

Первичное звено здравоохранения: состояние и направления развития

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГОРОДСКОГО АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Андреева И.М., Стародумова А.Л.
МУЗ «Городская поликлиника № 5», г. Иваново

На этапе амбулаторно-поликлинической помощи неотъемлемой частью является отделение восстановительного лечения, где наибольший удельный вес занимает физиотерапия.

Физиотерапия — это профилактика и лечение заболеваний человека природными и искусственно создаваемыми (преформированными) физическими факторами. Современные тенденции развития физиотерапии и новой технологии лечения заключаются в том, что на смену традиционной физиотерапии приходит информационно-волновая физиотерапия с ее неповреждающим щадящим действием на клетки организма. Пересматриваются и противопоказания к физиотерапии. Из них исключили онкологию (кроме теплотечения). В настоящее время физиотерапия все больше применяется в лечении и онкологических больных. Повышаются и требования к преформированным физическим факторам. Обязательным становится научная изученность методов физиотерапии с обязательной регистрацией в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, высокий и быстрый эффект, малое количество противопоказаний, четкая воспроизводимость в реальных практических условиях и легкая обучаемость на русском языке. Комплексная реабилитация, включающая в себя физиотерапию, рефлексотерапию, кинезотерапию и лечебный массаж, обеспечивает высокую эффