную ситуацию можно отметить и у больных очаговым ТБ. Большинство ВИЧ-положительных пациентов, страдающих фиброзно-кавернозным ТБ (83 %, 15 человек из 18), имели умеренную иммуносупрессию с уровнем CD4 200-500 клеток и более. У всех больных казеозной пневмонией CD4-клеток было менее 500. Среди пациентов с экссудативным плеври-

том CD4 более 500 клеток определялся в 3-х случаях из 4-х.

Выводы:

1. Среди больных ТБ/ВИЧ-инфекцией преобладали мужчины (74 %) молодого возраста (20-40 лет – 87 %), не работающие (77 %), употребляющие наркотические вещества (62 %) и отмечающие в анамнезе пребывание в исправительно-трудовых учреждениях (53 %).
2. У больных с сочетанным заболеванием преимущественно наблюдались 3 и 4А стадии ВИЧ-инфекции. Самыми частыми клиническими формами ТБ явились инфильтративная, фиброзно-кавернозная и диссеминированная.
3. Большая часть больных ТБ/ВИЧ-инфекцией имели уровень CD4-клеток более 200. Самый высокий уровень клеток зарегистрирован у больных туберкулезом, самый низкий – при диссеминированном ТБ.

КОПЫЛОВА И.Ф., ЧЕРНОВ М.Т., ЖУЙКОВА Г.М.,  
БОРОВИК А.Я., САЛДИНА Л.Ю.  
*Кемеровская государственная медицинская академия,  
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
г. Кемерово*

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В России в 2001-2003 годы наблюдается стабилизация среднего уровня заболеваемости туберкулезом и даже некоторое его снижение (2000 г. – 90,7 на 100 тыс. населения, 2003 г. – 83,9). В Сибири, имеющей наиболее неблагоприятную эпидобстановку среди всех федеральных округов России, стабилизацию заболеваемости пока отметить нельзя. В Кемеровской области показатель заболеваемости превышает средний по России почти в 2 раза, существенно больше среднего по Сибири (в 1,2 раза) и сохраняет тенденцию к повышению: в 2003 г. – 141,8 на 100 тыс. населения, в 2004 г. – 151,7 на 100 тыс. населения.

*Цель настоящего исследования* – анализ заболеваемости туберкулезом в области с 2000 г. по 2004 г. Изучена структура заболеваемости в динамике 2000 г. по 2004 г. среди населения области, обслуживаемого департаментом здравоохранения (исключены контингенты ГУИН). Исследование проведено на основе отчетных статистических данных. При оценке заболеваемости использованы рекомендации М.В. Шиловой с сотрудниками.

Как свидетельствуют показатели, приведенные в таблице, заболеваемость «гражданского» населения области в течение 5 лет неуклонно повышается, причем в районах более быстрыми темпами, чем в городах. Наиболее выраженный подъем произошел в 2004 году. Повышение заболеваемости в последние годы сопровождалось повышением охвата населения профилактическими обследованиями, с 46,5 % в 2002 г. до 55,7 % в 2004 г. Одновременно «улучшилась» структура заболеваемости по клиническим формам туберкулеза. Удельный вес «запущенных»

форм сократился с 20 % до 15,9 %, в том числе фиброзно-кавернозного с 7,4 % до 3,7 %.

**Таблица**  
**Показатели заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. населения области, в том числе по данным различных путей выявления**

Показатели	Уровень показателей				
	2000	2001	2002	2003	2004
Заболеваемость:					
- по области	106,1	110,3	114,6	119,3	131,1
- городам	105,1	110,2	112,6	113,8	123,6
- районам	112,1	110,9	127,3	142,5	162,4
Заболеваемость в области:					
- по данным профосмотров	46,6	49,1	48,9	52,1	66,1
- по обращаемости	59,5	61,2	65,7	67,2	65,0
Заболеваемость в городах:					
- по данным профосмотров	46,2	49,8	47,3	49,2	60,1
- по обращаемости	58,9	60,4	65,3	64,6	63,5
Заболеваемость в районах:					
- по данным профосмотров	48,0	46,2	54,4	64,7	90,8
- по обращаемости	64,1	64,7	72,9	77,8	71,6
Выявляемость на 1000 обследованных:					
- по области	1,1	1,2	1,1	1,1	1,3
- по городам	1,0	1,1	1,0	1,0	1,1
- по районам	1,3	1,4	1,3	1,4	1,9

В соответствии с рекомендациями М.В. Шиловой, рассчитаны отдельно показатели заболеваемости, выявленной при профосмотрах, и заболеваемости, выявленной по обращаемости. Относительная стабильность показателя заболеваемости по данным профосмотров и повышение ее по данным обращаемости с 2000 г. по 2002 г. отражали напряженность эпидобстановки и неудовлетворительный уровень работы по активно-

му выявлению больных. С 2003 года, в наибольшей степени в 2004 г., наблюдается рост показателя заболеваемости по данным профосмотров и стабильный его уровень по обращаемости. Следовательно, повышение общего показателя заболеваемости обусловлено активизацией работы по раннему выявлению в области больных туберкулезом. Этим и объясняется улучшение структуры впервые выявленных по характеру туберкулезного процесса.

Динамика двух названных частей показателя заболеваемости в районах области отражает более напряженную эпидобстановку среди сельского населения. В то же время, в районах в большей степени выражена положительная динамика показателей в 2004 г. Обращает на себя внимание, что в 2004 г. охват населения районов флюорообследованием вырос в несколько меньшей степени (с 51,5 % до 53,2 %), чем в городах (с 51,7 % до 56,2 %), при значительно большем увеличении показателя заболеваемости за счет профосмотров, а так же выявляемости (с 1,4 до 1,9 на 1000). Такую ситуацию можно объяснить как большим количеством в районах неизвестных ранее больных, так и более полным привлечением к флюороосмотрам ранее необследованных групп населения. В городах же, по-видимому, преимущественно обследуются из года в год одни и те же контингенты. Об этом свидетельствует так же меньшее количество выявленных при флюороосмотрах в расчете на 100 тыс. обследованного городского населения (110), чем выявлено всеми методами среди всего населения городов (123,6 на 100 тыс. населения).

Наличие значительного резервуара неизвестной туберкулезной инфекции в населении отражает высокий уровень заболеваемости детей (31,9 по области, 30,6 в городах, 40 в районах). Лишь 15 % заболевших детей имели семейный контакт с известными ранее больными. Часто источник заражения выявляется после заболевания ребенка или остается неизвестным. Признаком неполного выявления больных туберкулезом среди взрослых считается так же высокий уровень летальности впервые выявленных. В Кемеровской области в 2004 году он составил 12,4 % (445 человек из 3636), в том числе 8,5 % (309 чел.) в течение первого года наблюдения и 3,7 % (136 чел.) выявленных посмертно.

Анализ состава умерших в течение первого года наблюдения и «неизвестными» по клиническим формам туберкулеза показал высокий удельный вес среди них остро прогрессирующих форм: 61,6 % и 40,7 %, соответственно. Следовательно, важной причиной высокой летальности впервые выявленных больных является ускорение прогрессирования туберкулезного процесса в последние годы вследствие снижения резистентности

организма, иммунодефицита. Среди впервые выявленных за 2003 г. и 2004 г. удельный вес остро прогрессирующих форм туберкулеза тоже оказался высоким, составив 32 %.

Структура впервые выявленных в 2004 году взрослых по социальному статусу характеризуется высоким удельным весом социально дезадаптированных, неработающие в трудоспособном возрасте составили 50 %. Значительно больше таких лиц среди умерших в течение первого года наблюдения (65,1 %) и выявленных посмертно (74,2 %). Социально дезадаптированные группы населения характеризуются высокими показателями выявляемости туберкулеза, составившими в 2004 г. 37,6 случаев на 1000 населения среди контингентов изоляторов временного содержания (ИВС) и 17 случаев при поступлении в следственные изоляторы (СИЗО). Выявляемость среди всего неорганизованного населения области составила, в среднем, 2,8, в том числе по районам 3,2.

В соответствии с данными, приведенными Т.Е. Хрулевой (НИИ фтизиопульмонологии ММА им. Сеченова, 2001), соотношение не выявленных больных и умерших «неизвестными» аналогично соотношению количества впервые выявленных и умерших до 1 года наблюдения.

Проведен расчет по формуле:

$$\frac{\text{Впервые выявленные} \times \text{умершие неизвестными}}{\text{умершие до 1 года}} = \frac{3636 \times 136}{309}$$

Результат расчета – 1600,3. Следовательно, в 2004 г. 1600 больных в области остались невыявленными, что составляет 44 % от количества впервые взятых на учет. Предполагаемый уровень истинной заболеваемости должен быть на 44 % выше отчетного и равняется 188,8 на 100 тыс. населения.

Выводы:

Заболеваемость туберкулезом в Кузбассе в начале третьего тысячелетия продолжает расти. При этом основной причиной ее выраженного увеличения в 2004 г. явилась активация работы по раннему выявлению заболевших лиц.

В области имеется значительный резервуар не выявленной туберкулезной инфекции. Предполагаемый уровень истинной заболеваемости на 44 % выше отчетной и составляет 188,8 на 100 тыс. населения.

Высокий уровень заболеваемости населения области в большой степени обусловлен высокой пораженностью туберкулезом социально дезадаптированных лиц, неудовлетворительно привлекаемых к обследованию.

Высокий уровень летальности среди впервые выявленных объясняется не только поздним вы-

явлением, но и большой частотой остро прогрессирующих форм туберкулеза.

КОПЫЛОВА И.Ф., ИЛЯСОВ В.Н.

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

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу (ТБ) среди детей наиболее точно отражает эпидобстановку по туберкулезу в целом. С 1989 по 2001 год заболеваемость детского населения страны туберкулезом выросла в 2,5 раза, достигнув 18,6 на 100 тысяч. С 2002 года имеет место некоторое снижение данного показателя, составившего в 2003 году 15,9. В Сибирском федеральном округе ситуация значительно тяжелее. Заболеваемость в 2003 году составила 26,0 и пока не имеет тенденции к стабилизации. Значительно выросла инфицированность туберкулезом детского населения. Показатель первичного инфицирования детей в РФ увеличился с 1 % в 1990 г. до 2,5 % в 1999 г. Большую тревогу вызывает появление лекарственно-резистентного туберкулеза среди детей.

*Цель настоящего исследования* – анализ эпидемиологической обстановки по туберкулезу среди детского населения Кемеровской области, характеризующейся одной из наиболее тяжелых в России ситуаций по туберкулезу в целом.

Удельный вес детей в населении области снижается последние годы и в 2004 г. составил 16 %. Показатель заболеваемости ТБ детского населения области с 2000 по 2004 год колеблется около 30-31, не проявляя каких либо заметных тенденций, как видно из таблицы 1.

**Таблица 1**  
**Заболеваемость детей в Кемеровской области**

Территории	Значения показателей по годам				
	2000	2001	2002	2003	2004
Область	30,4	28,3	34,6	28,8	31,9
Города	28,7	27,9	31,4	27,9	30,6
Районы	40,5	30,3	53,1	32,7	40,0

Среди сельского населения колебания показателей по годам выражены в гораздо большей степени, чем среди городского. Сравнение разных территорий области по уровню заболеваемости даже за один год выявляет еще более резкие различия: от 0 до 60 в городах и от 0 до 100 в райо-

нах. Такие колебания, как отмечает М.В. Шилова, являются признаком заниженного уровня показателя заболеваемости за счет неполного выявления заболевших. О недостоверности показателя детской заболеваемости свидетельствует также нередкое отсутствие соответствия между показателями заболеваемости ТБ всего населения и детей. Например, высокий уровень общей заболеваемости сопровождается низкой детской заболеваемостью в городах Анжеро-Судженске, Белово, Гурьевске, Юрге; районах Юргинском, Чебулинском, Тяжинском, Ижморском. В некоторых из названных территорий ТБ у детей не выявлялся иногда даже 2 года подряд.

Наиболее высока заболеваемость детей в возрасте 3-6 лет – 50,9 на 100 тыс. в 2004 г. Заболеваемость в этой возрастной группе в течение 5 лет осталась стабильной. Обращает на себя внимание повышение заболеваемости детей 7-14 лет, с 22,2 в 2000 г. до 28,8 в 2004 г., и снижение ее в 0-3 года, с 43,1 до 23,9, соответственно. Значительное снижение заболеваемости в раннем детском возрасте, имеющем склонность к наиболее злокачественному течению процесса, иногда даже с летальными исходами, несомненно, следует оценить положительно. Показатели заболеваемости детей по отдельным возрастным группам примерно вдвое превышают аналогичные в среднем по стране.

В 2004 г. в области впервые выявлены 142 ребенка с активным туберкулезом, из них 133 человека (93,6 %) с поражением органов дыхания и 9 (9,7 %) – с неторакальными локализациями. В структуре клинических форм ТБ органов дыхания традиционно преобладал туберкулез внутригрудных лимфоузлов, составив 66,9 % (93 ребенка). Нередкими клиническими формами явились первичный туберкулезный комплекс – 10,5 % (14 чел.), плеврит – 8,3 % (11 чел.), инфильтративный туберкулез – 6 % (8 чел.). В единичных случаях диагностирован очаговый туберкулез – 3 % (4 ребенка), туберкулезная интоксикация детей и подростков – 1,5 % (2 ребенка). Частота бактериовыделения у детей составила 4,5 % (6 детей). За последние 5 лет она колеба-

лась от 5,8 % (2001 г.) до 2,2 % (2003 г.). Из 9 случаев с внеторакальными локализациями туберкулеза, выявленными в 2004 г., по 3 случая составили туберкулез периферических лимфоузлов и костно-суставной, 2 случая — туберкулез глаз и 1 случай — туберкулез мочевой системы.

Частота поздней диагностики туберкулеза у детей за 5 лет сократилась с 23,4 % до 14,8 %. В 2004 г. из 21 ребенка с поздно выявленным процессом 18 детей имели осложненный туберкулез внутригрудных лимфоузлов, 1 ребенок — инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, и 1 человек выявлен посмертно с диссеминированным туберкулезом.

Основная причина далеко зашедших форм туберкулеза у детей — позднее обращение за медицинской помощью, к чему предрасполагают социальная дезадаптация родителей, а также стертые клинические проявления туберкулеза. Встречаются случаи, когда не проводится своевременная оценка реакции на туберкулиновую пробу при массовой туберкулинодиагностике. Имеет значение и затягивание сроков рентгенологического обследования детей, выявленных с изменением туберкулиновой чувствительности. Оно обусловлено, преимущественно, необходимостью оплачивать этот вид медицинского обслуживания в общей лечебной сети.

Среди 142 заболевших детей большую часть (54,2 %, 77 чел.) составили дети дошкольного возраста, преимущественно «неорганизованные» (51 ребенок). Заболели в ранее известных очагах 24 ребенка, что составило 16,9 % от всех впервые выявленных. Можно предположить, что многие дети контактировали с ранее неизвестными взрослыми больными. Заболеваемость в очагах в 2004 г. составила 571,4 на 100 тыс. контактируемых, что примерно соответствует аналогичному среднероссийскому показателю (577,2).

Обращает на себя внимание наиболее выраженный стабильно высокий уровень заболеваемости детей в г. Кемерово (58,2 — 36,0 — 47,1-за 2002-2004 гг.) и Прокопьевске (54,1 — 53,6 — 47,8).

У большинства детей области (62 %, 88 чел.) туберкулез выявлен при профилактических обследованиях (туберкулинодиагностике).

Всего на конец 2004 года на учете тубучреждений области состоят по поводу активного туберкулеза 165 детей, что составляет 36,5 на 100 тыс. детского населения. 32 ребенка взяты на учет в 2004 г. с неактивным, самопроизвольно излеченным туберкулезом, своевременно не

выявленным. Удельный вес их по отношению к впервые выявленным составил 22,5 % (в среднем по России — до 30 %). Причиной является объективная трудность диагностики начальных проявлений поражения внутригрудных лимфоузлов.

Случаи смерти детей от туберкулеза в течение 2000-2004 годов наблюдались в области ежегодно, от 1-го до 3-х. За 5 лет умерли 9 детей. В целом по 73 территориям РФ летальный исход от ТБ фиксируется у 22-23 детей за год, т.е. по одному ребенку на три территории. Следовательно, в нашей области смертность детей от ТБ значительно выше средней по стране. Как правило, это дети до 1 года — 8 из 9 за 5 лет. В 2004 г. умер один ребенок до 1 года и один 6 лет. Причина смерти детей от туберкулеза — поздняя диагностика при тесном (обычно семейном) контакте с бактериовыделителем. У двоих из 9 детей туберкулез диагностирован после смерти на вскрытии. Дети, как правило, умирали от генерализованного туберкулеза, чаще милиарного, нередко с поражением менингеальных оболочек.

Показатель инфицированности туберкулезом детского населения области в декретированных возрастах в течение 5 лет постепенно повышался, как видно из таблицы 2, и в 2004 г. достиг высоких значений: 62 % в 7 лет и 80,8 % в 14 лет.

**Таблица 2**  
**Инфицированность туберкулезом детей в Кемеровской области (%)**

Показатели	Значения показателей по годам				
	2000	2001	2002	2003	2004
Инфицированность в 7 лет	55,2	56,1	58,3	60,5	62,0
Инфицированность в 14 лет	73,7	73,9	76,6	79,8	80,8
Показатель первичного инфицирования	1,3	1,42	1,41	1,6	1,7

За этот же период значительно вырос показатель первичного инфицирования (выража туберкулиновой чувствительности): с 1,3 % до 1,7 %.

Обращает на себя внимание несоответствие между высокой инфицированностью детского населения и относительно низким удельным весом детей, впервые инфицирующихся в течение года. Для того чтобы в 7 лет 62 % детей стали инфицированными, в течение одного года должны инфицироваться не 1,7 % детей, а значительно больше.

Правильную оценку состояния инфицированности затрудняют сложности дифференциальной диагностики поствакцинной и постинфекционной аллергии. Очевидно, что не во всех случаях выявляется период первичного инфицирования. Нельзя исключить, что завышаются показатели инфицированности детей в целом за счет того, что поствакцинная аллергия в ряде случаев расценивается как постинфекционная.



Как отмечает Аксенова В.А. (2002), показатель первичного инфицирования отражает состояние системы раннего выявления туберкулеза среди детей. Относительно низкое значение данного показателя в нашей области, при высоком уровне заболеваемости и инфицированности, свидетельствует о недовыявлении первичной туберкулезной инфекции на раннем этапе. Следовательно, не всем нуждающимся детям проводится профилактическое лечение, что может быть важной причиной высокого уровня заболеваемости. Показатели охвата детей туберкулиновыми пробами в области высокие. Однако вызывает сомнение правильность оценки реакций на туберкулиновые пробы. В 2004 г. в нашей области удельный вес детей с гиперергическими реакциями на туберкулин составил 0,4 % (1605 детей) среди охваченных туберкулинодиагностикой, или 15,6 % из взятых на учет в VI группу (в среднем по России — 14,3 %). Следовательно, есть основание полагать, что данный показатель близок к истинному.

Показатели охвата детей противотуберкулезными прививками (от 92,4 % в 2002 г. до 97,2 % в 2004 г.) и их качества по наличию и размеру рубчиков вполне удовлетворительные.

Как показал анализ, из 37 детей, взятых на учет в 2004 г. по поводу активного туберкулеза в г. Кемерово, большинство (28 чел., 75,7 %) имели поствакцинные рубчики размером 4-10 мм и лишь один ребенок не имел рубчика. Химиопрофилактика была назначена до заболевания в половине случаев (18 детям), но не получили ее 1/3 из признанных показанными (6 человек, в том числе 3 ребенка — из-за отказа родителей, 3 ребенка — по вине общей лечебной сети).

Тот факт, что преобладающее большинство заболевших детей были качественно вакцинированы и получили химиопрофилактику при наличии показаний, дает основание предполагать, что в наше время защитные функции прививок и химиопрофилактики значительно снизились. Данный вопрос нуждается в дальнейшем изучении и более детальном анализе. Нельзя исключить, что неэффективность химиопрофилактики могла быть обусловлена уже имеющимся, но не диагностированным активным туберкулезом.

Высокие уровни инфицированности и заболеваемости детей ТБ в области отражают неудовлетворительную эпидемиологическую обстановку по туберкулезу, как среди детей, так и всего населения в целом.

При напряженной эпидобстановке материально-техническая база оказания противотуберкулезной помощи детям в области крайне неудовлетворительна. Помещения стационаров и диспансерных отделений не отвечают санитарно-гигиеническим требованиям. Здания детских отделений Областного клинического противотуберкулезного диспансера (ОКПТД) признаны Госсанэпиднадзором непригодными для работы и официально закрыты. Остальные детские отделения в области (в г. Новокузнецке, г. Прокопьевске) нуждаются в капитальном ремонте. Отсутствует областной санаторий для детей дошкольного возраста. Нет санаторных групп в детских комбинатах в районах области. Следовательно, отсутствуют должные условия для изоляции детей из контакта и химиопрофилактики детей групп риска.

#### Выводы:

1. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу среди детского населения области весьма напряженная: высоки показатели заболеваемости, смертности, инфицированности.
2. Несоответствие показателей инфицированности и детской заболеваемости уровню первичного ежегодного инфицирования, а также общей заболеваемости туберкулезом, во многих территориях области, колебания показателя заболеваемости детей по годам и территориям области свидетельствуют о неполном выявлении заболевших и впервые инфицированных детей.
3. Основной причиной неблагоприятной эпидобстановки по туберкулезу среди детей является большой резервуар туберкулезной инфекции среди взрослых, в том числе «неизвестных». Имеют значение трудности изоляции контактных и проведения химиопрофилактики в санаторных условиях детям групп риска в связи с недостаточностью санаторной базы. Не исключается снижение защитного эффекта противотуберкулезных прививок и химиопрофилактики.

КОПЫТИНА Н.В., ВЛАСОВА В.В.  
Кемеровская областная клиническая больница,  
г. Кемерово

## ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Одним из определяющих факторов ухудшения репродуктивного здоровья следует считать ухудшение состояния здоровья женщин репродуктивного возраста.

Общая заболеваемость женщин детородного возраста в последнее десятилетие в России выросла на 7,5 %, доля эндокринных заболеваний увеличилась на 24,1 %. Аналогичные тенденции существуют и в Кемеровской области. За последние 10 лет общая заболеваемость женщин детородного возраста увеличилась на 8,4 %, в том числе на 3,4 % возросли болезни эндокринной системы. Установлена тесная взаимосвязь между патологией щитовидной железы и нарушением репродуктивной функции. При нарушенной функции щитовидной железы часто возникают нарушения менструального цикла, новообразования женских половых органов, бесплодие, невынашивание беременности. При проведении оперативных вмешательств на щитовидной железе также происходят определенные изменения тиреоидного гомеостаза.

В Кемеровской области имеется большая группа женщин, перенесших оперативное лечение по поводу патологии щитовидной железы. До настоящего времени не изучались социально-гигиенические факторы, влияющие на женщин, перенесших оперативное лечение с данной патологией.

*Цель исследования* заключается в изучении условий жизни женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, для совершенствования лечебно-диагностической помощи данной группе населения.

*Материалы и методы исследования:* Сплошным анкетным методом исследованы 3991 женщина, оперированные по поводу патологии щитовидной железы в лечебно-профилактических учреждениях Кемеровской области.

Статистическая обработка материала проведена на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ «Statistica-6».

*Результаты и их обсуждение:* Изучение числа женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, в зависимости от места жительства, показывает, что в основном они проживают в городах – 91,7 %. В сельской местности с данной патологией проживают 8,3 % женщин.

Рассмотрение образовательного ценза женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, показывает, что 45,5 % из них имеют среднее специальное образование, 21,6 % –

высшее образование, 20,1 % – среднее образование, 8,2 % – незаконченное среднее образование, 4,6 % – незаконченное высшее образование.

Характеристика профессиональной принадлежности показывает, что наибольшая доля женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, относятся к рабочим – 33,1 %, затем идут служащие – 29,1 %, неработающие – 18,7 %, интеллигенция – 7,3 %, учащиеся – 5,4 %, прочие профессии – 6,4 %.

При рассмотрении семейного положения выявлено, что 73,1 % женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, находятся замужем, 26,9 % – не замужем. Из числа незамужних женщин, 8,2 % ранее были замужем.

Большинство женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, воспитывают двух детей – 43,3 %. Одного ребенка воспитывают 26,1 % женщин, трех детей – 11,2 % женщин. Не имеют детей 17,9 % обследованных женщин.

Среди замужних женщин, 36,6 % воспитывают двух детей, 16,4 % – одного ребенка, 10,4 % – трех детей, 1,5 % – четырех и более детей, 8,2 % женщин детей не имеют. Среди незамужних женщин, не имеют детей 9,7 % обследованных. Столько же женщин (9,7 %) воспитывают по одному ребенку, 6,7 % – по два ребенка.

Характеристика общего стажа работы обследованных женщин показывает, что 59,6 % из них имеют общий стаж 20 лет и более, 16,2 % – 16-20 лет, 14,5 % – 11-15 лет, 5,3 % – 5-10 лет. Общий стаж до 5 лет имеют 4,4 % женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы.

При характеристике стажа работы по профессии и удовлетворенности работой выявлено, что 11 % обследованных имеют стаж до трех лет, 8,8 % – 3-5 лет, 11,8 % – 6-10 лет, 12,5 % – 11-15 лет, 14,7 % – 16-20 лет, 41,2 % женщин имеют стаж работы по профессии 20 лет и более. Удовлетворены работой 79,9 % обследованных, не удовлетворены – 20,1 %. Неудовлетворены работой более характерна женщинам, имеющим меньший профессиональный стаж работы. Так, при профессиональном стаже работы до 3-х лет, 3-5 лет и 6-10 лет не удовлетворены работой более 50 % обследованных женщин.

Рассмотрение режима труда женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, показывает, что 44,8 % из них работают

только в дневную смену, 28,4 % имеют ненормированный рабочий день, 14,9 % – трехсменный режим труда.

Чувствуют усталость во время работы 31,6 % обследованных, не всегда ощущают усталость 60,6 %, не устают во время работы 7,8 % женщин. Более всего усталость ощущают женщины, имеющие ненормированный рабочий день – 13,8 % от всех женщин, подвергнутых исследованию.

Характеристика факторов, вызывающих утомление во время работы, показывает, что 28,6 % обследованных женщин устают от большого напряжения на зрение и внимание, 19,6 % – от высокой ответственности, 11,7 % – от шума и вибрации, 9,1 % женщин – от запыленности и загазованности.

При изучении взаимоотношений в семьях женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, установлено, что дружные, прочные отношения, спокойная эмоциональная обстановка характерны для 69,4 % из них. Недружные отношения, ссоры, конфликты, стрессовые ситуации наблюдаются в 30,6 % семей обследованных. Дружные, прочные отношения с соседями имеют 81,2 % женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы. Недружные отношения, ссоры, конфликты с соседями имеют 18,8 % обследованных.

Важное значение имеет порядок проведения времени нахождения вне работы. Материалы исследования свидетельствуют, что 62,7 % женщин затрачивают на передвижение от дома до работы и обратно до 30 минут, 25,4 % – от 30 минут до одного часа, 8,9 % – от одного часа до полутора часов, 3 % обследованных затрачивают на дорогу более полутора часов.

Рассмотрение времени, затрачиваемого на сон, показывает, что у 10,4 % обследованных оно составляет менее 6 часов, у 44,8 % – 6-7 часов, у 32,1 % – 7-8 часов, у 12,7 % обследованных сон составляет более 8 часов.

При изучении времени, выделяемого на досуг, установлено, что до одного часа на досуг выделяют 11,9 % обследованных, 1-2 часа – 16,4 %, 2-3 часа – 25,5 %, 3-4 часа – 23,1 %, более 4 часов – 23,1 % обследованных женщин.

Оценка основного занятия в свободное от работы время показывает, что у большинства обследованных оно затрачивается на занятия домашним хозяйством (62,8 %) и просмотр телевизионных передач и видеофильмов (62,7 %). Чтение художественной литературы, журналов, газет в свободное время является основным занятием у 58,2 % женщин, прогулки по городу – у 23,1 %, занятия спортом – у 9,7 %, посещение дискотек, казино, ресторанов, кафе – у 8,2 %, посещение музеев, театров, кино – у 6,7 %, дру-

гие занятия (вязание, шитье, общение с друзьями и т.д.) – у 11,2 % обследованных женщин.

Материалы исследования свидетельствуют, что на домашний труд (приготовление пищи, уборка, стирка и т.д.) большинство обследованных затрачивают более 2 часов в день (61,9 % обследованных женщин). От 1,5 до 2 часов на домашний труд затрачивают 25,4 % обследованных, от 1 до 1,5 часов – 8,2 %, до одного часа – 4,5 % обследованных.

В ходе исследования изучался средний месячный бюджет в семьях женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, в ценах 2003 года. Полученные данные свидетельствуют, что у 59,7 % обследованных женщин среднемесячный бюджет находится ниже прожиточного минимума, в том числе до 500 рублей получают 3,7 ± 0,9 % человек, от 501 до 1000 рублей – 17,2 ± 1,7 % женщин, от 1000 до 2000 рублей – 38,8 ± 2,2 % обследованных. Еще 21,6 ± 1,9 % женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, имеют средний месячный бюджет 3000 рублей, т.е. немного больше прожиточного минимума. От 3001 до 4000 рублей в расчете на одного человека имеют 9,7 ± 1,4 % женщин, от 4001 до 5000 рублей – 3,7 ± 0,9 % обследованных, от 5001 до 6000 рублей – 4,5 ± 1 % женщин, более 6000 рублей – 0,8 ± 0,4 % обследованных женщин. Таким образом, среднемесячный доход в расчете на одного человека выше 3000 рублей имеют всего 18,7 % женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы.

При изучении питания установлено, что 3 ± 0,9 % обследованных женщин оценивают его как отличное, 28,4 ± 2,1 % – как хорошее, 59,7 ± 2,3 % – как удовлетворительное, 8,9 ± 1,3 % – как неудовлетворительное.

Большое значение во влиянии на здоровье имеют вредные привычки. Среди женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, не курят 85,1 ± 1,6 % человек, курят 14,9 ± 1,6 % женщин. Среди исследуемой группы женщин доля употребляющих алкоголь составляет 61,8 ± 2,2 %. Не употребляют алкоголь 38,2 ± 2,2 % женщин. Реже одного раза в месяц употребляют алкоголь 63 ± 2,2 % обследованных, 1-2 раза в месяц – 32,2 ± 2,1 % обследованных женщин. Чаще 2-х раз в месяц употребляют алкоголь 4,8 ± 1 % обследованных женщин. Большинство обследованных женщин употребляют алкоголь без опьянения – 82,2 ± 1,8 %. С опьянением употребляют алкоголь 17,8 ± 1,8 % женщин с хирургической патологией щитовидной железы.

**Заключение:** Из числа женщин, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, 91,7 % проживают в городах, 73,1 % состоят в браке. По образовательному цензу 67,1 % обследованных

дованных женщин имеют высшее и среднее специальное образование, 33,1 % по профессиональной принадлежности относятся к рабочим.

Большинство женщин, подвергнутых оперативному лечению по поводу патологии щитовидной железы, имеют общий стаж и стаж работы по профессии более 20 лет (59,6 % и 41,2 % от числа обследованных женщин, соответственно). В то же время, 20,1 % женщин работой не удовлетворены.

Среди факторов, вызывающих утомление во время работы, наибольшее значение имеют большое напряжение на зрение и внимание, высокая ответственность.

Из числа обследованных женщин, 24,2 % проживают в наименее благоприятных и плохих условиях, 30,6 % имеют недружные отношения, ссоры и конфликты в семье. Свободное от работы время большинство женщин (62,8 %) проводят за занятием домашним хозяйством.

Среднемесячный бюджет у 59,7 % находится ниже прожиточного минимума, более 3000 рублей в месяц на человека в семье имеют лишь 18,7 % обследованных женщин.

Курят  $14,9 \pm 1,6$  % женщин, перенесших оперативное лечение по поводу патологии щитовидной железы, употребляют алкоголь  $61,8 \pm 2,2$  %, причем  $17,8 \pm 1,8$  % – с опьянением.

МАКАРОВ С.А., ГОРБУНОВА Е.В., БАРБАРАШ О.Л., ЯНИЦКИЙ М.С.  
*МУЗ 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* – 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 Спилбергера-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 у больных с нарушением ритма выявлены в 2 раза чаще, сексуальные проблемы – в 3,5 раза чаще.

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.



МАЛЬЦЕВ С.В.

*Областное бюро судебно-медицинской экспертизы,  
г. Кемерово*

## МЕСТО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЕДИНОМ НАЦИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

**Ц**ель настоящего сообщения — обозначить место судебно-медицинской экспертизы в едином национальном здравоохранении при решении вопросов профилактики скоропостижной смерти и повышения качества медицинской помощи населению, а также выделить связанные с этим современные проблемы и возможные перспективы.

Бытующее до настоящего времени, даже среди медицинской общественности, неправильное представление судебных медиков, как работников, исполняющих только определенный круг узковедомственных обязанностей, не имеет право на существование. Действительно, в задачу судебной медицины входит изучение и разработка вопросов биологического медицинского характера, преимущественно для нужд правоохранительных органов. В то же время, заложенная на принципах единства и целостности со всей системой здравоохранения, судебная медицина располагает большими возможностями в деле улучшения медицинской помощи населению. Непременным условием успешного развития нашей профилактической работы является постоянная связь и преемственность между судебными медиками и органами здравоохранения.

Однако практика показывает, что произошел разрыв между врачами-клиницистами, в частности амбулаторно-поликлинического звена, и судебно-медицинскими экспертами, потеряна взаимная заинтересованность в обмене информацией и в совместной деятельности, например, при решении вопросов, касающихся снижения количества преждевременной смертности и повышения качества медицинской помощи.

Однозначного объяснения сложившегося положения нет. Поэтому следует рассмотреть основные моменты, препятствующие совместной деятельности.

Во-первых, к сожалению, органы здравоохранения уделяют недостаточно внимания анализу внебольничной смертности. Поликлинические учреждения в большинстве случаев не пользуются материалами по скоропостижной смертности, имеющимися в распоряжении отделений судмедэкспертизы.

Во-вторых, поликлинические учреждения ведут учет смертности только на основании медицин-

ских свидетельств о смерти, выданных участковыми врачами, которые являются далеко неполными, так как судебно-медицинская смертность (скоропостижная) статистическому учету в поликлиниках не подлежит, что, в свою очередь, не отражает действительного состояния заболеваемости на территориях деятельности конкретных поликлиник.

В-третьих, только случаи летальности в стационарах, а то не все, подвергаются обсуждению на патолого-анатомических конференциях, а поликлинико-судебно-медицинские конференции вообще стали редкостью. При этом участковый врач зачастую остается в неведении, и практически конкретный случай скоропостижной смерти может быть выявлен при годовой контрольной проверке списочного состава контингента участкового врача.

Все это с одной стороны, с другой, судебно-медицинские эксперты, при выполнении основной работы по исследованию трупов, имеют возможность собирать уникальную информацию, весьма важную для здравоохранения. Обработка и изучение информации дает возможность широко использовать ее для содействия органам здравоохранения в улучшении медицинской помощи населению и для профилактической работы. Имея в виду, что повышение качества и эффективности медицинской помощи во многом зависит от дальнейшего совершенствования поликлинической службы, главное внимание судебно-медицинских экспертов обращено на изучение информации, поступающей от этого звена здравоохранения. Кроме того, в приказе МЗ СССР № 694 от 21.07.78 г. «Об утверждении инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы», приказе № 182 от 09.07.91 г. о введении в практику «Правил судебно-медицинской экспертизы трупа» (Москва, 1991), других нормативных актах по судебно-медицинской экспертизе, мы видим, что наряду со специфическими функциями, касающимися методики проведения исследований, изучения биопсийного материала и т.д., накладываются и функции, обязывающие проводить анализ, делать обобщение судебно-медицинских материалов и вносить соответствующие представления органам здравоохранения по вопросам улучшения медицинского обслуживания населения и проведения лечебно-профилактических мероприятий. В Положении о бюро су-

дебно-медицинской экспертизы сказано о необходимости регулярного изучения, обобщения судебно-медицинского материала по скоропостижной смерти и т.д., с представлением в органы здравоохранения фактических данных и рекомендаций. Практика показывает, что эти функции судебными медиками не всегда и не полностью выполняются. И в эти функции не заложены анализ смертности на конкретной территории (район, территория обслуживания поликлиники и т.д.), с выявлением истинных причин. И получается, что ни один официальный отчет не содержит в себе раздел «анализ скоропостижной смертности на конкретной территории».

В приказах указано, что должно сделать, но как должно это сделать, как этот анализ должен быть проведен методически по современным методам обработки информации, с какой периодичностью эта информация должна выдаваться органам здравоохранения, руководству лечебно-профилактических учреждений, вот таких методических рекомендаций нет. В то же время, в Кемеровском областном бюро судебно-медицинской экспертизы на протяжении нескольких лет проводится ретроспективный анализ скоропостижной смерти от болезней системы кровообращения населения г. Кемерово, с целью изучения динамики, структуры, причин смертности, выявления внешних и внутренних факторов, влияющих на показатели смертности.

В ходе различных методологических подходов к проблеме был выявлен ряд достаточно стабильных медико-социальных факторов, определяющих уровни преждевременной смертности населения г. Кемерово. Это:

1. Недостаточно полный охват диспансерным наблюдением населения города (только 38,6 % лиц, умерших скоропостижно от сердечно-сосудистых заболеваний, находились на диспансерном учете).
2. Слабая материально-техническая база большинства территориальных поликлиник, не позволяющая на современном уровне диагностировать заболевание и оказывать помощь на дому.
3. Появление новой социальной формации населения «БОМЖ», неподдающейся поликлиническому учету.
4. Увеличение количества людей, проживающих на грани бедности.
5. Отсутствие бережного отношения к своему здоровью (по данным ранее проводимого опроса родственников умерших, 60,5 % больных систематически курили, 71,4 % злоупотребляли алкоголем, только 12,9 % лиц относительно регулярно посещали врача, 45,4 % обращались за медицинской помощью только в случаях обострения заболевания, а в возрастной груп-

пе 20-25 лет 64 % молодых людей никогда не обращались к врачам поликлиник).

6. Медицинская безграмотность населения (только в 8,6 % случаев смерти на дому, родственниками умерших была предпринята попытка оказания доврачебной помощи).
7. Отсутствие веры в эффективность лечения (по данным анкетного опроса родственников лиц, умерших скоропостижно от болезней системы кровообращения, 13,6 % больных не верили в эффективность лечения).
8. С помощью биоклиматограмм определены периоды перепадов основных метеофакторов и их комбинации, сопровождающиеся повышением уровня скоропостижной смертности; определены сезонные колебания скоропостижной смертности при различных заболеваниях системы кровообращения.
9. Расчет частично утраченного жизненного потенциала показал, что г. Кемерово за 1999-2003 гг., в связи со скоропостижной смертью от болезней системы кровообращения, потерял 25049,0 человеко-лет трудоспособного возраста.
10. Территориальный анализ скоропостижной смерти от сердечно-сосудистой патологии позволил с определенной достоверностью выделить районы «риска» (Рудничный и Заводский).

И подобные анализы не выходят за стены бюро судебно-медицинской экспертизы и, как ни печально, никого не интересуют.

А ответ на вопросы, можно ли на сегодняшний день предложить меры, способствующие уменьшению числа скоропостижных смертей, что могут и должны сделать в этом отношении судебные медики и врачи первичного звена здравоохранения, остается практически открытым.

В связи с этим мы считаем, что для позитивного решения поставленного вопроса необходимо:

- систематическое проведение поликлинико-судебно-медицинских конференций;
- систематический совместный анализ фактического материала по скоропостижной смерти, с учетом качества прижизненной диагностики по медицинским документам;
- широкое освещение указанного анализа на конференциях врачей и научных обществах;
- использовать при оценке эффективности диспансеризации населения такой качественный показатель, как отношение числа больных, состоящих на диспансерном учете, к числу умерших лиц (скоропостижная смерть), которые подлежали диспансеризации, но не были при жизни обследованы и взяты на учет. Этот показатель будет характеризовать лечебно-профилактическую работу поликлиник, послужит средством объективной оценки состояния активного выявления заболеваний и охвата диспансерным наблюдением;

- сообщение руководителям учреждений здравоохранения о выявленных недостатках медицинской помощи и медицинской документации в конкретных случаях.

И в заключение нам представляется, что началом для организационного упорядочивания поднятых выше вопросов послужит разработка совместных методических рекомендаций по ис-

пользованию материалов скоропостижной смерти в общем анализе деятельности поликлинических учреждений. В этом документе необходимо четко сформулировать формы и методы изучения динамики, структуры и причин скоропостижной смертности, определив основные обязанности поликлинической сети и судебных медиков.

МАЛЬЦЕВ С.В.

*Областное бюро судебно-медицинской экспертизы,  
г. Кемерово*

## МАТЕРИАЛЫ К ПРОБЛЕМЕ СМЕРТНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОТИКАМИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ КУЗБАССА (медико-социальные и экономические аспекты)

**Н**аркологическая ситуация в Кемеровской области в течение последних 10 лет продолжает ухудшаться. Особенно неблагоприятные тенденции наметились с середины 90-х годов, когда среди населения Кузбасса значительными темпами стало происходить утяжеление наркологической патологии. В результате, по показателям заболеваемости и болезненности наркологической патологии среди населения Кемеровской области, регион с конца 90-х годов стал одним из неблагополучных в РФ (Лопатин А.А. и соавт., 2004).

Количество смертельных отравлений наркотическими веществами ежегодно растет, и ощутимой тенденции к снижению данного вида смерти не отмечается. Так, смертность в результате наркотических интоксикаций в Кемеровской области в 2003 г. составила 344,7 % в сравнении с 1999 г., т.е. увеличилась практически в 3,5 раза.

Не менее угрожающими темпами увеличивались показатели данного вида смерти городского населения и в областном центре — в 2003 г., в сравнении с 1999 г., они выросли в 2,5 раза и составили 254,7 %.

Исходя из цели исследования, было проанализировано 445 случаев смертельной наркотической интоксикации городского населения крупного промышленного центра Кузбасса за пять лет (1999-2003 гг.). Были изучены половозрастная, социальная структура смертности, ее динамика, и рассчитан частично утраченный жизненный потенциал, как один из показателей экономических потерь в результате данного вида смерти. Все случаи были верифицированы судебно-химическими анализами. Наиболее часто в крови, печени и внутренних органах обнаруживался морфин в сочетании с кодеином. Из лекарственных препара-

тов, в сочетании с морфином, выявлялись димедрол, фенobarбитал, седуксен. В 36,7 % случаев имело место сочетание наркотической интоксикации с алкогольной, концентрация алкоголя в крови колебалась от 0,5 промилле до 3,5 промилле, в моче — от 0,5 промилле до 4,3 промилле.

Было установлено, что за анализируемый период доля лиц мужского пола, погибших от отравлений наркотиками, составила  $87,4 \pm 1,6$  %. Максимум смертности, как мужчин, так и женщин, приходился на возраст 20-24 года, при этом средний возраст умерших составлял 22,5-23 года. Смертность в данной возрастной группе у женщин составила 20,6 %, у мужчин — 79,4 %. В возрастной группе 25-29 лет показатель смертности у мужчин превышал таковой среди женщин в 8,1 раз, а в возрасте 15-19 лет — в 18,5 раз. В наших наблюдениях встретились по одному случаю отравление наркотиком мужчин в возрасте 54 лет, 60 лет и два случая в возрасте 55-57 лет.

Большинство погибших мужчин и женщин (69,8 %) не работали и вели асоциальный образ жизни. 17,4 % составили учащиеся (студенты колледжей, ВУЗов), 6,8 % — инвалиды, 2,2 % — рабочие, род занятий остальных умерших лиц не установлен (неопознанные трупы). Место приема наркотика не всегда соответствовало месту обнаружения трупа. 58,2 % трупов обнаружены на улице, 5,6 % — в квартире друзей (после совместного употребления наркотиков), 9 % — у себя дома, 20,7 % — в прочих местах (подвалы, чердаки, подъезды и т.п.). Как правило, смерть наступала в вечерние и ночные часы (85,3 %). В тех случаях, когда смерть наступала в жилых помещениях, на месте происшествия обнаруживались шприцы и упаковки, содержащие следы наркотических веществ.



Принимая во внимание, что 69,8 % погибших в результате наркотической интоксикации мужчин и женщин не работали, было решено рассчитать частично утраченный жизненный потенциал (ЧУЖП) при условии, что все умершие были бы при жизни заняты в материальной сфере производства. Данный показатель определяется как произведение длительности предстоящей жизни, которую имела бы в среднем одна умершая личность (недожитые годы), на численность группы умерших. Существующие методики расчета различаются способом определения средней продолжительности предстоящей жизни в определенном возрасте и выбором пограничного возраста. При наших расчетах пограничным возрастом был взят общепринятый пенсионный возраст: для мужчин — 60 лет, для женщин — 55 лет.

В результате расчета данного показателя было установлено, что промышленный центр Кузбасса, в результате преждевременной смерти от отравлений наркотиками, потерял 14639,0 человеко-лет трудоспособной жизни, причем 86,8 % — это молодые мужчины. Максимум данного показателя, как у мужчин, так и у женщин, приходится на возраст от 20 до 30 лет, соответственно, 8931,0 человеко-лет и 1504,0 человеко-лет. В возрастной группе 15-19 лет утраченный жизненный потенциал в результате смерти от наркотической интоксикации у мужчин в 20,9 раз больше, чем у женщин, и составляет 1591,0 человеко-лет.

Для сравнения и принимая во внимание, что одновременно в судебно-медицинской литературе все чаще появляются сведения, указывающие на рост скоропостижной смерти от болезней системы кровообращения в молодом трудоспособном возрасте (Томилин В.В., Бережной Р.В., 1981; Новоселов В.П. и соавт., 1997; Бойко Ю.И., 2000; Мальцев С.В., 2004 и др.), были определены потери предстоящей продолжительности трудоспособной жизни в результате преждевременной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в аналогичных возрастных группах за 1999-

2003 гг. Установлено, что в целом, в результате скоропостижной смерти от болезней системы кровообращения, было потеряно 25049,0 человеко-лет трудоспособной жизни. Однако если в случаях скоропостижной смерти от болезней системы кровообращения этот показатель достигает максимума в возрасте 45-49 лет (5816,0 человеко-лет), то при смерти от отравлений наркотиками — в возрастной группе 25-29 лет (4705,0 человеко-лет).

Из вышеизложенного следует, что экономические потери города и региона, в целом, при отравлениях наркотиками начинают закладываться в возрастных группах 15-19 лет и на 20 лет опережают таковые при скоропостижной смерти от болезней системы кровообращения.

К сказанному следует добавить, что большая доля неработающих (69,8 %) среди погибших наркоманов не исключает их из комплекса причин экономических потерь, так как добровольный выход с рынка труда сам по себе обуславливает определенные экономические потери в различных отраслях промышленности.

Таким образом, полученные результаты медико-социального анализа смертельных наркотических интоксикаций в г. Кемерово свидетельствуют о продолжающемся увеличении немедицинского употребления наркотических средств, при этом наибольшее распространение оно имеет среди молодых людей в возрасте 20-29 лет. Кроме того, результаты анализа показали, что основное количество потерянных человеко-лет в связи со смертью от отравления наркотиками и добровольный отказ от трудовой деятельности приходится на трудоспособный возраст, определяющий экономические показатели региона. Все это давно вышло за рамки здравоохранения и требует координации действий различных служб, направленных на профилактику употребления наркотиков. И, несмотря на некоторое снижение количества отравлений наркотиками в г. Кемерово в 2004 г. (47,8 %, в сравнении с 2003 г.), успокаиваться рано.

---

НИКУЛЬШИНА В.М., ТАВРОВСКАЯ В.И., ВИКТОРОВА И.Б.

*Городская клиническая противотуберкулезная больница № 19,  
г. Новокузнецк*

## ТУБЕРКУЛЕЗ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИЕЙ

**И**меющиеся в настоящее время литературные данные позволяют предположить, что у одной трети пациентов, живущих с ВИЧ-инфекцией, разовьется туберкулез. Пережив «фазу затишья», продолжавшуюся в стране около 10 лет, мы вступаем в эпидемию туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных пациентов.

Данное исследование посвящено изучению некоторых эпидемиологических и клинических аспектов туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции у пациентов — жителей крупного промышленного города Новокузнецка. За период 2002-2004 гг. в поликлинике Городской клинической противотуберкулезной больницы № 19 наблюдались 80 па-

циентов с различными формами туберкулеза на фоне ВИЧ/СПИДа. Пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза было 50 человек (взятых в 2002-2003 гг. – 21 чел., в 2004 г. – 29 чел.), что в перерасчете на число выявленных ВИЧ-инфицированных более чем в 10 раз превышает общую заболеваемость туберкулезом в городе.

Медико-социальный «портрет» больного туберкулезом на фоне ВИЧ/СПИД выглядит следующим образом. Это чаще всего мужчина (75 % от общего числа наблюдавшихся больных), 25-30 лет, не работающий (82,5 %), инъекционный наркоман (85 %), длительное время не обращавшийся за какой-либо медицинской помощью, выявленный с запущенным распространенным туберкулезом (87,5 %), чаще легочной локализации с бацилловыделением (76 %) и высоким риском развития лекарственно-устойчивой формы (46,6 %).

По данным нашего наблюдения, у 35 % больных туберкулез выявлен одновременно с первично подтвержденной ВИЧ-инфекцией. У одной трети пациентов туберкулез развился на фоне уже установленного ранее (чаще 1-3-летней давности) диагноза ВИЧ-инфекции. У 30 % больных диагноз ВИЧ/СПИД установлен уже на фоне имеющегося туберкулезного процесса различной давности.

Клиническая картина туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции весьма вариабельна и зависит от стадии ВИЧ, глубины иммунодефицита и насло-

ния других оппортунистических инфекций. С момента установления диагноза «ВИЧ-инфицирование» регулярно обследовались в Центре СПИДа менее половины пациентов, что в большинстве случаев не позволило своевременно и правильно установить стадию ВИЧ/СПИДа, спрогнозировать течение и возможные исходы туберкулеза у этой категории больных. Результаты лечения в данной группе пациентов низкие. Курс лечения завершил лишь каждый пятый, причем эффективным признан курс химиотерапии только у 12,5 %. У остальных 56 больных (70 %) лечение признано безуспешным, у 19 пациентов (23,7 %) наступил летальный исход, остальные на момент наблюдения продолжали лечение.

Таким образом, ВИЧ-инфицирование следует расценивать как фактор высочайшего риска заболеваемости и смертности от туберкулеза. Трудности привлечения больных на обследование, атипичная клиническая картина на фоне измененного иммунного статуса, низкая эффективность лечения и высокая летальность позволяют говорить о неутешительном прогнозе в плане дальнейшего распространения и сочетания этих двух грозных инфекций. Стабилизация обстановки возможна только благодаря координации и четкому взаимодействию всех заинтересованных служб и ведомств, направленных на профилактику, своевременное выявление и лечение туберкулеза в группе ВИЧ-инфицированных.

НОВИКОВ В.Э., ГОРДЕЕВ В.А., УСТЬЯНЦЕВ Д.Г.  
*Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
г. Кемерово*

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА ПРОГРАММЫ «КЛИНИКА ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА»

**В** Кемеровской областной клинической психиатрической больнице с 2003 года осуществляется лечение по программе «Клиника первого психотического эпизода» (КППЭ), предусматривающее использование специализированных организационных форм и дифференцированного терапевтического подхода к терапии пациентов с впервые в жизни возникшим психотическим приступом шизофрении.

На начальных этапах внедрения данной программы использовалась лишь стационарная форма работы с пациентами, предусматривающая не только интенсивную фармакотерапию, но и работу по выработке адекватного восприятия болезни, как пациентом, так и его родными. Начало такой работы именно в условиях стационарного звена особенно важно, так как позволяет выработать достаточную глубину комплаентных отноше-

ний за счет длительного временного контакта между врачом и пациентом.

Проблема манифеста психического заболевания в большинстве случаев является семейной, так как родственники больных реагируют на факт заболевания декомпенсацией личностных черт или невротическими проявлениями. Это подтверждается исследованием у них уровня тревожности, который на момент госпитализации в 70 % определялся как «значительный», и требовал проведения коррекционных бесед и рациональной психотерапии. Снижение тревожности у родных оказывало благотворное влияние на терапевтическую динамику психического состояния пациентов даже при проведении лечения на минимально достаточных дозах атипичных нейролептиков.

Накопленные результаты наблюдения пациентов после выписки показали необходимость

разработки и внедрения специализированной амбулаторной программы реабилитации и ресоциализации применительно к пациентам КППЭ.

Как правило, большинство пациентов при переводе на амбулаторный режим желают наблюдаться у врача, который вел его при стационарном лечении. С этой целью, на базе 1-3 отделений Кемеровской областной клинической психиатрической больницы внедрен амбулаторный этап программы «Клиника первого психотического эпизода (диспансер)» для динамического наблюдения пациентов, которые прошли курс лечения по программе «Клиника первого психотического эпизода (стационар)». По амбулаторной программе КППЭ работает бригада специалистов: психиатр, психотерапевт, психолог, социолог, юрист. В зависимости от решаемых задач, их работа проводится последовательно по приоритетным направлениям, либо комплексно. При посещениях пациента и его родственников ведется протокол, в котором отражаются динамика состояния, возникающие проблемы, предложенные пути их решения и результаты, достигнутые после предыдущей встречи.

Для участия в программе «Клиника первого психотического эпизода (диспансер)» была выделена когорта пациентов, отвечающая следующим критериям:

- молодой возраст (до 35 лет),
- благополучная социальная направленность личности,
- ресурсы для сохранения социальной и трудовой адаптации.

На данный момент под динамическим патронажем врачей отделения находятся 35 человек. Средний возраст пациентов составляет 24 года. Высшее образование имеют 10 человек, среднее техническое — 5 человек. Все они работают по полученной специальности. Обучаются в ВУЗе 20 человек. Их госпитализация в стационар была связана с маниакальным состоянием с бредовыми расстройствами (5 человек, 14,3 %), депрессивным состоянием с бредовыми расстройствами (12 человек, 34,3 %), галлюцинаторно-параноидной симптоматикой (18 человек, 51,4 %).

Длительность амбулаторного наблюдения пациентов в рамках программы КППЭ составила: более 2-х лет — 3 человека; более 1 года — 13 человек; от 6 месяцев до 1 года — 14 человек; менее 6 месяцев — 5 человек. Данная группа пациентов наблюдается с частотой не реже 1 раза в месяц, что соответствует второй группе динамического наблюдения в диспансере.

Подобранные в стационарных условиях КППЭ поддерживающие дозировки лекарств применялись в амбулаторных условиях, при этом продолжалась комплексная социальная, психологическая и психотерапевтическая работа с пациентом и его ближайшим окружением. В амбулаторных

условиях эта работа оказывалась наиболее эффективной, так как решала реальные сложности и проблемы, встающие перед пациентом и его родными в связи с новой социальной реальностью, вызванной заболеванием.

Определены несколько стандартных ситуаций, когда амбулаторная помощь при КППЭ оказывается наиболее действенной. Это:

1. Состояние значительного улучшения с деактуализацией психотической симптоматики и критическим отношением к болезни, сопровождающееся, однако, кратковременными обострениями с тревогой, элементами ажитации, длящимися 1-3 дня. В обычной практике такие состояния приводят к регоспитализации с выработкой психологических установок у пациента и его родных: «лечение неправильное», «болезнь тяжелее, чем говорят врачи», «он (они) меня не понимают». Это осложняет взаимопонимание в системе врач — пациент — родные.

Пациент «К», 16 лет, ученик массовой школы, поступил впервые. Госпитализирован с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. После снятия остроты выписан под амбулаторное наблюдение врачами отделения. Течение заболевания с эпизодическими обострениями с тревожной симптоматикой, которые купируются амбулаторно, с переводом в режим дневного стационара на 3-4 дня. Первые транзиторные обострения воспринимались самим пациентом и родными как «катастрофа», «крушение всех надежд, связанных с выздоровлением». Постепенно выработаны компенсаторные механизмы рациональной оценки своего состояния, достаточно быстро «научился» справляться с этими состояниями, родные получили навыки поведения в этих ситуациях.

2. Сохраняющееся у пациента и его родных искаженное понимание причин и закономерностей течения заболевания, основанное на полученных из СМИ и научно-популярной литературы сведениях, требующее коррекции и продолжения психолого-психотерапевтической помощи после проведенной фармакотерапии.

Пациент «Ж», 31 год, поступил в КОКПБ впервые, ранее к психиатрам не обращался. При поступлении высказывал бредовые идеи отношения, ревности. Семья была на грани распада. После проведенного лечения активность болезненной симптоматики снизилась. Больной был переведен в режим амбулаторного наблюдения при КППЭ. Аккуратно посещал лечащего врача, принимал поддерживающую терапию. Одновременно проводилась коррекция семейных взаимоотношений, с разъяснением закономерностей и особенностей течения болезненного процесса. Восстановил семейные отношения.

3. Утрированно избирательное отношение к лечению у конкретного врача.

Пациент «Н», 20 лет, студент 3 курса, поступил впервые, с депрессивным эпизодом. После проведенного лечения наблюдается амбулаторно у лечащего врача отделения, т.к. он сам и его родители отличаются крайне избирательным отношением к выбору врача — «мы столько врачей обошли, нам никто не мог помочь», «я не смогу все снова правильно объяснить другому врачу», «он такой (пациент), что просидит и ничего не скажет»

Системный подход, направленный на формирование устойчивой ремиссии, используемый на

амбулаторном этапе КППЭ, включает в себя воздействие на «мишени», являющиеся составными частями ремиссии: остаточную симптоматику острого периода, проявления негативной симптоматики, личностную реакцию на факт заболевания, соматические и психические проявления, связанные с проведенным специфическим лечением.

Таким образом, амбулаторное наблюдение, как этап программы КППЭ, оправдано социальными и клиническими факторами и может использоваться, наряду с традиционным диспансерным наблюдением.

ОРЛОВ А.Б.

*МУЗ Городская больница № 11,  
г. Кемерово*

## ПЛАСТИКА УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТА «КАРБОНИКУС-И»

**П**роблема выбора способа пластики при лечении грыж передней брюшной стенки остается открытой. Многообразие существующих методов объясняется неудовлетворительными результатами лечения. Частота рецидивов неосложненных форм пупочной, паховой, бедренной грыж составляет 8-15 % всех оперированных больных (Б.А. Барков, 1972). При грыжах больших размеров, а также при рецидивных, послеоперационных и редко встречающихся формах грыж с применением аутопластических методов оперирования, рецидивы возникают в два раза чаще и составляют 15-35 % (М.Н. Сазонов, В.А. Хараберныш и др.). Что же касается грыж, осложненных ущемлением органов брюшной полости, то здесь процент рецидивов превышает 50 %. Основной причиной рецидивов является чрезмерное натяжение тканей передней брюшной стенки при выполнении герниопластики местными тканями.

Важнейший этап развития пластической хирургии грыж живота связан с появлением синтетических тканей из высокомолекулярных соединений. В настоящее время в герниологических центрах России широко используются полипропиленовые сетки различных фирм, в том числе отечественных. Пластика с использованием этих материалов позволяет снизить количество рецидивов при грыжах различных форм и локализаций до 2,5 % (В.Н. Егиев, 2000). Но, наряду с положительными качествами, возникают проблемы, связанные с тем, что сетка не рассасывается в организме и является инородным телом. Это может приводить к образованию инфильтратов и скоплению серозной жидкости, что в последующем нередко осложняется нагноением. Кроме то-

го, высокая стоимость этих сеток ограничивает повсеместное использование в нашей стране.

С 1996 года в России выпускается углеродный имплантат «Карбоникус-И». Он представляет собой тонковолокнистую мономолекулярную сетку, состоящую из углерода. Этим обеспечивается полная биологическая совместимость с организмом реципиента и отсутствие отрицательного влияния на иммунную систему. Он не канцерогенен, не токсичен (Л. Ратнер, 1997). Формирование рубца, армированного волокнами сетки, как правило, завершается за 10-15 дней. Обладая высокой влагопоглощающей способностью (0,7 на 1 грамм собственного веса) имплантат, пропитанный раствором антибиотика или антисептика и наложенный на раневую поверхность во влажном состоянии, пролонгирует их действие и значительно уменьшает возможность послеоперационных осложнений. Через 2-2,5 года имплантат полностью замещается рубцовой тканью (М.А. Барская, 1998).

В хирургическом отделении Больницы № 11 имплантат «Карбоникус-И» применяется с 1998 года. За это время осуществлена пластика различных видов грыж у 186 больных.

С 1999 года мы начали применять имплантат и при ущемленных грыжах, в основном при пластике послеоперационных грыж. Всего оперировано 106 таких больных. По локализации наиболее часто встречались послеоперационные вентральные грыжи — 79 больных. Паховых грыж было 10, пупочных — 17.

При паховых грыжах (10 человек), после рассечения ущемляющего кольца и вправления ущемленного органа, проводилась пластика по Лихтенштейну в модификации нашего отделения: имплантат укладывался на поперечную фасцию,

фиксируются одиночными узловыми швами, затем спереди от него внутренняя косая и поперечная мышцы подшивались 2-3 швами к паховой связке, после чего укладывался семенной канатик и ушивался апоневроз наружной косой мышцы. По нашему мнению, это предупреждает развитие рубцовых деформаций семенного канатика, так как исключается его контакт с имплантантом. Осложнений после этих операций не было.

При послеоперационных и пупочных грыжах, после рассечения ущемляющего кольца, в одном случае выполнена резекция поперечной ободочной кишки с выведением одноствольной колостомы, в 12 случаях произведена резекция тонкой кишки с наложением межкишечного анастомоза, в 37 — резекция пряди большого сальника. Во всех вышеописанных случаях имплантант вшивался в края апоневроза без сведения его краев и создания дубликатуры, что не создавало перерастяжения тканей и не повышало внутрибрюшного давления, а значит способствовало более быстрой ликвидации послеоперационного пареза кишечника, профилактике бронхолегочных осложнений, уменьшению болевого синдрома. После проведенных операций отмечались следующие ос-

ложнения: скопление серозной жидкости в подкожной клетчатке — 14 случаев, гематома в подкожной клетчатке — 4 случая. Проводились пункции сером под контролем УЗИ, от 2 до 6 раз, в дальнейшем наступало выздоровление. В 3-х случаях (2,8 %) возникли лигатурные свищи, что в последующие 2 месяца потребовало иссечения имплантанта.

Оперированные больные наблюдались в сроки от 1,5 месяцев до 3 лет. Рецидивов грыж нет (в том числе после иссечения имплантанта). Среднее пребывание больных в стационаре составило 9,3 койко-дней.

Поскольку стоимость имплантанта для пациентов оплачивается страховой компанией, мы стали более широко применять его по экстренной помощи.

Таким образом, наш опыт показал высокую эффективность применения имплантанта «Карбоникс-И» при ущемленных грыжах передней брюшной стенки. Недорогой, просто, многократно и быстро стерилизуемый имплантант, на наш взгляд, должен найти широкое применение в хирургических отделениях, занимающихся неотложной помощью.

ОСТОЛЬСКАЯ Г.Б., ТЕТЕРИН М.Ю., ПИМЕНОВ В.Ф.  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
г. Кемерово

## ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**А**мбулаторное лечение больных с травмами и ортопедическими заболеваниями является основным этапом, через который проходят 80 % пациентов. В структуре ведения больных амбулаторный период может неоднократно фигурировать, в начале лечения, как промежуточный этап, как заключительный этап.

Оказание экстренной первичной помощи всегда предусматривает медицинскую сортировку пациентов. Даже в тех случаях, когда показания для оперативного лечения больного однозначны, пациенту предлагается выбор (кроме операций по жизненным показаниям). Сегодня каждый травматологический и, нередко, хирургический стационар города Кемерово обладает арсеналом подготовленных специалистов и средствами современных технологий (артроскопы, металлоконструкции, аппараты внешней фиксации, эндопротезы, современные полимерные фиксирующие материалы и т.д.). Кроме того, появились стационарозамещающие технологии — центры амбулаторной хирургии, где немалый удельный вес занимает травматология и ортопедия.

Сегодня отсутствует длительная очередность на плановую госпитализацию в травматологические и ортопедические отделения. Однако талонная система создает определенные проблемы если больной уже госпитализирован, а талон востребуется «post factum», особенно если учесть, что на отделение выдается по 2-3 талона в месяц, а информацию о коде талона можно получить в отделе госпитализации день в день и с 10-ти часов утра. Кроме того, в травмпунктах нередко лечатся больные из других лечебно-профилактических учреждений, а получение талона возможно только в поликлинике по месту прикрепления полиса. И тогда необходимо записаться на прием к хирургу, к которому существует очередность.

При направлении на госпитализацию, до сих пор, при выборе учреждения, решающим фактором для больного остается стоимость лечения. Однако, ни один стационар г. Кемерово (кроме хирургического отделения дорожной больницы) не предоставил преискуранта на оперативные пособия. Поэтому больным приходится неоднократно консультироваться в различных отделениях

города, а иногда и области, в поисках лечения, стоимость которого их может устроить.

Лечение ортопедической патологии крупных суставов свелось практически к одному эндопротезированию, которое для большинства пациентов (представленному в основном инвалидами, престарелыми и сельскими жителями) совершенно нереально по финансовым соображениям. Не стоит умалчивать и о других видах оперативных пособий, так как мы лишаем больных вообще какой-либо хирургической помощи, способной облегчить их состояние. Например, для больных с гонартрозами 3-4 ст. с остаточными движениями показан артродез сустава.

Одной из проблем является отбор пациентов для предоставления оплаты дорогостоящих видов лечения, особенно для пациентов из области, которые вынуждены приезжать для консультации областного травматолога в Кемерово, записываться, ожидать день приема в течение месяца. Это вполне можно организовать на местах в крупных городах области. Очередность на оплату дорогостоящих видов лечения (эндопротезирование) составляет более двух лет.

Слабо развита система добровольного медицинского страхования, даже среди работающего населения. Страховые компании недостаточно информируют об условиях и преимуществах ДМС, а работодатели далеко не всегда заинтересованы в коллективном страховании работников. Поэтому дорогостоящее лечение ортопедической и травматологической патологии за счет ДМС пока что не вошло в систему.

За последние 25 лет не было такого всплеска в числе лиц, обратившихся за оформлением инвалидности. В сельских районах, где нет возможности трудоустройства для лиц трудоспособного возраста, пособие по инвалидности становится единственной возможностью выживания. Отсутствие возрастного ценза для освидетельствования приводит к тому, что при низких показателях здоровья населения, практически каждый пожи-

лой и престарелый человек имеет признаки инвалидности, обращается для ее оформления с предоставлением в последующем соответствующих федеральных льгот.

Мы были вынуждены регламентировать оформление направлений на МСЭК в условиях травмпункта только лицам, утратившим трудоспособность в связи с травмой и ее последствиями, уже прошедшим специализированную травматологическую МСЭК. Соответственно оформляются и индивидуальные планы реабилитации, а это перечень дополнительных видов помощи, ортопедические и протезные виды пособий, санаторно-курортное лечение, медикаменты.

Дебаты с терапевтами еще будут продолжаться и в плане показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения. Были прецеденты, приведшие к проведению расширенной КЭК главных специалистов МУ «Управление здравоохранения» для решения вопроса о возможности интенсивных видов лечения для лиц 1918 года рождения и более. Спорными стали вопросы назначения хондропротекторов, препаратов кальция и многих других в связи со льготами (имеются в виду стадии развития патологического процесса).

Врачи повторного приема стали тратить в 2-3 раза больше времени именно в связи с большим количеством документов, заполняемых и оформляемых на каждого больного (2 экземпляра льготных рецептов, ведение индивидуальных книжек по получению льготных медикаментов, планы реабилитации, новая форма статистического талона и многое другое), но нормативное время приема больного и почасовая нагрузка не изменились.

В связи с вышесказанным, необходимо уменьшить нормативы почасовой нагрузки на приеме, кроме первичного; ознакомить специалистов в поликлиниках с прейскурантами на услуги в различных ЛПУ; шире применять в условиях стационара операции паллиативного характера для пациентов определенных социальных групп.

ПЕШКОВА Е.А., ЕФИМОВА Л.Д.

*МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
Поликлиника № 10,  
г. Кемерово*

## ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И «ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ» КПК ПО ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА

**Ф**ормирование здорового образа жизни является основной задачей гигиенического обучения и воспитания уча-

щейся молодежи. Врачи студенческой поликлиники, совместно с педагогами «Центра здоровья» Кемеровского профессионально-техничес-

кого колледжа, проводят работу по медико-гигиеническому образованию студентов. Основной целью медико-гигиенического образования является сохранение и формирование физического и психологического здоровья, формирование мотивации на здоровый образ жизни, социальная адаптация учащихся в процессе профессионального обучения и профессиональной деятельности.

Приоритетными направлениями совместной работы врачей поликлиники и педагогов «Центра здоровья» являются диагностическая, профилактическая, коррекционная работа, а также работа информационно-просветительного характера.

Диагностическая работа направлена на отслеживание параметров здоровья студентов, изучение адаптации и работоспособности в условиях учебного процесса. Медицинские работники студенческой поликлиники проводят медосмотры студентов и передают данные о состоянии здоровья в «Центр здоровья» КПТК с рекомендациями по распределению учащихся на физкультурные группы для занятий физической подготовкой. Для учащихся с отклонениями в состоянии здоровья медицинскими работниками поликлиники разработаны коррекционные программы, особое внимание уделяется юношам, которым предстоит служить в армии.

Одним из ведущих направлений информационно-просветительной работы является организация и проведение на всех факультетах КПТК «Уроков и недель здоровья» с привлечением специалистов: психологов, валеологов, гинекологов, врачей Центра СПИДа, дерматологов и др.

На классных часах по валеологии проводятся анкетирование учащихся по программам «Твое здоровье», «Адаптация», «Преподаватель глазами студента», психологические тренинги, конкурсы сочинений, рефератов о здоровом образе жизни. Проведены эколого-валеологическая конференция «За чистое небо над головой», межфакультетские олимпиады.

На месячнике здоровья, который проходит каждую весну, среди студентов устраиваются конкурсы на лучшую газету, рисунок, сообщение о вреде курения, алкоголя, пользе витаминов и др. Победителям вручают сладкие призы.

КПТК обучает учащихся по специальностям швея, закройщик, портной, где основной контингент девушки-подростки, поэтому перед врачами-гинекологами встает вопрос профилактики ИППП и нежелательной беременности. Спе-

циалисты проводят уроки здоровья по гигиеническому и половому воспитанию с просмотром видеofilmов. Во время периодических медицинских осмотров проводятся индивидуальные беседы о необходимости соблюдения гигиенического режима и «половой разборчивости». Ежемесячно администрации колледжа передаются списки беременных учащихся, для решения вопроса профилактики йоддефицитных состояний у беременных за счет средств учебного заведения.

Неоценимый вклад в гигиеническое воспитание учащихся вносят фельдшеры, которые проводят как групповые, так и индивидуальные беседы, оформляют «уголки здоровья» в учебных аудиториях и на здравпунктах; контролируют озеленение колледжа; проводят мониторинг санитарного состояния учебных помещений и столовых, анализ состояния учебной мебели; совместно с преподавателями по физическому воспитанию проводят физкультурные паузы.

Ежемесячно в многотиражной газете «Колледж плюс» публикуются статьи, пропагандирующие здоровый образ жизни: «Отказ от курения», «Внимание туберкулез», «Пивной алкоголизм», «Наркотики – это яд», «Профилактика травматизма» и др.

Продолжается работа по созданию кабинета психологической разгрузки на базе «Центра здоровья» для проведения аутотренингов, музыкотерапии.

Совместно с волонтерами – учащимися Кемеровского областного медицинского колледжа, проводится анкетирование учащихся, проведены лекции: «Скажи наркотикам нет», «ВИЧ – чума XXI века».

В результате проводимой работы, отмечена положительная динамика состояния здоровья учащихся. Снизилось количество курящих студентов, что оценено субъективно по числу курящих у входа в колледж и объективно по проведенному анкетированию. Снизилось количество абортотворов по социальному фактору, с 2-х случаев в 2003 г. до отсутствия случаев в 2004 г. Увеличился процент взятия на учет по беременности до 12 недель, с 69 % в 2003 г. до 76,5 % в 2004 г. В течение двух лет не зарегистрированы случаи сифилиса. В 2004 году зарегистрирован один случай туберкулеза.

Благодаря проведенной работе, значительно вырос уровень медико-гигиенических знаний студентов.

## ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА (АД) У ДЕТЕЙ

**В** настоящее время аллергические болезни рассматривают как «группу заболеваний, в основе которых лежат состояния измененной реактивности к антигенной стимуляции» (С. Von Pirquet, 1906) или «как повреждения, вызываемые иммунной реакцией на экзоаллергены».

Можно согласиться с тем, что на первом году жизни элементы аллергического дерматита обнаруживаются в среднем у 40 % детей, на 2-м году его частота снижается до 15-20 %, в более старшем возрасте признаки «гиперчувствительности» и «раздражимости» кожи и слизистых выявляются не чаще, чем в общей популяции (т.е., не более чем у 3-10 % детей). Эта возрастная динамика уже сама по себе может свидетельствовать о гетерогенности кожной аллергии, о наличии ее транзиторной и хронической форм.

Исходя из этих определений, можно предложить две формы аллергического дерматита – атопическую и транзиторную. Но, поскольку причины атопического дерматита в какой-то степени известны, транзиторный аллергический дерматит чаще возникает в случаях морфофункциональной незрелости желудочно-кишечного тракта, легкой наследственной гипериммуноглобулинемии E, лимфатизма, преходящих нарушений в системе комплемента, недостаточности секреторного иммуноглобулина A (Sig A), гельминтозах и т.д. Стимуляция синтеза IgE в этих ситуациях также повышена, но на несколько порядков меньше, чем при атопии.

Реакции гиперчувствительности и толерантности находятся в состоянии неустойчивого равновесия, обеспечивая непостоянный характер течения процесса. Отсюда понятна и обратимость симптомов аллергического дерматита, когда к 3-6 годам созревают иммунные механизмы элиминации «чужого» и тканевые барьеры. Тем не менее, предрасположенность к аллергии у этих детей может сохраняться на протяжении всей жизни, «проявляясь» при различных экстремальных для организма состояниях, например: при стрессе, экологическом неблагополучии, болезнях или ятрогенных воздействиях, приводящих к срыву гисто-гематических барьеров.

В диагностическом плане клинические проявления аллергического дерматита у детей до 7 лет в достаточной степени неспецифичны и полиморфны, и определяются как возрастными особен-

ностями патоморфоза кожи (и других тканей), так и характером патофизиологических реакций. Большой проблемой является и выбор базисной терапии, которая зачастую бывает недостаточно эффективной. Проблемой обсуждения, например, является эффективность антигистаминных, нестероидных противовоспалительных препаратов, гормональных препаратов местного и системного применения, и в этой связи поиск альтернативной им терапии является достаточно актуальным.

*Цель исследования:* Оценить эффективность метода озонотерапии у детей с аллергическим дерматитом.

*Метод исследования:* Озон – высокоактивный химический элемент, получивший известность благодаря своей активной роли в поддержании экологического равновесия на Земле. Он предохраняет живые организмы от воздействия ультрафиолетовых лучей. Озон является аллотропной формой кислорода. При использовании его в медицинской практике он участвует во всех кислородопосредуемых процессах.

В настоящее время озонотерапия широко используется во всем мире, особенно в Германии, России, Швейцарии, Кубе, Италии, Франции, США.

Основными центрами исследования и внедрения озонотерапии в России стали Москва и Нижний Новгород. С 1994 г. действует Ассоциация российских озонотерапевтов, объединившая единомышленников этого метода во всей России, которая широко внедряет технологии озонотерапии в практическое здравоохранение.

Применение озона в практической медицине долгое время сдерживалось из-за мнения о его токсичности, сложившегося в связи с использованием высоких концентраций в промышленности. Очень важно знать, что в клинической практике концентрации озона на несколько порядков ниже токсичных, и в этом случае он действует как терапевтическое средство. В настоящее время имеются экспериментальные и клинические материалы, которые демонстрируют факты эффективного и безопасного использования озонотерапии при ряде терапевтических заболеваний.

Установлены и хорошо изучены основные механизмы лечебного действия озона: бактерицидное действие, вируцидное действие, фунгицидное действие, системно-восстанавливающее гомеостаз, восстановление кислородтранспортной функции

крови, оптимизация про- и антиоксидантных систем, восстановление микроциркуляции и периферического кровообращения, снижение свертываемости крови, стимуляция кроветворения, оптимизация метаболизма биологических субстратов — углеводов, белков, липидов (биоэнергетический, биосинтетический эффекты), активизация продукции биологически активных веществ, иммуномодулирующее действие озона (малые дозы стимулируют иммунитет, большие — подавляют, анальгетическое действие, детоксицирующее действие).

Противопоказания к проведению озонотерапии: фавизм, ранний период после различных кровотечений, все нарушения свертываемости крови, тромбоцитопения, гипертиреоз, острый инфаркт миокарда, геморрагический инсульт, острая алкогольная интоксикация, судороги в анамнезе, хронический часто рецидивирующий панкреатит, аллергическая реакция на озон.

*Объект исследования:* Нами проводилось лечение 28 детей с различными формами аллергического дерматита. Критериями включения в исследование были возраст ребенка от 3 до 10 лет; наличие диагноза «атопический дерматит» (у 11 из них), верифицированного на основании критериев M. Napifin, G. Rajka; средний возраст — 6,5 лет; среднетяжелое течение заболевания (индекс Scorad > 40 баллов, площадь поражения более 10 %); отсутствие какого-либо существенного лечебного эффекта на протяжении нескольких месяцев стандартного лечения (в лечении использовались антигистаминные препараты 2-го поколения, у детей более раннего возраста — препараты для улучшения толерантности кишечника, противовоспалительные сборы растительного происхождения, местная терапия с использованием в кремах антигистаминных препаратов и т.д., лечебные шампуни Фридерм); согласие родителей участвовать в исследовании.

Критериями исключения из исследования были прием системных и локальных ГКС; наличие обострения АД в течение 2-х недель, предшествовавших включению в исследование; наличие у ребенка на момент включения в исследование признаков вторичной бактериальной, вирусной и грибковой инфекции кожных покровов, декомпенсированных очагов хронической инфекции, заболеваний ЖКТ в стадии обострения, паразитарных инвазий.

Данным пациентам, в зависимости от возраста и выраженности аллергического процесса на коже, проводили комбинированную системную и местную озонотерапию. В среднем, курс лечения составлял 3 недели. Минимальная «сопроводительная» симптоматическая терапия проводилась у 39 % детей (11 человек). У остальных, по возможности, старались отменить принимаемые препараты. Для оценки стабильности достигнутого эффекта наблюдение за пациентами было продолжено в течение 6 недель после завершения терапии.

Эффект проводимой терапии определяли на основании формализованной оценки выраженности основных клинических симптомов АД: эритемы, отека/папулообразования, мокнутия/корок, экскориации, лихенификации, сухости, зуда, степени нарушения сна (международная шкала SCORAD).

*Результаты и их обсуждение:* Оценивая итоги исследования, пришли к заключению, что в 12 случаях (42,8 %) получен явный дополнительный клинический эффект, выражающийся со стороны кожи ( $P < 0,05$ ) исчезновением кожного синдрома (4 больных — 14 %), уменьшением площади поражения кожи по SCORAD, в среднем, на 50 % от исходного уровня ( $P < 0,05$ ); в конечном счете, у 28,8 % больных площадь поражения составляла 5 %. Кроме того, отмечалась инволюция общеклинических проявлений (по критериям SCORAD). Например, из 22 детей, имеющих зуд, нарушения сна в той или иной степени (выраженность 12 баллов), данные симптомы исчезли или явно уменьшились до 5 баллов у 16 детей (72 %) ( $P < 0,05$ ).

У 10 больных с клиническими проявлениями дисбактериоза кишечника явное уменьшение симптоматики наблюдалось в половине случаев ( $P < 0,05$ ).

Анализ материала показал, что по современным критериям оценки это были случаи не атопической конституции, а, преимущественно, с нарушением толерантности желудочно-кишечного тракта, хотя клинически «интестинальные» симптомы у этих детей были мало выраженными. Назвать эти случаи как варианты «пищевой аллергии» не представляется возможным, поскольку нет четкой связи с приемом конкретной пищи и иммунная система у них, в целом, не скомпрометирована.

Таким образом, на основании изложенных выше данных, можно сделать вывод о том, что метод озонотерапии, как лечебный, может быть использован в клинической практике. В то же время, его не следует противопоставлять существующим традиционным методам. Наоборот, в большинстве случаев необходимо и целесообразно сочетание его с другими физическими факторами или лекарственными препаратами, что будет способствовать уменьшению дозировок последних и повышению эффективности проводимого лечения. Частота проведения повторных курсов озонотерапии зависит от характера заболевания, наличия сопутствующей патологии, и может составлять 1-3 цикла в год.

Метод озонотерапии, по своей патогенетической сути, является базисным, поскольку активизирует многие обменные процессы, как на клеточном, так и на тканевом и органном уровнях, за счет усиления окислительно-восстановительных процессов. Улучшаются реологические свойства крови, увеличивается скорость смены клеточных

пластов. Данный метод достаточно безопасен при грамотном обращении, не использовался в

детской аллергологии, и его применение дает определенную перспективу.

СТАРЧЕНКОВА Н.Н., ФОМИНА О.Ю.  
Медицинская служба ГУ ФСИН по Кемеровской области

## ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКЕ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УИС И СРЕДИ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

На сегодняшний день контроль над туберкулезом является одной из ключевых задач здравоохранения. Высокая концентрация пенитенциарных учреждений в Кузбассе значительно повышает актуальность проблемы туберкулеза в нашем регионе.

Многие годы считалось, что основным источником распространения туберкулеза среди населения является уголовно-исполнительная система. Конечно, заболеваемость туберкулезом в пенитенциарной системе значительно превышает таковую в гражданском секторе: 2000 г. — в 39,6 раз, 2002 г. — в 19,9 раз, 2003 г. — в 21,8 раз, 2004 г. — в 20,1 раз.

За последние пять лет заболеваемость туберкулезом в учреждениях УИС области снизилась в 1,6 раза, а за последние 3 года несколько выросла (на 15 %). В гражданском секторе заболеваемость населения туберкулезом выросла на 23,6 %. Рост заболеваемости туберкулезом в пенитенциарной системе частично объясняется значительным снижением численности спецконтингента в учреждениях области, особенно в СИЗО. Так, в 2004 году среднесписочное число содержащихся в СИЗО снизилось, по сравнению с 2002 г., на 22,7 %, а по сравнению с 2003 г. — на 6,5 %. Среднесписочное число спецконтингента по ИК за три года снизилось на 12,1 %, а по УИС — на 13,5 %, в целом.

В общей сложности, при анализе эпидемической ситуации по туберкулезу в УИС за последние пять лет отмечается снижение заболеваемости в 1,6 раз. Заболеваемость деструктивными формами снизилась в 1,9 раза, бацилярными — в 2,3 раза.

Если рассматривать динамику заболеваемости туберкулезом в разрезе исправительных колоний и следственных изоляторов, то наблюдается следующая картина. Заболеваемость туберкулезом по ИК за последние 5 лет снизилась практически в 2 раза, за три года возросла почти на 16 %. Основными причинами высокой заболеваемости туберкулезом непосредственно в исправительных колониях являются:

1. Наличие в анамнезе неоднократных судимостей — 69,2 % среди первичных больных.

2. Высокий процент возврата в МЛС в ранние сроки: около 30 % — до года, 40 % и более — от 1 до 3 лет.

3. Около 20 % осужденных этапировались до заболевания в другие учреждения, в том числе в ИВС и соматические больницы. Переохлаждение, высокая вероятность контакта с больными туберкулезом, неудовлетворительные условия содержания в ИВС повышают риск развития заболевания.

4. В период отбывания наказания до 25 % осужденных водворялись в ШИЗО, ПКТ со строгими условиями содержания.

5. Наличие контакта с туберкулезными больными — более чем у 22 % осужденных.

6. 30 % осужденных являются группой риска по заболеванию туберкулезом, имея в анамнезе сопутствующие заболевания, наркоманию и алкоголизм.

Заболеваемость по СИЗО за три года выросла в 3,7 раза и в 2004 г. почти во столько же раз превысила заболеваемость по исправительным колониям. Однако в структуре заболеваемости туберкулезом по СИЗО подавляющее большинство составляют больные, впервые выявленные на входе, то есть неучтенные в гражданском здравоохранении.

В структуре заболеваемости туберкулезом по УИС данная категория больных в 2002 г. составила 25,6 %, в 2003 г. — 25,8 %, в 2004 г. — 28,7 %. Заболеваемость туберкулезом на входе в СИЗО в 2002 г. составила 1892,7 на 100 тыс. вновь арестованных, в 2003 г. — 2143,1, в 2004 г. — 2338,8 на 100 тыс. вновь арестованных. За три года, при снижении числа вновь арестованных почти на 10 %, заболеваемость туберкулезом среди данной категории лиц выросла на 23,6 %.

Таким образом, заболеваемость туберкулезом, зарегистрированная по следственным изоляторам, а, следовательно, и по УИС в целом, не является истинной, так как свыше 80 % больных по СИЗО и, соответственно, от 25 до 30 % больных по УИС должны быть зарегистрированы в гражданском здравоохранении. В этом случае показатели заболеваемости туберкулезом по УИС выг-

лядели бы следующим образом: в 2002 году – фактическая заболеваемость 2290,3, предполагаемая заболеваемость – 1704,2, в 2003 году – 2605,3 и 1932,1, в 2004 году – 2636,5 и 1879,1, соответственно. Таким образом, ежегодно уровень заболеваемости был бы значительно ниже (на 25-30 %).

Сегодня можно с уверенностью сказать, что пенитенциарная система, в частности, следственные изоляторы, являются серьезным барьером на пути распространения туберкулеза. Уже на входе в следственные изоляторы выявляется значительное число больных туберкулезом, в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом.

При профилактическом флюорографическом обследовании выявляемость активного туберкулеза на 1000 обследованных по СИЗО значительно выше, чем в исправительных учреждениях, по УИС в целом и по гражданскому сектору. Кроме того, в уголовно-исполнительной системе удельный вес впервые выявленного при профилактическом флюороосмотре туберкулеза органов дыхания значительно превышает таковой в здравоохранении. Как следствие, по УИС в структуре впервые выявленного туберкулеза удельный вес запущенных форм туберкулеза значительно ниже, в частности – фиброзно-кавернозного.

При этом, в 2003-2004 гг. все больные с впервые выявленным фиброзно-кавернозным туберкулезом выявлены на входе в СИЗО.

Несмотря на высокие показатели заболеваемости спецконтингента туберкулезом, распространенность последнего за последние годы снижается: за пять лет – на 38 %, за три года – на 28 %, в сравнении с 2003 годом – на 25 %. Подобная тенденция наблюдается и в гражданском здравоохранении. Значительное снижение уровня распространенности активного туберкулеза в 2004 году связано с пересмотром диспансерных групп и приведением их в соответствие с требованиями приказа № 109 МЗ РФ.

Более чувствительным индикатором эпидемиологической ситуации по туберкулезу является смертность. В то время, как в гражданском здравоохранении смертность от туберкулеза на протяжении ряда лет существенно не изменяется, по УИС с 2002 года отмечается четкая тенденция к снижению данного показателя, несмотря на существенное снижение численности спецконтингента. Таким образом, смертность от туберкулеза по УИС за три года снизилась в 3,3 раза. В результате, в 2004 году уровень смертности по УИС превысил таковой в гражданском секторе в 2,5 раза, в то время как в 2001 году он превышал его в 9,3 раз.

Выводы:

1. Заболеваемость туберкулезом в УИС Кемеровской области значительно превышает таковую в гражданском здравоохранении. Однако в структуре заболеваемости туберкулезом по УИС до 30 % составляют больные, впервые выявленные на входе в следственные изоляторы. Регистрация данной категории лиц в гражданском секторе позволила бы существенно снизить уровень заболеваемости в УИС.
2. По исправительным колониям рост заболеваемости туберкулезом происходит вследствие увеличения среди спецконтингента удельного веса группы лиц с высоким риском развития туберкулеза на фоне общего снижения численности осужденных.
3. До 96 % случаев туберкулеза в УИС выявляется при профилактическом флюороосмотре, что в два раза превышает уровень гражданского сектора. В результате, удельный вес впервые выявленных запущенных форм туберкулеза в УИС в 18,5 раз ниже, чем в гражданском секторе.
4. За последние три года уровень смертности от туберкулеза по УИС снизился в 3,3 раза, что свидетельствует об улучшении эпидемиологической ситуации по туберкулезу в целом.

---

ТЕПКИН С.Я., БЖИТСКИХ А.В., БЖИТСКИХ В.А., МАСИН А.Н., ШУЛЬГА Ф.Г.  
*Управление здравоохранения городской администрации,  
МУЗ Наркологический диспансер,  
г. Прокопьевск*

## АВТОМАТИЗАЦИЯ РАБОТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЕВЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**В** связи с социальной значимостью проблем алкоголизма и наркоманий, необходимость в активизации усилий по улуч-

шению работы в области профилактики и реабилитации таких больных имеет несомненную актуальность. Одним из важнейших направле-



ний в этой работе является оптимизация деятельности наркологических диспансеров. Поэтому коллектив авторов предпринял попытку разработки программного комплекса автоматизации деятельности наркологического диспансера.

Система разработана для сбора и обработки информации медицинского и социального характера о пациентах, находящихся под наблюдением или обратившихся за медицинской помощью в наркологический диспансер.

Программная комплексная медицинская система «Пациент-2000. Наркологический диспансер» внедрена в лечебно-профилактическом учреждении МУЗ Наркологический диспансер г. Прокопьевска в локальной вычислительной сети учреждения.

Локальная вычислительная сеть учреждения выполнена на 7 рабочих мест в диспансере и одно рабочее место в стационаре наркологического диспансера сетевым компьютерным проводом 5 категории, с использованием активного оборудования типа концентратор на 8 портов, и соединена воздушной линией связи аналогичным проводом с отделением стационара, где проводится экспертиза опьянения – одно рабочее место.

Компьютеры в локальной вычислительной сети – стандартные. Сервер на базе стандартного компьютера P-4 с увеличенной до 512 Мб памятью и жестким диском на 40 Гб. Программное обеспечение на компьютерах пользователей Windows 98-XP, на сервере Windows FoxPro 8, база данных сервера MS SQL-server 2000.

Автоматизированные рабочие места (АРМ) в локальной вычислительной сети учреждения объединены в одну программу с единым интерфейсом доступа к главному меню и главной форме.

Основные АРМ комплекса:

- АРМ регистратура, где вводятся сведения о пациенте (паспортные и специальные данные), проводится предварительная запись на прием и выдача талонов амбулаторного пациента, при необходимости, вводится дополнительная информация: семейное положение, социальные патронажи, патронажи на дому, и т.д.;
- АРМ экспертизы опьянения, где вводится информация и формируется акт экспертизы с возможностью вывода его на печать;
- АРМ лабораторной диагностики и лечения биологически обратной связью;
- АРМ учета временной нетрудоспособности пациента;
- АРМ флюорографического обследования;
- АРМ обработки талонов амбулаторного пациента;
- АРМ главного врача, имеющего доступ ко всей информации в базе данных и отчетным

формам административного и статистического учета;

- АРМ статистика имеющего доступ к отчетности и диспансерному наблюдению, временной нетрудоспособности, выданным талонам;
- АРМ настройки системы (администратор).

В базе данных хранится вся информация о пациенте: паспортная часть (Ф.И.О., фотография из паспорта, адрес, место работы, должность, серия и номер паспорта, телефон домашний и рабочий, социальный статус пациента); специальные сведения (диспансерный учет, приводы в милицию, патронаж к больному на дом и сведения о семье, патронаж социальных работников, экспертизы опьянения, специальная нумерация амбулаторной карты, по которой можно сразу определить принадлежность к статусу больного – состоит на учете как наркоман или как страдающий алкоголизмом, или состоит на профилактическом учете, или перенес острое психическое расстройство, связанное со злоупотреблением алкоголя).

При этом для лучшей идентификации этих сведений применяются и цветовые решения выделения в списке таких больных – надпись фамилий имен и отчеств выделяется по принятой в диспансере цветовой палитре, согласно категории учета.

База данных на пациентов, находящихся под наблюдением в наркологическом диспансере, заполнена в соответствии с требованиями учета больных в диспансерах наркологического типа и с добавлением идентификации пациента путем сканирования его фотографии из паспорта в регистратуре. Фотография пациента хранится все время и может быть использована в дальнейшем для печати на лицевой стороне амбулаторной карты.

При формировании первичной базы данных, критерием внесения в нее является нахождение на диспансерном и профилактическом учете как ныне живущих пациентов, так и умерших и выживших, а также потенциальных пациентов, имеющих приводы в милицию или прошедших экспертизу на наркотическое или алкогольное опьянение по требованию работников ГИБДД, администрации предприятий или по самообращению. Вся информация о пациентах записанных в базу данных, сохраняется в ней все время существования базы.

Внесенные в базу данных сведения доступны всем участникам сети и имеют открытый характер (паспортная часть) для всех медицинских работников диспансера. Сведения медицинского характера открыты только для врачей и участковых сестер, непосредственно работающих с больным. Уровень доступа пользователей к инфор-

мации определяется руководством учреждения с соблюдением прав пациентов.

Участники сети дополняют в общую базу данных сведения о лечении (кабинет БОС), выданных талонах (регистратура), проведенных экспертизах опьянения (кабинет экспертизы). Свод этих сведений можно посмотреть в выписке из амбулаторной карты, являющейся отчетным документом.

При обращении за медицинской наркологической помощью больных или их родственников, регистратор проверяет в базе данных наличие сведений о пациенте, вносит информацию о первично обратившихся, и выдает талон на прием к врачу. Талон с внесенными в него врачом данными, обрабатывается статистиком с использованием специальной программы, и становится источником данных для формирования годовой и аналитической отчетности о работе диспансера.

В системе реализованы справочники, помогающие в работе с комплексом: справочники городских предприятий, профессий, общероссийский справочник адресов, справочник международной классификации болезней 10-го пересмотра, справочники для настройки системы, справочники по приказам МЗ РФ и другие.

Отчетные формы для анализа работы с больными (о проведенных мероприятиях, численности пациентов и выборке из базы данных в виде пофамильных списков) широко представлены в программе. Отчеты реализованы в Интернет-технологии и могут быть переданы по локальным и глобальным сетям.

За время работы в МУЗ Наркологический диспансер комплекса, медицинские работники отмечают следующие прогрессивные изменения качества работы с пациентами:

- существенное снижение временных затрат на получение информации из базы данных о статусе пациента, его паспортных данных, выписки из амбулаторной карты, экспертизе опьянений и др.;
- снижение временных затрат на концентрацию информации о пациенте с целью анализа состояния здоровья и качества наблюдения;
- снижение временных затрат на ведение медицинской документации (амбулаторных карт, титульных листов), а также на улучшение эстетики вида медицинской документации;
- возможность быстрого получения статистических и аналитических отчетов за любой период времени;
- разделение труда средних медицинских работников и врачей;
- интерактивный обмен информацией о пациенте на удаленных рабочих местах.

Программная комплексная медицинская система «Пациент 2000. Наркологический диспансер» в 2004 году, на ежегодном региональном конкурсе «Инновация и изобретение года», проводимом администрацией Кемеровской области совместно с Кузбасской торгово-промышленной палатой и областным советом ВОИР, удостоена диплома I степени победителя конкурса в разделе «Информационные технологии и программные продукты в медицине».

УСОЛЬЦЕВА Т.А., КУДРЯВЦЕВА И.А., ТРУШИНА О.А., ГОРБУНОВА Е.В.,  
ОГАРКОВ М.Ю., МАКАРОВ С.А., ПЕРЕВОЩИКОВА Н.К., БАРБАРАШ Л.С.

*МУЗ Кемеровский кардиологический диспансер,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЦЕЛЕВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ Г. КЕМЕРОВО В РАМКАХ «НЕДЕЛИ ЗДОРОВОГО СЕРДЦА»

**Н**есоответствие высокого уровня заболеваемости и смертности от болезней сердечно-сосудистой системы (ССС) среди взрослых и низкие показатели заболеваемости этой патологией у подростков явилось основанием для изучения распространенности патологии ССС среди школьников 10-18 лет в г. Кемерово.

Так, с 17 по 24 января 2005 г., в рамках «Недели здорового сердца», проводился клиничес-

кий и эхокардиографический анализ выявления функциональных заболеваний сердца у подростков.

Обследованы 1573 ребенка, средний возраст  $15,6 \pm 2,8$  лет, из них 813 девочек (51,6 %) и 760 мальчиков (48,4 %).

При осмотре 418 детей (26,5 %) предъявляли жалобы на сердцебиения, перебои в работе сердца, боли в области сердца в покое и/или при физической нагрузке.

Артериальная гипертензия выявлена у 81 ребенка (5,1 %), повышенное АД (более 120/80 мм рт. ст.) зарегистрировано у 391 (24,9 %), пониженное (менее 90/60 мм рт. ст.) – у 93 подростков (5,9 %). Склонность к тахикардии (увеличение ЧСС более 90-100 ударов в минуту) и брадикардии (менее 60 ударов в минуту) выявлена у 687 детей (43,7 %) и 92 детей (5,8 %), соответственно.

Аускультативно у 91 ребенка (5,8 %) выявлены нарушения ритма, у 646 детей (41 %) заподозрен пролапс митрального клапана (ПМК).

При проведении эхокардиографии (121 исследование) лишь у 12 подростков (9,9 %) отсутствовали изменения со стороны ССС. ПМК I-II ст. с нарушением внутрисердечной гемодинамики обнаружен у 59 подростков (48,7 %), ПМК I-II ст. без нарушения внутрисердечной гемодинамики – у 29 (24 %), аномалия хордального аппарата – у 15 детей (12,4 %). Регистрировались единичные случаи пролапса трехстворчатого клапана, дополнительной мембраны в правом предсердии, изменений на аортальном клапане. У одного ребенка

впервые в жизни выявлен врожденный порок сердца: открытый артериальный проток, требующий дальнейшего хирургического лечения.

Анализ полученных данных свидетельствует о большой распространенности функциональных заболеваний сердца, повышенного уровня артериального давления среди подростков, что требует дальнейшего наблюдения и обследования этих детей в условиях Кемеровского кардиологического диспансера.

Следует полагать, что ранняя диагностика функциональных отклонений сердечно-сосудистой системы позволит предотвратить возникновение органической патологии сердца – артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, опасных для жизни нарушений сердечного ритма – во взрослом возрасте.

Является целесообразной разработка методов первичной и вторичной профилактики функциональных заболеваний сердечно-сосудистой системы у подростков, включая пропаганду здорового образа жизни, а также своевременную диагностику и коррекцию.

ХАНЧЕНКОВ Н.С., БОЛЬШАКОВА Е.В.

*Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение  
Фонда социального страхования Российской Федерации,  
г. Кемерово*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

В соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», законом Кемеровской области от 17.02.2004 г. № 7-ОЗ «О здравоохранении», распоряжением Администрации Кемеровской области от 30.08.2004 г. № 1041-р «О мерах по социальному обеспечению застрахованных лиц, пострадавших при несчастных случаях на производстве», Государственным учреждением – Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации (далее ГУ-КРОФСС РФ), совместно с Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области (далее ДОЗН КО), по согласованию со специалистами Фонда социального страхования Российской Федерации, утвержден приказ № 142/731 от 08.10.2004 г. «О лечении пострадавших непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве», в котором определен Перечень лечебно-профилактических учреждений (далее ЛПУ), отвечающих критериям требова-

ний, предъявляемых к лечению застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве.

В отработке вышеуказанного механизма приняли участие десять ЛПУ, оказывающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь.

На основании приказа Фонда социального страхования Российской Федерации № 177 от 29.07.03 г. «Об отработке механизмов взаимодействия региональных отделений Фонда, страхователей и медицинских организаций при осуществлении лечения застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве», пострадавшие после стационарного лечения направляются для реабилитации в Федеральное государственное учреждение Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Топаз» (далее ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «Топаз»). Оплата расходов на их лечение и реабилитацию осуществляется на основании договоров, заключаемых ГУ-КРОФСС РФ с ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «Топаз» и медицинскими организациями.

Одним из вариантов улучшения качества лечения пострадавших с тяжелыми травмами является перевод в специализированные ЛПУ в ранние сроки с момента травмы. В настоящее время в Кузбассе подобная схема лечения и реабилитации отработана.

Первая квалифицированная медицинская помощь оказывается в ближайшем хирургическом или травматологическом отделении, а затем пострадавший переводится на реанимобиле в специализированную клинику для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Общее количество травм в Кузбассе в 2004 году в абсолютных случаях составило 94617 и в днях — 2087691, что на 2,5 % ниже в случаях и на 2,1 % в днях, в сравнении с 2003 годом.

Доля производственного травматизма за 2004 год в общем количестве травм составила в Кузбассе 4,5 %.

Общее количество несчастных случаев на производстве в 2004 году составило 4269, из них 281 (6,6 %) — тяжелые несчастные случаи на производстве. Средняя длительность временной нетрудоспособности по травмам (форма 16 ВН): 2002 год — 21,9 дней, 2003 год — 21,9 дней, 2004 год — 22 дня.

Актуальным является проведение реабилитационного периода, эффективность которого зависит не только от его объема, но и от его своевременности.

Структура травматизма застрахованных пострадавших, пролеченных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве в 2004 году: черепно-мозговая травма — 22 человека, политравма — 32 человека, травмы верхних конечностей — 62 человека, травмы нижних конечностей — 105 человек, травмы позвоночника — 29 человек, травмы глаз — 19 человек, ожоги, электротравмы — 12 человек. Среди травм на первом месте травмы нижних конечностей.

Из 72 законченных случаев травм нижних конечностей, 25 человек (34,7 %) с травмами голени, 22 человека (30,6 %) с травмами бедра, 7 человек (9,7 %) с травмами голеностопного сустава, 11 человек (15,3 %) с переломами костей стопы, 7 человек (9,7 %) с сочетанной травмой нижних конечностей.

Исход лечения травм нижних конечностей у застрахованных: выздоровление — 54,2 % больных, 10-20 % утраты профессиональной трудоспособности (у.п.т.) — 4,2 %, 30 % у.п.т. — 9,7 %, 40 % у.п.т. — 11 %, 50 % у.п.т. — 1,4 %, 60 % у.п.т. — 5,6 %, 70-80 % у.п.т. — 5,6 %, 90-100 % у.п.т. — 8,3 %, 1 группа инвалидности — 8,3 %, 2 группа инвалидности — 5,6 %, 3 группа инвалидности — 18 %.

В результате проведенного лечения с использованием дорогостоящих и высокотехнологич-

ных видов медицинской помощи и реабилитации, 54,2 % застрахованных с травмами нижних конечностей вернулись к своей профессиональной деятельности; у 13,9 % пострадавших определены 10-30 % утраты профессиональной трудоспособности.

Из 39 выздоровевших застрахованных, 12 человек (30,8 %) прошли реабилитационное лечение в ФГУ Центре реабилитации ФСС РФ «Топаз», четверо — со сроками временной нетрудоспособности, не превышающими ориентировочные, утвержденные приказом Минздрава РФ от 21.08.2000 года.

Так, например:

Пострадавший Р., 50 лет, получил тяжелую травму «Закрытый перелом бедра. Шок I ст.» и в первый же день на реанимобиле доставлен в ФГЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров г. Ленинска-Кузнецкого (далее ФГЛПУ НКЦ ОЗШ). По медико-экономическим стандартам, срок стационарного лечения составил 45 дней. Благодаря своевременно оказанной специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, срок пребывания Р. в стационаре составил 25 дней. Непосредственно из ФГЛПУ НКЦ ОЗШ больной переведен в ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «Топаз». Срок реабилитационного лечения составил 44 дня, стоимость проведенного лечения — 41,4 тысяч рублей. Фактическая временная нетрудоспособность Р. составила 141 день при ориентировочных сроках 180-200 дней. По окончании лечения, пострадавший выписан с выздоровлением. Расходы на выплату пособия по временной нетрудоспособности Р. составили 28800 рублей.

Застрахованный М., 20 лет, получил тяжелую травму и на второй день из г. Кемерово переведен в ФГЛПУ НКЦ ОЗШ с диагнозом: «Кратковременное сдавление обеих стоп. Закрытый перелом костей правой и левой голени. Шок I ст.». По медико-экономическим стандартам, срок стационарного лечения 30 дней. Своевременно оказанная специализированная медицинская помощь позволила сократить срок пребывания М. в стационаре до 24 дней. Из ФГЛПУ НКЦ ОЗШ пострадавший переведен в ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «Топаз». Срок реабилитационного лечения составил 48 дней, стоимость проведенного лечения — 86,1 тысяч рублей. Фактическая временная нетрудоспособность М. составила 136 дней, при ориентировочных сроках 145-155 дней. По окончании лечения, пациент выписан с выздоровлением. Расходы на выплату пособия по временной нетрудоспособности М. составили 7357 рублей.

Показатели общего числа оплаченных дней по временной нетрудоспособности по страхованию от несчастных случаев на производстве и профессио-

нальных заболеваний за 2003-2004 годы практически одинаковы (2003 год – 218,0 дней; 2004 год – 214,5 дней).

Расходы на пособие по временной нетрудоспособности по страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в 2004 году составили 76263,0 тысяч рублей, в 2003 году – 65025,1 тысяч рублей.

На лечение 281 застрахованного непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве в 2004 году израсходовано 11815,1 тысяч рублей.

Производственные травмы по-прежнему приводят к огромным материальным потерям, высокому уровню инвалидности, делая эту проблему

не только медицинской, но и социально-экономической.

На сегодняшний день можно утверждать, что привлечение финансовых ресурсов Фонда социального страхования РФ помогает восстановлению трудоспособности пострадавших в результате несчастных случаев на производстве в более ранние сроки.

Необходимо отметить, что периоды реабилитации и оценки состояния трудоспособности в настоящее время не имеют четких критериев. Создание алгоритмов лечения и системы оценок качества медицинской помощи может быть фактором, повышающим качество лечения больных с тяжелой производственной травмой.

ХАТМИНСКИЙ Ю.Ф., ГУБКИН М.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## АПИТЕРАПИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

**П**од апитерапией принято понимать использование биологически активных продуктов пчеловодства (БАПП) в медицинских целях.

Апитерапия включает в себя лечение всеми БАПП – медом, пчелиной обножкой, пергой, прополисом, маточным молочком, пчелиным воском, подмором пчел, трутневым расплодом, личинками большой восковой моли, пчелиным ядом и их многообразными сочетаниями.

Апитерапия, как отрасль народной медицины, у многих народов использовалась на протяжении тысячелетий, но как направление научной медицины стала складываться только к концу XIX – началу XX столетий.

С этого же времени апитерапия стала применяться в офтальмологии. Так, в конце XIX века немецкие врачи лечили «форацином» (ампульный раствор пчелиного яда) ириты, трахому, геморрагическую глаукому.

Фонтана А.С. в 1941 году наблюдал значительное улучшение при лечении пчелиным ядом острой воспалительной и геморрагической глаукомы.

В 1948 году палестинский офтальмолог В. Мух обобщил свои пятнадцатилетние наблюдения по лечению склеритов и кератитов ревматической и герпетической этиологии препаратами пчелиного яда, и пришел к выводу о положительном влиянии этих препаратов при данных заболеваниях.

Ольга Исааковна Шершевская в 1949 году лечила ревматические ириты и иридоциклиты пчелиным ядом (в виде пчелоужаливаний). Да-

же при задних синехиях эффект наблюдался через 3-4 дня – воспалительные явления стихали.

Пчелиный яд применялся для лечения герпетических заболеваний глаз с использованием его в виде мазей «вирапина», «апизартрона», «мелитина».

Маланова Н.Л. в 1960 году сообщила о хороших результатах лечения больных кератитами, ревматическими иритами, склеритами и эписклеритами втираниями в кожу конечностей мази «Вирапин» (препарат пчелиного яда).

Кулахметьева М.Г. (1967) при лечении воспалительных заболеваний глаз с успехом использовала подкожные инъекции «Апизартрона» (препарата пчелиного яда).

В 1964 году была защищена кандидатская диссертация Максименко В.И. о лечении ядом и медом герпетических поражений глаз. При этом пчелиный мед закапывался в конъюнктивальную полость, вводился в глаз методом электрофореза с помощью электрода-ванночки, и мед закладывался за нижнее веко как глазная мазь, вследствие чего происходила пролиферация местных клеточных элементов. Улучшение от лечения пчелиным ядом и медом было получено у 39 больных из 46. Максименко В.И. с сотрудниками также сообщили о применении меда при катарактах. У большинства больных развитие катаракты приостанавливалось. В этой же клинике установлено влияние меда на прогрессирующую близорукость.

В виде электрофореза, предложенного в глазной практике Бельтюковой А.А., мед использовался для лечения заболеваний век и конъюнктивы, при кератитах и ожогах роговицы.



Колесников М.А. с сотрудниками показали, что мед эффективен при кератитах (герпетическом, гнойной язве роговицы, травматическом, туберкулезном и др.), применение его обеспечивает более раннюю эпителизацию. Ими применялась 15 %-ная сульфациловая мазь на меду и 50 %-ный мед в виде капель.

Абрамов В.Г. с сотрудниками использовали мед для консервации аутоотрансплантатов роговицы.

Помимо пчелиного яда и меда, в офтальмологии также используются и другие БАПП. Так, в 1966 году Тартаковская А.И. сообщила о применении 1 %-ной мази маточного молочка «апилака» при кератитах.

Танев Б. и Пейчев П. также сообщили в 1974 году о применении 0,5-1 %-ной мази маточного молочка в лечении глазных болезней.

Головкиным В.А. и Неделька А.Ф. успешно применены пленки с «апилаком» в лечении травматических повреждений глаз. Также Недель-

ка В.И. с сотрудниками лечили электрофорезом с маточным молочком дистрофию сетчатки и зрительного нерва.

Байдан И. с сотрудниками успешно применили прополис для лечения ожогов глаз и для асептических повязок на глазное яблоко после операций.

В 1989 году было предложено лечение прополисом герпетических конъюнктивитов и кератитов. Иванов Д.Ф. лечил водным раствором прополиса гнойные язвы роговицы.

Чемоданова Л.Е. и Ченышев З.Г. из Уфы показали, что прополис стимулирует факторы иммунитета, способствует созданию нормальной трофики, активизирует процессы регенерации ткани при всех формах кератитов.

Таким образом, биологически активные продукты пчеловодства успешно применяются в офтальмологии более 100 лет и при многих заболеваниях. Но спектр их действия до сих пор до конца не изучен. И в этом направлении офтальмологам есть, над чем работать.

---

ЧЕРНОВ М.Т., СМЕРДИН С.В., КОПЫЛОВА И.Ф.,  
БОРОВИК А.Я., ЖУЙКОВА Г.М., САЛДИНА Л.Ю.  
*Областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово*

## ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Р**аннее и своевременное выявление туберкулеза — обязательное условие, обеспечивающее возможность его излечения. Отношение к методам выявления неоднозначно. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает ведущим выявление при обращении к врачу с жалобами, подозрительными на туберкулез, с исследованием мазка мокроты на КУМ, обосновывая это экономической целесообразностью и специфичностью метода. В нашей стране традиционно отдается предпочтение профилактическим обследованиям, позволяющим выявлять самые начальные, еще бессимптомно протекающие формы, без бактериовыделения, предупреждающие их прогрессирование.

*Цель настоящего исследования* — оценка работы по выявлению больных туберкулезом (ТБ) в Кузбассе в современных условиях. Флюорография была ведущим методом выявления больных туберкулезом органов дыхания в нашей области до 90-х годов. При профилактических обследованиях выявлялось около 70 % заболевших. В период социально-экономического кризиса, в стране стало недостаточно средств для проведения высокотратных массовых флюорографических обследований населения. Охват подлежащего населе-

ния флюорообследованиями сократился с 84 % в 1986 году до 40 % в 90-е годы. Большая часть больных стала выявляться при обращении к врачам с жалобами. Одновременно, значительно вырос удельный вес запущенных форм туберкулеза среди впервые выявленных (с 5 % до 20 %).

С 2001 года в области уделено серьезное внимание повышению качества обследования на туберкулез в общей лечебной сети (ОЛС). Разработан алгоритм выявления и диагностики туберкулеза. Проведены семинары по туберкулезу для врачей ОЛС, для лаборантов по микроскопии мокроты. Открыты «кашлевые комнаты» для сбора мокроты под наблюдением среднего медицинского персонала. Организованы центры микроскопии мокроты в ОЛС. Внедрено обследование на КУБ больных, обратившихся с жалобами, подозрительными на туберкулез. Повысилась частота получения положительных результатов — с 0,3 % до 1,5 %. Полученное значение названного показателя остается еще далеко не удовлетворительным.

С 2003 года, с улучшением финансирования здравоохранения, стал пополняться парк флюорографов области, начали приобретаться современные цифровые малодозные флюорографы.

Принимаются меры для повышения роли профилактических обследований в выявлении больных.

В 2003 и 2004 гг. наблюдается положительная динамика показателей выявления больных. Улучшилась структура впервые выявленных по характеру туберкулезного процесса: снизился удельный вес деструктивных форм — с 53,6 % в 2002 г. до 45,8 % в 2004 г., в том числе фиброзно-кавернозного туберкулеза — с 7,4 % до 3,7 %, соответственно. Частота выявления запущенных форм сократилась с 20 % до 15,9 %. Охват флюорообследованиями населения области с 15-летнего возраста вырос с 42,7 % в 2002 г. до 50,4 % в 2004 г. Удельный вес больных туберкулезом органов дыхания, выявленных при флюорообследованиях, увеличился с 42,1 % в 2002 г. до 48 % в 2004 г. При этом, существенно повысился показатель заболеваемости населения ведомства департамента здравоохранения (со 114,6 в 2002 г. до 119,3 в 2003 г. и 131,1 в 2004 г. на 100 тысяч населения). Рост заболеваемости произошел за счет выявления больных с начальными формами ТБ и объясняется улучшением работы по активному выявлению заболевших. Об этом убедительно свидетельствуют данные, приведенные в нашей статье этого же сборника, посвященной анализу заболеваемости в области.

Из отдельных территорий области, наиболее выражен рост заболеваемости за счет активного выявления в районах Прокопьевском, Топкинском, Кемеровском, Юргинском, Беловском, а также в г. Белово. О неудовлетворительном состоянии активного выявления свидетельствует рост заболеваемости за счет выявления больных при обращении к врачу в районах Чебулинском, Гурьевском, Яйском, Новокузнецком, в городах Таштаголе, Анжеро-Судженске, Юрге.

Увеличение показателя выявляемости в области с 1,1 до 1,3 на 1000 осмотренных отражает привлечение к профосмотрам ранее не обследованных групп населения с повышенным риском заболевания туберкулезом. Рост показателя выявляемости произошел, преимущественно, за счет населения районов области, где он увеличился с 1,3 в 2002 г. до 1,9 в 2004 г. Количество выявленных при профосмотрах в районах больных (190 человек на 100 тысяч обследованных) значительно превысило показатель заболеваемости всего населения районов (162,4 человек на 100 тысяч обследованных). Среди городского населения наблюдается обратное соотношение: 110 и 123,6, соответственно. Это свидетельствует о дефектах в проведении работы по активному выявлению заболевших в городах, а именно, обследовании одних и тех же контингентов из года в год.

Показатели выявляемости наиболее высоки среди контингентов изоляторов временного содержания (ИВС) — 37,6 на 1000 при низком уровне охвата профосмотрами (41,9 %), среди поступающих в СИЗО — 17,0 на 1000 при 100 % охвате флюорообследованиями. Значительно выше средней выявляемость среди неорганизованного населения — 2,8. При этом, в наибольшей степени в сельских районах (от 3,2 до 6,5). Высокий уровень выявляемости туберкулеза среди названных контингентов требует повышения внимания к обследованию лиц социальных групп риска.

Каждый 2-й из впервые выявленных не обследовался рентгенофлюорографически более 2-х лет. В некоторых территориях данный показатель достигал 2/3. Во многих территориях области отсутствует учет населения, не обследованного в указанные сроки.

Изучено распределение больных с различными клиническими формами туберкулеза в зависимости от пути выявления (таблица).

**Таблица**  
**Структура заболеваемости ТБ**  
**по клиническим формам в зависимости**  
**от метода выявления ТБ среди взрослых (в %)**

	На профосмотрах	По обращаемости
Очаговый	74,5	25,5
Инфильтративный	57,3	42,7
Диссеминированный	24,8	75,2
Казеозная пневмония	8,1	91,9
Туберкулома	78,3	21,7
Кав. + фкл + цир.	10,5	89,5
Плевриты	9,7	90,3
Прочие	25,0	75,0
CV +	34,4	65,6
BK +	39,8	60,2
Всего	49,4	50,6

Как свидетельствуют полученные данные, при профилактическом обследовании выявлено преобладающее большинство больных с ограниченными формами туберкулеза: с очаговым процессом, туберкуломами, 2/3 — без деструкции и бактериовыделения.

Таким образом, в выявлении начальных форм туберкулеза велика роль профилактических обследований.

В то же время, среди больных, умерших от ТБ в течение первого года диспансерного наблюдения, почти 2/3 (63,2 %) обследовались флюорографически не более чем за 1 год до выявления. В этих случаях имело место острое прогрессирование туберкулезного процесса. Большая часть умерших до 1 года наблюдения (66,7 %) выявлена при обращении к врачам с жалобами,

подозрительными на ТБ. Следовательно, даже ежегодных профилактических обследований населения недостаточно для выявления ограниченных начальных проявлений специфического процесса. Необходимо и качественное обследование на ТБ пациентов, обращающихся с жалобами в ОЛС.

Таким образом, в 2003-2004 гг. в области наблюдается положительная динамика состояния выявления больных туберкулезом, о чем свидетельствует улучшение структуры впервые выявленных больных по характеру туберкулезного процесса. Улучшение работы по выявлению достигнуто, пре-

имущественно, активизацией профилактических обследований на ТБ.

Профилактические обследования дают возможность выявлять начальные и ограниченные процессы, но не предупреждают остро прогрессирующие формы ТБ. Следовательно, необходимо проводить качественное обследование на ТБ лиц, обращающихся с жалобами в ОЛС.

Выявление больных туберкулезом в области еще остается неудовлетворительным. Оно нуждается в дальнейшем совершенствовании с уделением особого внимания социальным группам риска.

ЧЕЧЕНИН Г.И., МАРТЫНЕНКО В.Ф., ГАСНИКОВ В.К., ЖИЛИНА Н.М.  
ГУ НИИ КППЗ СО РАМН,  
КМИАЦ,

г. Новокузнецк

НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова,  
г. Москва,

Информационно-аналитический Центр МЗ Удмуртии,  
г. Ижевск,

## ПРИОРИТЕТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ, РАЗРАБОТОК И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МУНИЦИПАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Н**а современном этапе развития общества произошло изменение образа жизни, социально-экономических условий подавляющего большинства населения нашей страны, изменилась система управления (в частности, здравоохранением), совершенствуется местное самоуправление, осуществляется переход на многоканальные формы финансирования здравоохранения, медицинскую помощь оказывают медицинские учреждения с различными формами собственности.

Необходимость разработки новых методов комплексной информационной поддержки, как фундаментальных научных исследований, так и практического здравоохранения, обусловлена переходом к новым принципам управления в территориальном здравоохранении, связанным с возрастающей сложностью задач, с одной стороны, и стремительным развитием современных информационных технологий, с другой стороны.

Последние научно-практические конференции, посвященные проблемам информационного обеспечения процессов в управлении здравоохранением и совершенствования качества оказания медицинской помощи на основе развития информатизации здравоохранения, дают возможность обозначить перспективные направления работ в области информатизации территориального здра-

воохранения. К основным перспективным направлениям научных исследований, разработок и внедрения в области новых информационных технологий следует отнести:

- определение и обоснование состава, структуры и характера информационного обеспечения процессов планирования, управления и обеспечения качества здравоохранения и медико-социального страхования;
- создание информационных ресурсов в условиях внедрения рыночных механизмов и стимулов, формирующегося рынка медицинских услуг, необходимости жесткой экономии ресурсов, четкой направленности и мотивации расходования средств;
- создание единого межведомственного пространства (совокупность информационных ресурсов, технологий их ведения и использования, информационных телекоммуникационных сетей, действующих на основе единых системных принципов и общих правил) для эффективного решения задач охраны здоровья населения;
- внедрение электронных версий основных первичных медицинских документов с учетом принципа однократного ввода в базу данных для повышения достоверности и качества информации;



- внедрение и развитие юридического статуса электронной медицинской документации в соответствии с Федеральным законом «Об электронной цифровой подписи», а также проектом закона «Об электронном документе»;
- создание и развитие систем телекоммуникационных связей, INTERNET-технологий, новых информационных технологий дистанционного обучения и телемедицины;
- создание, внедрение и развитие государственной системы стандартизации и нормативно-правовой базы в области охраны здоровья граждан России. Имеется в виду как стандартизация медицинских услуг (лечебно-диагностических, профилактических, реабилитационных, транспортных и других), так и стандартизация средств информатизации и документации в здравоохранении.

В сложной многоуровневой иерархической системе здравоохранения страны одно из ведущих место занимает муниципальное и региональное здравоохранение. Здесь сосредоточены кадровый состав и лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), оказывающие населению наиболее массовые виды медицинской помощи.

Для эффективного развития муниципального и регионального здравоохранения, повышения качества оказания медицинской помощи и эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения при резком ограничении на финансирование, значительно возрастает актуальность разработки современных информационных систем. Имеются в виду следующие системы:

- аналитические системы, разработанные с применением различных методов динамического, сравнительного, ситуационного анализа количественных и качественных показателей;
- системы доказательной медицины и телемедицины;
- системы поддержки принятия решений (СППР);
- системы искусственного интеллекта (экспертные системы);
- многоотраслевые интегрированные системы.

Необходимо также обращать особое внимание на разработку систем, не только оптимально распределяющих имеющиеся ресурсы, но и позволяющих максимально скорректировать влияние негативных внешних и внутренних факторов на объект управления.

Система охраны здоровья — это функционально организованная компонента системы жизнеобеспечения, включающая собственно систему здравоохранения, а также учреждения и службы других социальных инфраструктур, деятельность которых прямо или косвенно направлена на сохранение и развитие здоровья населения.

Здравоохранное направление не может ограничиться только одной, отдельно взятой, областью, оно должно охватывать все сферы системы жизнедеятельности человека и его системы жизнеобеспечения. Отсутствие научно обоснованной интегрированной информационной системы охраны здоровья делает проблематичными какие-либо позитивные сдвиги в данном направлении.

В стране появились территории, где информатизация здравоохранения осуществляется достаточно успешно. Это республика Удмуртия; Кемеровская, Новосибирская, Ростовская области; Приморский, Ставропольский, Краснодарский, Алтайский и Красноярский края; города Москва, Санкт-Петербург, Новокузнецк и другие. Накоплен богатейший материал, который требует глубокого анализа. К наиболее ценным информационным ресурсам территориального здравоохранения относятся:

- базы данных застрахованного населения, фрагментом которой являются данные о льготных категориях населения, для которых медицинское и медикаментозное обеспечения осуществляются с учетом назначенных им государственных льгот;
- медико-статистические базы персонифицированных данных медицинских услуг, включая услуги амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой и неотложной медицинской помощи, стоматологической помощи;
- базы финансово-экономической информации;
- базы данных по кадровому составу и материально-техническому оснащению ЛПУ;
- нормативно-справочные базы и др.

При этом должно быть обеспечено информационное взаимодействие лечебно-профилактических учреждений различного типа, страховых медицинских организаций, работающих на одной территории. Такое взаимодействие снимает многие негативные явления:

- дублирование информации о результатах обследования пациента в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях;
- отсутствие преемственности в ведении больного в лечебных учреждениях различного типа.

То есть, становится реальной возможностью сопровождения пациента на всех этапах оказания медицинской помощи, включая диспансерное наблюдение, диагностику, лечение и реабилитацию больного. Необходимость применения новых информационных технологий в целях оптимизации хранения и использования результатов диагностики и лечения больного непосредственно на рабочем месте лечащего врача обусловлена:

- появлением новых методов в диагностике и лечении, основанных на принципах доказательной медицины, в дополнение к традиционной информации о больном;

- возрастающими с каждым годом требованиями к обработке и динамическому анализу медицинской информации.

Ведение электронных версий первичных медицинских документов непосредственно лечащим врачом повышает достоверность и качество в учрежденческой базе данных в целом.

Как правило, разработанные ранее автоматизированные системы являются замкнутыми только на здравоохранение, что в современных условиях уже недостаточно актуально, так как подобные системы охватывают только один фактор, влияющий на здоровье — медицинскую помощь. Актуальность данной проблемы значительно выросла с принятием закона о местном самоуправлении, который значительно расширил права и ответственность органов местного самоуправления за создание оптимальной системы жизнеобеспечения (СЖО).

Необходимость изучения уровня общественного здоровья с системных позиций подчеркивают многие российские организаторы здравоохранения (Гаспарян С.А., Стародубов В.И. и др.), указывая, что только комплексный системный подход позволит выявить причинно-следственные связи и предложить адекватную систему охраны здоровья на основе выявленных приоритетов.

Для учета комплексного влияния на здоровье населения факторов среды обитания, образа жизни, генетических факторов необходимо создание интегрированных экспертных межведомственных систем с неперменным учетом человеческого фактора.

Примером такой разработки является автоматизированная информационная система социально-гигиенического мониторинга (АИС СГМ) г. Новокузнецка. Создание и функционирование АИС СГМ направлены на выявление причинно-следственных связей «Здоровье — Среда обитания» в рамках разработки фундаментальных проблем экологии человека и гигиены окружающей среды. После выявления причин, влияющих на уровень здоровья населения, весьма важной задачей системы охраны здоровья является оперативное руководство ситуацией, рациональное использование имеющихся ресурсов и т.п. АИС СГМ — это эффективный инструмент информационной поддержки проведения научных исследований и оперативного анализа ситуации для принятия решений руководителями здравоохранения, эколого-охранных организаций учреждений, районных, городских и региональных уровней.

Одним из важнейших моментов в разработке экспертных систем являются исследования по представлению и использованию знаний. Экспертные системы, ассимилируя знания ведущих специалистов самых разнообразных областей, игра-

ют важную роль в распространении этих знаний, в повышении квалификации пользователей, а благодаря развитию современных средств электронной связи способствуют созданию общедоступных баз знаний.

Инженерия знаний — это область информационной технологии, цель которой — превращение знаний в объект обработки на компьютере. Инженерия знаний как научное направление в настоящее время весьма активно развивается. Однако, как бы ни развивалась техника использования знаний, она не найдет применения, пока нет самих знаний. Процесс приобретения знаний — это две основные функции: извлечение информации, повышение качественного уровня и структурирование информации.

Реализация функции извлечения информации требует учета человеческого фактора. В ходе исследования реальной системы обычно приходится сталкиваться с самыми разнообразными проблемами; быть профессионалом в каждой из них одному человеку невозможно. Поэтому системный аналитик должен иметь образование и опыт, необходимые для опознания и классификации конкретных проблем, для определения того, к каким специалистам следует обратиться для продолжения анализа. Это предъявляет особые требования к интеллектуальным и профессиональным качествам, как системных аналитиков, так и экспертов и проектировщиков: обладание широкой эрудицией, раскованность мышления, умение привлекать людей к работе, умение организовать эффективную личную и коллективную деятельность, создание творческого настроя в коллективе.

Реализации функции повышения уровня качества и структурированности знаний посвящены исследования по применению методов компьютерной поддержки принятия решений. Существует очень широкий класс проблем, которые не удается свести к традиционным задачам нахождения экстремума. Не всегда удается даже априорно перечислить варианты возможных решений. В таких задачах зачастую появляются противоречивые критерии. Возникают проблемы с определением списка критериев, по которым должно быть оптимизировано решение, а также важности этих критериев относительно друг друга.

Одним из основных требований при разработке подобных систем является качественное их проектирование для обеспечения жизнедеятельности системы и совершенствования управления. Актуальность этого вопроса подтверждается работами многих отечественных и зарубежных авторов.

Новокузнецким КМИАЦ ведется разработка и внедрение интегрированной корпоративной системы управления охраной здоровья населения (ИАСУ «Здоровье») на основе:



- системной интеграции в непрерывности цикла (от изучения объекта разработки системы и технологии разработки до внедрения и функционирования ИАСУ);
- системного проектирования (в отношении к объекту, методике разработки, этапам проектирования, организации деятельности и пр.);
- системной интеграции всех обеспечивающих подсистем ИАСУ, включая человеческую подсистему;
- создания единого информационного пространства на всех уровнях и этапах разработки и функционирования системы;
- совершенствования информационного обеспечения субъектов охраны общественного здоровья, включая интегрирование показателей, распределенную обработку и использование информации;
- создания интегрированной иерархической информационной системы, охватывающей полный цикл управления, от накопления специализированных (по возможности персонифицированных) многолетних баз данных о состоянии здоровья, ресурсах здравоохранения, факторах среды обитания, социальных усло-

виях до комплексного агрегирования информации во всех подсистемах и выявления причинно-следственных связей «ЗДОРОВЬЕ – СРЕДА ОБИТАНИЯ»;

- системной интеллектуализации (разработка баз знаний и алгоритмов поддержки принятия решений в экспертных системах, с применением методов СППР).

Важным вопросом современного этапа информатизации является регламентирование порядка доступа к информационным ресурсам и порядка предоставления информации пользователям. Информационные ресурсы имеют статус государственных, и подразделяются на открытые (общедоступные) и ресурсы ограниченного доступа (отнесенные к государственной тайне и конфиденциальные), в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В заключение необходимо отметить, что информационные технологии сегодня становятся важнейшим инструментом обеспечения устойчивости развития здравоохранения и реализации государственной политики по обеспечению населения своевременной и качественной медицинской помощью.

ЧИСТЮХИН О.М., ХОМЕНКО Е.А., ПОПОВ В.В.  
*МУЗ Кемеровский кардиологический диспансер,  
г. Кемерово*

## ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАГНОЕНИЕМ ЛОЖА ЭКС

**Цель работы:** представить наш опыт ведения пациентов с нагноением ложа ЭКС.

**Материал:** В отделении кардиохирургии с 2002 по 2004 гг. пролечены 3 пациента с нагноением ложа ЭКС, что составило 0,7 % от общего числа пациентов (420 человек) за этот период. Это были мужчины 48, 55 и 74 лет, без значимых сопутствующих заболеваний и без ожирения. В двух случаях проведена первичная имплантация, в одном – плановая замена ЭКС. Признаки нагноения выявлены на 2-5 день. В двух случаях нагноение ложа ЭКС протекало в виде местной инфекции с субфебрилитетом, в одном осложнилось сепсисом.

У одного пациента (стимуляторзависимый, первичная VVI имплантация) после выявления осложнения одновременно произведено удаление всей системы ЭКС и переустановка аналогичной на противоположную сторону, что привело к повторному инфицированию нового ложа. После курса недельной санации (димексид, диоксидин) произведена санация ложа ЭКС с иссечением инфицированных тканей. Рана ушита

наглухо, оставлен резиновый дренаж на сутки. В дальнейшем проводилось пункционное промывание ложа и парентерально цефалоспорины III поколения, что позволило достичь полного заживления. Срок наблюдения составляет более двух лет.

Второму пациенту (стимуляторзависимый, первичная VVI имплантация) при выявлении нагноения производилась санация ложа из послеоперационного разреза, а затем, по мере очищения и заживления, пункционно. Недельное наблюдение не выявило признаков накопления жидкости в ложе. Больной был выписан, но поступил вновь через 2 месяца с аррозией кожи и выступающей над ее поверхностью частью ЭКС. ЭКС биполярного типа извлечен из ложа, фиксирован к передней грудной клетке лейкопластырем, что позволяло продолжить стимуляцию и санировать ложе без инородного тела (ЭКС), но в ране оставался электрод. После 10-дневного курса санации проведено извлечение системы и переустановка на противоположную сторону. Через 2 суток, при пункции ложа, получен гной. Но, учитывая неизменность кожи в области

п/о разреза, лечение производилось пункционное (димексид, диоксидин, бетадин), парентерально цефалоспорины III поколения. На 3 сутки лечения получен чистый промывной раствор, трехнедельное лечение и наблюдение не выявило признаков накопления жидкости. Выписан. Срок наблюдения составил три месяца.

У третьего пациента (плановая смена ЭКС, стимуляторзависимый) нагноение ложа осложнилось сепсисом. Учитывая наличие униполярной системы ЭКС, санация проводилась из п/о разреза, параллельно проводилось лечение сепсиса. Вопрос об удалении всей системы не ставился ввиду того, что вероятность электродного сепсиса оценена как маловероятная. После очищения раны и купирования явлений сепсиса произведена хирургическая санация ложа, удалены нежизнеспособные ткани и рубцы. Параллельно сформировано новое ложе из разреза по парастеральной линии на уровне 2-го межреберья на той же стороне. Прежний электрод тонелирован и проведен в новое ложе, а в старом он

укрыт в пределах здоровых тканей. Новый электрод не устанавливался из соображений риска развития инфекции на новом инородном теле. Заживление в новом ложе первичным натяжением. Выписан. Срок наблюдения — около года.

Таким образом, основываясь на небольшом количестве наблюдений, можно сделать некоторые *выводы*: нагноение ложа ЭКС можно вести консервативно, но только при отсутствии некротических поражений поверхности кожи. Хорошо зарекомендовал себя метод пункционного промывания, предпочтительно бетадином; создание непрерывной поточно-промывной системы ведет к образованию свища и препятствует заживлению; присутствие электрода ЭКС в очаге инфекции не исключает возможность вторичного заживления; при реимплантации ЭКС необходим предварительный длительный курс санации ложа, по возможности, при полностью эксплантированной системе; во время повторной операции желательнее использовать монофиламентный шовный материал.

ШАКИРОВА Е.А., АРТЫМУК Н.В., ГОЛУБЕВА И.М., РОЗЕНБЕРГ А.Б.

*МУЗ Городская больница № 11,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
Медсанчасть ОАО «Азот»,  
г. Кемерово*

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Р**азработка рациональных подходов к терапии гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) является одной из актуальных задач современной гинекологии (Г.Е. Чернуха, 1999; И.В. Топольская, 2002). Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении ГПЭ, отсутствует тенденция к снижению данной патологии среди женщин фертильного возраста, консервативная терапия далеко не всегда оказывается эффективной. У пациенток с гипоталамическим синдромом (ГС) гиперпластические процессы эндометрия занимают ведущее место в структуре гинекологических заболеваний и составляют 64 % (Н.В. Артымук, 2005). Сложность лечения ГПЭ у пациенток с ГС состоит в том, что назначаемая в большинстве случаев гормональная терапия усугубляет имеющиеся метаболические нарушения, проявления дислипидемии, нарушения углеводного обмена, приводит к прогрессирующей прибавке веса. Так замыкается «порочный круг», делающий в некоторых случаях патологию эн-

дометрия у больных с ГС неизлечимой консервативными методами.

*Цель исследования* — повышение эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста с гипоталамическим синдромом.

Обследованы 61 пациентка с ГС, страдающих ГПЭ, в возрасте 19-45 лет (средний возраст —  $37,4 \pm 7,3$  лет). Индекс массы тела (ИМТ) составлял  $40,5 \pm 7,9$  кг/м<sup>2</sup>, окружность талии (ОТ) —  $120,5 \pm 4,0$  см, соотношение окружности талии и бедер (Т/Б) —  $0,96 \pm 0,16$ . Критериями включения в исследование были морфологически верифицированный диагноз ГПЭ и подтвержденный на основании клинических и лабораторных данных гипоталамический синдром.

Проводилось общеклиническое и гинекологическое обследование, ультрасонография органов малого таза (УЗИ) на аппарате «Аloka-3500», работающем в реальном масштабе времени, с использованием линейного датчика частотой 3,5 МГц и трансвагинального датчика. Сос-

тояние полости и слизистой оболочки матки оценивалось с помощью жидкостной гистероскопии, производимой с помощью жесткого 7 мм гистероскопа фирмы «Olimpus». Лапароскопия проводилась по стандартной методике, с помощью 10 мм лапароскопа «Olimpus».

С целью исследования гормонального статуса проводилось определение уровня гормонов крови: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), индекса ЛГ/ФСГ, пролактина, эстрадиола, тестостерона, кортизола, ДЭАс на 5-6 день менструального цикла у женщин с сохраненным менструальным циклом, прогестерона – на 21-22 день цикла, лептина, инсулина.

Сочетание ГПЭ с фибромиомой тела матки имело место у 24,6 % пациенток, аденомиозом – у 24,6 %, кистозным изменением яичников – у 16,4 % пациенток. Рецидивирующее течение ГПЭ, неэффективность проводимой ранее гормонотерапии (ригевидон, три-регол, норколут) наблюдалось у 34,4 % больных.

С целью лечения ГПЭ 13 женщин (21,3 %) получали комбинированные эстроген-гестагенные препараты (I группа), в 29 случаях (47,5 %) назначали гестагены (II группа), в 7 случаях (11,5 %) – антигонадотропины (III группа), в 12 случаях (19,7 %) – агонист гонадотропин-релизинг гормона ГнРГ бусерелин в дозе 3,75 мг внутримышечно 1 раз в 28 дней (IV группа). Пациенткам IV группы проводилась патогенетическая терапия гипоталамического синдрома. Основой лечения является терапия, направленная на снижение массы тела: субгипокалорийная диета, которая назначается в сочетании с сиофором (метформин) в дозе 1000-1500 мг в сутки, лечебная физкультура.

У женщин I группы частота рецидивов через 3 месяца после лечения составила 30,8 %, II группы – 41,4 %. У всех пациенток III и IV групп отсутствовали рецидивы заболевания. Почти у всех обследованных I-III групп отмечено увеличение массы тела: в I группе на  $4,5 \pm 1,8$  кг, во II группе на  $6,4 \pm 2,2$  кг, в III группе на  $10,4 \pm 3,1$  кг ( $p < 0,05$ ).

Пациентки IV группы, на фоне проводимой комплексной терапии, отмечали улучшение общего самочувствия, стабилизацию артериального давления, снижение массы тела, в среднем, на  $5,0 \pm 2,2$  кг. При динамической трансвагинальной эхографии наблюдались атрофические изменения эндометрия, у женщин с миомой матки отмечался существенный регресс миоматозных узлов. Побочных эффектов действия препарата бусерелин не зарегистрировано.

Таким образом, комплексный подход к лечению ГПЭ у пациенток репродуктивного возраста с гипоталамическим синдромом является наиболее эффективным. Основу лечения должна составлять терапия, направленная на редукцию массы тела, включающая диетотерапию в сочетании с фармакотерапией (сиофор, метформин), лечебную физкультуру. Применение препарата бусерелин у данной категории больных позволяет достичь наиболее оптимальных результатов: исчезновения клинических проявлений ГПЭ, улучшения качества жизни пациенток, отсутствия значимых побочных реакций. Использование комбинированных эстроген-гестагенных препаратов и прогестинов, а также антигонадотропинов приводит к неблагоприятному влиянию на обменные процессы.

ШВЕЦОВА Н.М., ЖЕЛОВСКАЯ О.Ю., ПУТИНЦЕВА А.Ю., ИСАКОВА Л.Ю.  
МУЗ Специализированный дом ребенка № 1,  
г. Кемерово

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ДОМЕ РЕБЕНКА № 1

**В** условиях Специализированного дома ребенка № 1 воспитываются дети-сироты, дети-инвалиды, социальные сироты. Ранняя депривация приводит к недоразвитию тех или иных психических функций. Если ребенок не получит педагогическую помощь в чувствительные сроки, последствия могут оказаться необратимыми. Поэтому большое значение имеет своевременная организация коррекционно-педагогической работы. Одна из самых эффективных возможностей преодоления отставания в психомоторном развитии – интенсивная, эмоциональная, сенсорная и познава-

тельная стимуляция детей с самого раннего возраста.

В соответствии с новыми представлениями о развитии детей первых месяцев и лет жизни, работа невролога, учителей дефектологов, педагога-психолога, музыкального руководителя и воспитателей направлена на удовлетворение потребностей каждого ребенка.

Современные методы дифференциальной диагностики позволяют своевременно выявить отклонения в развитии. Это способствует обеспечению ребенку индивидуального подхода в оказании коррекционно-педагогической помощи, нап-

равленной на преодоление имеющихся недостатков, предупреждение и профилактику вторичных отклонений.

Структура деятельности специалистов включает следующие блоки: диагностический, коррекционно-развивающий, образовательный, воспитательный, лечебно-профилактический.

Учителя-дефектологи являются одними из ведущих специалистов, осуществляющих коррекционную работу в доме ребенка. Они проводят с детьми индивидуальные и подгрупповые занятия по ознакомлению с окружающим миром и развитию речи.

Структура коррекционно-развивающих занятий учителя-дефектолога состоит из работы над развитием общей и мелкой моторики, формирования элементарных графомоторных навыков, сенсорного воспитания, куда включаются развитие зрительного восприятия и развитие слуховых функций, формирования предметной деятельности, формирования коммуникативных навыков.

Профессиональная работа педагога-психолога в специализированном доме ребенка базируется на следующих принципах: семейно-центрированный, междисциплинарный вид командной работы, уважение к личности и партнерство во взаимодействии с детьми и взрослыми, открытость запросам, конфиденциальность полученной информации.

Такая направленность педагога-психолога подразумевает взаимодействие, как с детьми, так и с людьми из его ближайшего окружения: ухаживающим персоналом, родителями, опекунами и т.д. В этом направлении работа педагога-психолога заключается в выяснении причин нарушений во взаимоотношениях между взрослыми и детьми и оказании своевременной помощи.

Следующее направление в деятельности педагога-психолога — это работа с детьми. Среди вос-

питанников значительный процент составляют дети с невротическими и невротоподобными расстройствами, нарушениями поведения, аутическими проявлениями, у многих детей имеются черты эмоциональной незрелости. Поэтому объект исследования педагога-психолога — это личностная особенность детей.

Ребенку с задержкой психоречевого развития необходимо постоянное сотрудничество, когда взрослый шаг за шагом ведет его по «ступеням развития», раскрывая потенциальные возможности маленького человека.

Основная цель коррекционной и профилактической работы с детьми раннего возраста — через создание зоны ближайшего развития способствовать психическому и личностному росту ребенка.

В соответствии с этой целью, содержанием коррекционно-профилактической работы являются формирование у детей самооценки и «образа Я», способствование уверенности в себе и развитие самостоятельности, развитие способности ребенка к эмпатии и сопереживанию, развитие навыков социального поведения, формирование позитивного отношения к сверстникам, помощь ребенку почувствовать себя защищенным.

Коррекционно-профилактические занятия проводятся в индивидуальной и групповой форме, с применением игра-терапии, сказка-терапии, арт-терапии (рисование, лепка), кукольного театра, книга-терапии.

Единый подход специалистов к консультированию и диагностике, планирование индивидуальной программы лечебно-профилактической и коррекционно-педагогической работы в доме ребенка являются показателем эффективной реабилитации в сенсорном развитии, в формировании коммуникативных навыков, в предметной деятельности и в развитии речи.

ШИБАИНКОВА А.Б., ЕВГЕНОВА О.В., ЗУЕВА К.В.  
МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. М.Н. Горбуновой,  
Поликлиника № 10,  
г. Кемерово

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРОТЕРАПИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПОЛИКЛИНИКИ № 10 (СТУДЕНЧЕСКОЙ)

**Б**лезни органов дыхания (БОД) в структуре заболеваемости в дневном стационаре составляют в течение последних пяти лет более трети всех случаев (2000 г. — 45,3 %; 2001 г. — 42 %; 2002 г. — 43 %; 2003 г. — 30 %; 2004 г. — 31 %).

Среднее пребывание на койке больных с БОД в 2000-2003 гг. составило 8,8-9 дней. Ос-

новная часть пациентов имела легкую и среднюю степени тяжести заболевания. Анализ амбулаторных карт показал, что все больные получали адекватную инфузионную, пероральную терапию и неспецифическое дополнительное лечение (ФТО, ЛФК, фитотерапия, массаж). При анализе исходов лечения выявлено, что при таком сроке нетрудоспособности и массивной терапии



оставался большой процент пациентов, выписанных всего лишь с улучшением в состоянии, а не с выздоровлением, как должно быть в случаях с острой патологией дыхательных путей. Частота побочных эффектов от в/в инфузий эуфиллина и системных ГКС в виде головокружений, головной боли и сердцебиения у пациентов с бронхиальной астмой составляла 28 %. Затраты поликлиники на лечение одного пациента по традиционной схеме составили, в среднем, 580 рублей.

В 2004 г. принято положение о внедрении в поликлинике современных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний дыхательных путей. С января 2004 г. в дневном стационаре пациентам с БОД проводится небулайзотерапия бронхолитиками, мукоурегуляторами и ГКС, в соответствии с рекомендациями «Руководства по рациональной фармакотерапии заболеваний органов дыхания» Всероссийского научного общества пульмонологов. Ингаляции проводятся на небулайзере с помощью индивидуальных для каждого пациента распылителей, последующая обработка — по стандартной методике в специально приобретенном паризаторе.

При анализе показателей работы дневного стационара за 2004 год, в сравнении с предыдущими годами, выявлены следующие преимущества использования небулайзотерапии:

- уменьшение среднего койко-дня до 8,4-8,9 дней, в зависимости от заболевания;
- удобство неинвазивной методики введения лекарственных препаратов, быстрое наступление эффекта, возможность введения больших доз

- препаратов без системного воздействия на организм, отсутствие побочных эффектов лечения;
  - увеличение количества пациентов, выписанных с выздоровлением — до 62,8 %;
  - снижение затрат поликлиники на лечение одного пациента до 288 рублей;
  - сокращение ежедневного времени пребывания пациента в поликлинике — с 3,5 часов до 2-х часов;
  - возможность одновременного посещения пациентами занятий во время лечения;
  - возможность использования небулайзотерапии на базе дневного стационара амбулаторными пациентами с БОД по направлению участкового терапевта или ЛОР-врача;
  - возможность быстрого оказания эффективной экстренной помощи пациентам с бронхиальной астмой, что снижает частоту их госпитализации в дальнейшем на дневной стационар;
  - освобождение коечного фонда для лечения пациентов с другой терапевтической, неврологической и эндокринной патологией, что уменьшило очередность плановой госпитализации на дневной стационар, в среднем, до 2-х дней.
- Таким образом, небулайзотерапия является оптимальным способом лечения больных с заболеваниями дыхательных путей.

Учитывая полученные результаты, планируется дальнейшее использование ингаляционной терапии с помощью небулайзера на базе дневного стационара, а также популяризация данного метода в домашних условиях, обучение пациентов технике ингаляций и правилам обработки небулайзера.

ЮРМАЗОВ Н.Б., ФИЛЬКОВ В.П.

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
Кемеровская областная клиническая больница,  
г. Кемерово*

## ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМОЙ КОСТЕЙ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

Успехи отечественной челюстно-лицевой травматологии в последние годы связаны с разработкой и внедрением в клиническую практику устройств для остеосинтеза костей лица на основе сплавов титана. Клиника челюстно-лицевой хирургии КОКБ является одной из первых в России, которая с 1995 года начала внедрение инновационных технологий при лечении травм костей лицевого черепа. Постоянно совершенствуя их, разрабатывая свои методы и подходы, сотрудники клиники добились ста-

бильных результатов снижения послеоперационных осложнений, сокращения сроков лечения больных в стационаре.

За этот период накоплен опыт лечения 730 больных, которым проведено хирургическое лечение при травмах костей лица самого различного характера и локализации, выполнены реконструктивные и костнопластические операции приобретенных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области с использованием на костных конструкций из титана.



В этой связи необходимо подчеркнуть, что внедрение инновационных технологий требует определенных материальных затрат, связанных с приобретением сертифицированных высокотехнологичных конструкций и инструментария. Эта проблема успешно решается при полной поддержке и взаимопонимании администрацией больницы потребностей клиники.

Внедрение инновационных технологий оправдано увеличением количества пострадавших с травмами костей лицевого скелета, утяжелением характера повреждений, высоким процентом осложнений, которые возникают после применения устаревших и традиционных методов хирургического лечения. Кроме того, возникает естественное желание выйти на уровень, ставший обычным для европейских клиник.

Наибольшее число больных, которым применяли остеосинтез титановыми конструкциями, это пострадавшие с переломами нижней челюсти — 525 чел. Для остеосинтеза использовали минипластины, которые фиксировались на поверхности кости винтами. В результате накостной фиксации, достигалась высокая стабильность закрепления отломков, позволявшая обходиться без каких либо способов дополнительной иммобилизации на весь период консолидации кости.

С помощью титановых минипластин стало возможным выполнение остеосинтеза доступом со стороны полости рта, что позволило избежать разрезов на коже лица. А это уже в полной мере отвечает требованиям эстетической хирургии лица.

Как показал наш клинический опыт, остеосинтез титановыми конструкциями явился методом оптимального выбора для лечения высоких и внутрисуставных переломов мыщелкового отростка нижней челюсти.

Таким образом, применение новых технологий остеосинтеза переломов нижней челюсти позволило снизить число гнойно-воспалительных осложнений более чем в 2 раза (6,6 %), по сравнению с традиционными методами хирургического лечения (шов кости проволокой, стальной спицей, сочетание шва и спицы), где они достигали 15,2 %.

Инновационные технологии нашли широкое применение при хирургическом лечении травм средней зоны лица, при реконструкции скулоглазничного комплекса и костей носа. Для этих целей в клинике применяются сетчатые титановые пластины, мини- и микропластины, микро- и минивинты, позволяющие надежно, с минимальной травмой, фиксировать в правильном положении тонкие костные структуры, а также проводить контурную пластику и замещение возникших в результате травмы костных дефектов стенок орбиты, верхнечелюстной и лобной пазухи. Удельный вес этой категории больных достаточно высок — 25,1 % (183 чел.). Хочется подчеркнуть, что более

10 лет назад проблема реабилитации этой категории больных решалась путем использования никелид-титановых устройств, которые не нашли широкого применения в клинике, или использованием устаревших методик оперативного лечения, не отвечающих современным требованиям челюстно-лицевой хирургии, обеспечивающих положительный результат лишь у 62-75 % пострадавших.

В настоящее время в клинике челюстно-лицевой хирургии КОКБ применяются технологии замещения дефектов дна и стенок орбиты имплантатами, изготовленными из сетчатых титановых конструкций, а также пористыми никелид-титановыми имплантатами, каждый из которых имеет свои достоинства и свои недостатки, и показания к применению. Успешно решается проблема реконструктивного лечения неправильно сросшихся переломов скулоглазничного комплекса на уровне ведущих клиник России. Клинические наблюдения, проведенные в течение последних 10 лет, доказали, что хорошие функциональные и эстетические результаты в результате внедрения новых технологий достигнуты у 92 % больных при лечении травм средней зоны лица.

В конце необходимо остановиться на еще одной категории больных, требующих применения новых инновационных технологий хирургического лечения — это пациенты с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями костей лица и челюстей, а также лица, требующие полной реабилитации после проведенных костнопластических операций на нижней челюсти.

Успешное применение имплантатов крупных суставов в ортопедии и травматологии дали основание для разработки и использования имплантатов мыщелковых отростков нижней челюсти из титана. Имея опыт применения эндопротезов мыщелкового отростка из никелида-титана, которые впервые применил Ф.Т. Темерханов (1985), в нашей клинике успешно выполнены 2 операции замещения рассосавшихся головок мыщелкового отростка титановыми эндопротезами (2002-2004 гг.). Хорошие отдаленные результаты клинических наблюдений, отслеженные в течение 9 и 24 месяцев, позволяют надеяться, что эти технологии в дальнейшем будут широко применяться при лечении оскольчатых переломов мыщелкового отростка нижней челюсти и анкилозах височно-нижнечелюстного сустава.

В настоящее время реконструкция нижней челюсти с помощью костных аутоотсплантатов прочно вошла в лечебную практику нашего лечебного учреждения, и применяется после удаления доброкачественных опухолей, при замещении дефектов на почве травматических и одонтогенных остеомиелитов. Но после реконструкции нижнечелюстной кости, в полости рта возникают неблагоприятные условия для последующего зубного

протезирования. Одним из перспективных направлений в ортопедической реабилитации этой группы больных является несъемное протезирование на винтовых титановых остеоинтегрированных деталях имплантатах, которые в течение последних пяти лет широко применяются в нашей клинике для замещения дефектов зубных рядов.

В 2002 году в клинике успешно проведена операция установки 4-х денгальных имплантатов в костный аутотрансплантат нижней челюсти. Через 4 месяца на имплантаты установлен несъемный керамический протез, которым пациентка успешно пользуется. Отдаленные результаты прослежены в течение года. Это клиническое

наблюдение показывает пример полной реабилитации больного после замещения дефекта нижней челюсти костным аутотрансплантатом.

Таким образом, инновационные технологии при оказании специализированной помощи больным с травмой костей лица и челюстей нашли достаточно широкое применение в клинике челюстно-лицевой хирургии Кемеровской областной клинической больницы. Об их эффективности убедительно свидетельствует снижение числа послеоперационных осложнений, улучшение функциональных и эстетических результатов лечения, возможность полноценной реабилитации больных после перенесенной травмы.

ВОРОНИНА Е.А., ШИН А.П., ВЛАСОВА В.В.  
*Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области,  
Кемеровская областная клиническая больница,  
г. Кемерово*

## ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

**Р**анняя диагностика, своевременное лечение гинекологических заболеваний у юных пациенток способствуют выполнению стратегической задачи – сохранению репродуктивного здоровья девочек.

Приказом ДОЗН АКО № 2 от 06.01.98 г. «О дальнейшем развитии перинатальной службы и службы планирования семьи в области» на базе гинекологического отделения ГУЗ КОКБ были выделены 10 коек для госпитализации девочек в возрасте до 18 лет, проживающих в г. Кемерово и северных территориях области. Данное решение было продиктовано недостаточным уровнем оказания стационарной гинекологической помощи детям и подросткам в Кемеровской области.

Основная задача созданного подразделения, развернутого в крупной многопрофильной больнице с современным диагностическим и хирургическим оборудованием – оказание специализированной помощи девочкам с гинекологической патологией и осложнениями беременности и родов.

За период 1998-2004 гг. в гинекологическом отделении ГУЗ КОКБ на обследовании и лечении находились 557 девочек. Территориальная структура госпитализированных девочек относительно стабильна и, по итогам 2004 г., представлена следующим образом: сельские жительницы – 38,6 %, жительницы городов области – 27,7 %, жительницы г. Кемерово – 33,7 %.

Среди возрастных групп пациенток гинекологического стационара преобладающее большинс-

тво составили подростки: I группа (от рождения до 10 лет 11 месяцев 29 дней) – 9,7 %; II группа (от 11 лет до 14 лет 11 месяцев 29 дней) – 32,5 %; III группа (от 15 лет до 17 лет 11 месяцев 29 дней) – 57,8 %.

В гинекологическое отделение в плановом и экстренном порядке поступали девочки с ювенильными кровотечениями, воспалительными заболеваниями гениталий, пороками развития матки и влагалища, генетическими аномалиями, нарушениями функции яичников различного генеза, опухолями и опухолевидными образованиями яичников, травмами и инородными телами влагалища, а также для прерывания беременности по медико-социальным показаниям.

В структуре гинекологической патологии можно выделить три большие группы: девочки с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов (20,7 %), нарушением менструального цикла (36,6 %) и направленные на прерывание беременности (17,7 %).

Нозологическая структура остается стабильной и, по итогам 2004 года, представлена:

- Нарушения менструального цикла по типу маточных кровотечений (N92.2) – 24,4 %;
- Невоспалительная болезнь яичников (N83.0, N83.1, N83.5) – 12,2 %;
- Доброкачественные новообразования яичников (D27) – 4,9 %;
- Сальпингит (N70.0, N70.1) – 4,9 %;
- Воспалительная болезнь матки (N71.1) – 6,1 %;

- Вульвовагинит острый и хронический (N76.0, N76.1) – 9,7 %;
- Врожденные аномалии развития половых органов (Q50, Q56) – 7,3 %;
- Медицинский аборт (O04) – 17,7 %;
- Травмы половых органов (S30) – 1,2 % и др.

Комплексное обследование и лечение девочек проводится в соответствии с методическими рекомендациями Российского центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Лабораторно-диагностическая база ГУЗ КОКБ позволяет проводить детям УЗИ, КТГ, ЭЭГ, гормональное обследование, определение инфекций, передаваемых половым путем, методами ПЦР и ИФА, развернутую гемостазиограмму и т.д. По показаниям, девочки консультируются детскими гематологом, невропатологом, нефрологом, эндокринологом и т.д.

С 1995 г. в гинекологическом отделении внедрены оперативные вмешательства лапароскопическим доступом и диагностическая вагино-, гистероскопия. В 1997 г., по федеральной программе «Безопасное материнство», был получен комплекс лапароскопического оборудования, что позволило проводить эндоскопические операции у девочек независимо от оказания оперативной помощи взрослым пациенткам и оптимизировать этапное хирургическое лечение с соблюдением принципов проведения органосохраняющих оперативных вмешательств.

Оперативная активность у девочек в 2004 г. составила 47,6 %, при общей оперативной активности по отделению 74,1 %. Доля операций, проведенных эндоскопическими методами, у девочек значительно выше, чем в целом по отделению (65 % против 25,6 %). Наибольшее количество оперативных вмешательств у девочек проводится по поводу опухолей и опухолевидных образований гениталий – 38,9 %, далее следуют операции по прерыванию беременности – 25,9 %, по поводу пороков развития гениталий – 3,7 % и т.д.

Наиболее сложными являются операции по коррекции аномалий развития гениталий. С 1997 г. в отделении внедрена методика двухэтапного брюшинного кольпопоза по Адамян Л.В. при агенезии матки и влагалища (синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера) и тестикулярной феминизации. Данная операция по социальным и физиологическим причинам проводится, как правило, позднее 18 лет и требует тщательной послеоперационной реабилитации. К настоящему времени успешно прооперированы 11 пациенток. В одном случае послеоперационный период осложнился перфорацией ампулы прямой кишки, что потребовало наложения колостомы. Через 6 месяцев одновременно были проведены восстановление целостности толстой кишки и кольпопоз фрагментом подвздошной кишки.

Внедрение видеовагиноскопии позволило проводить диагностику и извлечение инородных тел влагалища без повреждения девственной плевы. Данная патология встречается преимущественно у девочек дошкольного возраста. Инородными телами были бусинки, пластмассовые шарики, кусочки ткани, шпильки.

В послеоперационном периоде и при воспалительных заболеваниях гениталий широко используются методы аппаратной физиотерапии, ЛФК и массаж.

При выписке все девочки, живущие половой жизнью, получают рекомендации по современным методам контрацепции.

Помимо стационарного лечения девочек, за 2000-2004 гг. было проведено 2055 внутрибольничных консультаций пациенток из отделений детской нефрологии, гематологии, неврологии и раннего детства. Гинекологическая патология была выявлена у 58,9 % детей, преимущественно, вульвовагинит (32,6 %) и нарушения менструального цикла (10,9 %).

В 2005 году, на базе поликлиники ГУЗ КОКБ, организован амбулаторный прием детского гинеколога с целью оказания консультативной помощи девочкам-подросткам и организации целенаправленного динамического диспансерного наблюдения.

Правильная организация стационарной помощи девочкам с гинекологической патологией имеет огромное значение, так как несвоевременная и некачественная помощь неизбежно приводит к тяжелым нарушениям репродуктивной системы юной пациентки.

Анализ проведенной работы выявил ряд проблем, требующих принятия организационных решений:

1. Планово-экономические показатели работы 10 детских коек гинекологического отделения КОКБ выполняются на 30-40 %.
2. Акушеры-гинекологи амбулаторно-поликлинической сети недостаточно активно направляют девочек в специализированное отделение для проведения обследования и лечения.
3. Акушерами-гинекологами на территориях часто не выполняются рекомендации детских гинекологов КОКБ и Кемеровского областного перинатального центра.
4. Между детскими гинекологами КОКБ, Кемеровского областного перинатального центра и территорий области нет должной преемственности в диспансеризации девочек с хронической гинекологической патологией.

Выводы:

1. В ГУЗ КОКБ создана современная база стационарной детской гинекологической помо-



- 
- щи, что позволяет не направлять детей со сложной гинекологической патологией на лечение за пределы Кемеровской области.
2. Дальнейшее развитие детской гинекологии в Кемеровской области требует создания специализированного центра, в который будут входить стационар, консультативный прием и регистр девочек с гинекологической патологией.
  3. Главным акушерам-гинекологам городов и районов области следует уделять больше внимания организации и развитию детских и подростковых гинекологических приемов.
- 



Кемеровская областная научная медицинская библиотека  
представляет список литературы по теме:

## НЕ БОЛЕЙТЕ, ДОКТОР! (ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ)

*Из ветвей умственного труда  
профессия практического врача -  
самая тяжелая и пагубная.  
Ф.Ф. Эрисман.*

1. Аллергия к латексу у медицинских работников /А.Г. Чучалин, О.С. Васильева, Г.А. Казакова и др. //Пульмонология. - 2001. - № 4. - С. 14-19. - Библиогр.: 19 назв.
2. Винокур, В.А. Клинико-психологические характеристики синдрома профессионального "выгорания" у врачей /В.А. Винокур, О.В. Рыбина //Новые С-Пб. лечеб. ведомости. - 2004. - № 1. - С. 73-75. - Библиогр.: 5 назв.
3. Баке, М.Я. Риск влияния химического фактора на здоровье стоматологов /М.Я. Баке, Б.В. Аулика, И.Ю. Лусе //Гигиена и санитария. - 2002. - № 4. - С. 29-30. - Библиогр.: 18 назв.
4. Бельская, Н.А. Меры профилактики и защиты медицинского персонала от инфекций. Гепатиты /Н.А. Бельская, Ф.В. Карапетян. - М.: Мед. вестн., 2004. - 64 с. - (Прилож. к журн. "Сестринское дело") (Шифр ОНМБ 616.36-002-084 Б-442).
5. Бородулин, Б. Туберкулез у медицинских работников /Б. Бородулин //Врач. - 2003. - № 8. - С. 14-15. - Библиогр.: 3 назв.
6. Вирусный гепатит В как профессиональная болезнь медицинских работников /Л.Н. Берглезова, И.Г. Еремин, Т.В. Вацелеева и др. //Журн. Микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. - 2000. - № 3. - С. 111-112.
7. Гурылева, М.Э. Оценка качества жизни медицинских работников с помощью опросника ВОЗ КЖ-100 /М.Э. Гурылева, М.Л. Добровольская, Л.В. Хузиева //Пробл. упр. здравоохран. - 2002. - № 5. - С. 76-78. - Библиогр.: 12 назв.
8. Зодионченко, В. Артериальная гипертония у врачей /В. Зодионченко, Ю. Ливандовский //Врач. - 2001. - № 11. - С. 45-46.
9. Иванова, Л.Ю. Оценка медицинскими работниками профессионального риска заражения ВИЧ-инфекцией /Л.Ю. Иванова //Инфекции, передаваемые половым путем. - 2002. - № 1. - С. 43-46.
10. Изучение профессионального стресса у врачей-стоматологов /Л.И. Ларенцова, Ю.М. Максимовский, М.И. Пчелкина и др. //Рос. стоматол. журн. - 2004. - № 1. - С. 36-37. - Библиогр.: 6 назв.
11. Информационное письмо о состоянии профессиональной заболеваемости у работников здравоохранения /Мин. Здравоохран. РФ, Федер. Центр Госсанэпиднадзора //Врач. - 2001. - № 5. - Прилож. к журн.
12. Ковалева, Е.П. Профилактика внутрибольничных инфекций у медицинского персонала /Е.П. Ковалева //Эпидемиол. и инфекц. бол. - 2000. - № 5. - С. 17-20.
13. Корнеев, Ю. Как лечить, когда сами болеем?: Пришло время создания отраслевого регистра состояния здоровья медицинских работников /Ю. Корнеев //Мед. газ. - 2002. - 6 дек. - С. 11.
14. Королева, Е.П. Состояние неспецифической антиинфекционной резистентности медицинских работников /Е.П. Королева, Б.В. Трунов //Мед. труда и пром. экология. - 2002. - № 12. - С. 21-27. - Библиогр.: 3 назв.
15. Косарев, В.В. Профессиональные заболевания медицинских работников /В.В. Косарев. - Самара: Перспектива, 1998. - 200 с. (Шифр ОНМБ 613.62 : 614.2 К-71).
16. Ларенцова, Л.И. Профессиональный стресс и синдром эмоционального выгорания /Л.И. Ларенцова, Е.Д. Соколова //Рос. стоматол. журн. - 2002. - № 2. - С. 34-36. - Библиогр.: 12 назв.
17. Левшин, В.Ф. Курение среди медицинских работников /В.Ф. Левшин, Н.В. Шутикова //Пробл. упр. здравоохран. - 2003. - № 6. - С. 87-90. - Библиогр.: 7 назв.
18. Мезенова, Н.И. Организация работы руководителя сестринской службы по профилактике общих и профессиональных заболеваний у медицинских работников /Н.И. Мезенова, А.Р. Белявский, С.В. Лапик //Гл. мед. сестра. - 2004. - № 6. - С. 83-90.
19. Полунина, Н. Особенности заболеваемости врачей в современных социально-экономических условиях /Н. Полунина, Е. Нестеренко, В. Мадьянова //Главврач. - 2004. - № 4. - С. 56-65.
20. Ракицкене, Ю. Профессиональное заражение ВИЧ. Медицинские работники и профилактика ВИЧ /Ю. Ракицкене, Т. Барковска, С. Чаплинскас //Журн. Микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. - 2000. - № 4. - С. 73-74.
21. Решетова, Т.В. Не болейте, доктор!: Метод. рекомендации для больного врача по организации психологической поддержки /Т.В. Решетова //Новые С-Пб. лечеб. ведомости. - 2003. - № 1. - С. 94-96.
22. Сагдеева, Е.Т. Состояние здоровья врачей ультразвуковой диагностики /Е.Т. Сагдеева //Казан. мед. журн. - 2001. - № 1. - С. 46.
23. Храпунова, И. Как защитить персонал от ВБИ /И. Храпунова //Мед. газ. - 2005. - 4 февр. - С. 5.
24. Храпунова, И.А. Проблемы защиты медицинского персонала от ВБИ /И.А. Храпунова, Е.П. Ковалева //Гл. мед. сестра. - 2002. - № 8. - С. 51-55.
25. Храпунова, И.А. Риск возникновения внутрибольничных инфекций у медицинских работников многопрофильной больницы /И.А. Храпунова //Эпидемиол. и инфекц. бол. - 2003. - № 4. - С. 18-23. - Библиогр.: 17 назв.
26. Шевченко, Ю.Л. Факторы риска заражения хирургов вирусными гепатитами /Ю.Л. Шевченко //Хирургия. - 2005. - № 2. - С. 58-60. - Библиогр.: 26 назв.
27. Юрьева, Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштаб проблемы /Л.Н. Юрьева //Соц. и клин. психиатрия. - 2004. - № 4. - С. 91-97. - Библиогр.: 45 назв.
28. Ясинский, А.А. Проблемы обеспечения безопасности медицинских работников при проведении инъекций /А.А. Ясинский, Р.Р. Галимов, И.В. Михеева //Мед. кафедра. - 2004. - № 2. - С. 86-87.

Кемеровская областная научная медицинская библиотека

☒ 650061 г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22;  
☎ (8-3842) 52-19-91 (директор), 52-89-59 (абонемент),  
52-71-91 (информ.-библиогр. отдел); Факс (8-342) 52-19-91;

E-mail: medibibl@kuzdrav.ru  
<http://www.kuzdrav.ru/medlib>  
☎ с 8 -18; суббота – 9-17; выходной день – воскресенье.



## ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>ШВЕЦ Т.И.</i> АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1997-2004 ГГ. ....	5
<i>РЫТЕНКОВА О.Л.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....	9
<i>ШВЕЦ Т.И., ГАЛЕЕВ И.К.</i> О РАБОТЕ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ КУЗБАССА .....	11
<i>ГОРИН В.С., ШИН А.П., ВОРОНИНА Е.А.</i> МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ ГЕСТОЗА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....	13
<i>АБЗАЛОВА К.Б., КОЛПИНСКИЙ Г.И.</i> ДИАГНОСТИКА НЕЙРОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ .....	15
<i>АРСЕНЕНКО Л.Д., АРСЕНЕНКО А.С.</i> МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....	17
<i>АРТЫМУК Н.В., ШАКИРОВА Е.А.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ .....	19
<i>АЧКАСОВА А.А., КАРМАЛИТОВА Т.В.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ МУЗ ДКБ № 2 С ЮНЫМИ СЕМЬЯМИ .....	20
<i>БАЙБОРОДОВА Т.И., БАЙБОРОДОВ И.П., ЧУРИНА Е.Г., ГАЛАЙДА Н.М.</i> ТУБЕРКУЛЕЗ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ .....	22
<i>БОГОМОЛОВА Н.Д.</i> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....	24
<i>ВАВИЛОВ А.М., БЕЛОВОЛ О.Е., ПОЛЕТАЕВА В.Е., СМИРНОВА Л.А.</i> ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ РАЗНОГО КАЛЕНДАРНОГО И БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА .....	26
<i>ВАВИЛОВ А.М., КАЛИМУЛЛИНА Л.Д., ЛОМИВОРОТОВА Г.В.</i> ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ .....	27
<i>ВАВИН Г.В., ГРИГОРЬЕВ Е.В.</i> СПОСОБ ИНТЕНСИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИОННОГО СТАТУСА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ .....	28
<i>ВИБЛЯЯ И.В., ЧЕЧЕНИН Г.И.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ И ПУТИ МАКСИМАЛЬНОГО ЕЕ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ .....	29
<i>ВИНГЕРТ С.А., КАМЫШНИКОВА О.А., ШКЛЯЕВА Т.П., МУРЕЕВА Э.С.</i> РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КОНТИНГЕНТА ОСОБОГО ВНИМАНИЯ .....	32
<i>ВЛАСОВА Н.И., МОМОТОВА Е.И., ДУДА Е.Е.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОТДЕЛЕНИИ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ .....	33



---

<i>ВОДЯНОВ Н.М., БАСОВ В.З.</i> ЛЕЧЕНИЕ ЭЛЕКТРООЖОГОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....	35
<i>ГУБКИН М.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЧЕЛИНОГО ЯДА ПРИ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА НЕЙРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ СОСУДОВ .....	38
<i>ЕВМЕНОВА Т.Д., КОПЫТИНА Н.В.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....	39
<i>ЕЩИН Е.Е., КРИЧЕВСКИЙ А.Л., ГАЛЕЕВ И.К., ДРОБОТОВ В.Н., СМИРНОВ М.В., КРАПИВИН Е.А., ПОПОВ П.В.</i> ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ГЕМАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА .....	41
<i>ЖИДОВ И.В., ВАХОВСКИЙ В.А.</i> ИММУНОКОРРЕКЦИЯ РОНКОЛЕЙКИНОМ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 70 ЛЕТ .....	42
<i>ЗЕМЛЯНУХИН Э.П., ТАРАСОВ Н.И.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕЛЕФОННЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ .....	43
<i>КОБЕЛЕВА Г.В., КОПЫЛОВА И.Ф., БАЙБОРОДОВА Т.И.</i> РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ В ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА .....	44
<i>КОНОНЧУК О.Н., МАКАШОВА Е.В., АКСЕНОВА В.Я., КОПЫЛОВА И.Ф., КРАСНОВ А.В.</i> ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ .....	46
<i>КОПЫЛОВА И.Ф., ЧЕРНОВ М.Т., ЖУЙКОВА Г.М., БОРОВИК А.Я., САЛДИНА Л.Ю.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....	47
<i>КОПЫЛОВА И.Ф., ИЛЯСОВ В.Н.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....	49
<i>КОПЫТИНА Н.В., ВЛАСОВА В.В.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	52
<i>МАКАРОВ С.А., ГОРБУНОВА Е.В., БАРБАРАШ О.Л., ЯНИЦКИЙ М.С.</i> ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ .....	54
<i>МАЛЬЦЕВ С.В.</i> МЕСТО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЕДИНОМ НАЦИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ .....	55
<i>МАЛЬЦЕВ С.В.</i> МАТЕРИАЛЫ К ПРОБЛЕМЕ СМЕРТНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОТИКАМИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ КУЗБАССА (медико-социальные и экономические аспекты) .....	57
<i>НИКУЛЬШИНА В.М., ТАВРОВСКАЯ В.И., ВИКТОРОВА И.Б.</i> ТУБЕРКУЛЕЗ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИЕЙ .....	58



---

<i>НОВИКОВ В.Э., ГОРДЕЕВ В.А., УСТЬЯНЦЕВ Д.Г.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА ПРОГРАММЫ «КЛИНИКА ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА» .....	59
<i>ОРЛОВ А.Б.</i> ПЛАСТИКА УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАНТА «КАРБОНИКУС-И» .....	61
<i>ОСТОЛЬСКАЯ Г.Б., ТЕТЕРИН М.Ю., ПИМЕНОВ В.Ф.</i> ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ .....	62
<i>ПЕШКОВА Е.А., ЕФИМОВА Л.Д.</i> ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И «ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ» КПТК ПО ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА .....	63
<i>РОВДА Ю.И., ПЕРЕДЕЛКИНА О.В., ПРОТАСОВА Т.А., КИРИЛЕНКО С.В.</i> ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА (АД) У ДЕТЕЙ .....	65
<i>СТАРЧЕНКОВА Н.Н., ФОМИНА О.Ю.</i> ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКЕ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УИС И СРЕДИ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....	67
<i>ТЕПКИН С.Я., БЖИТСКИХ А.В., БЖИТСКИХ В.А., МАСИН А.Н., ШУЛЬГА Ф.Г.</i> АВТОМАТИЗАЦИЯ РАБОТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЕВЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ .....	68
<i>УСОЛЬЦЕВА Т.А., КУДРЯВЦЕВА И.А., ТРУШИНА О.А., ГОРБУНОВА Е.В., ОГАРКОВ М.Ю., МАКАРОВ С.А., ПЕРЕВОЩИКОВА Н.К., БАРБАРАШ Л.С.</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЦЕЛЕВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ Г. КЕМЕРОВО В РАМКАХ «НЕДЕЛИ ЗДОРОВОГО СЕРДЦА» .....	70
<i>ХАНЧЕНКОВ Н.С., БОЛЬШАКОВА Е.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ .....	71
<i>ХАТМИНСКИЙ Ю.Ф., ГУБКИН М.В.</i> АПИТЕРАПИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ .....	73
<i>ЧЕРНОВ М.Т., СМЕРДИН С.В., КОПЫЛОВА И.Ф., БОРОВИК А.Я., ЖУЙКОВА Г.М., САЛДИНА Л.Ю.</i> ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....	74
<i>ЧЕЧЕНИН Г.И., МАРТЫНЕНКО В.Ф., ГАСНИКОВ В.К., ЖИЛИНА Н.М.</i> ПРИОРИТЕТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ, РАЗРАБОТОК И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МУНИЦИПАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....	76
<i>ЧИСТЮХИН О.М., ХОМЕНКО Е.А., ПОПОВ В.В.</i> ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАГНОЕНИЕМ ЛОЖА ЭКС .....	79
<i>ШАКИРОВА Е.А., АРТЫМУК Н.В., ГОЛУБЕВА И.М., РОЗЕНБЕРГ А.Б.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ .....	80
<i>ШВЕЦОВА Н.М., ЖЕЛОВСКАЯ О.Ю., ПУТИНЦЕВА А.Ю., ИСАКОВА Л.Ю.</i> ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ДОМЕ РЕБЕНКА № 1 .....	81



---

<i>ШИБАИНКОВА А.Б., ЕВГЕНОВА О.В., ЗУЕВА К.В.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРОТЕРАПИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПОЛИКЛИНИКИ № 10 (СТУДЕНЧЕСКОЙ) .....	.82
<i>ЮРМАЗОВ Н.Б., ФИЛЬКОВ В.П.</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМОЙ КОСТЕЙ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ .....	.83
<i>ВОРОНИНА Е.А., ШИН А.П., ВЛАСОВА В.В.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕВОЧКАМ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ .....	.85
НЕ БОЛЕЙТЕ, ДОКТОР! (ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ) .....	.88

---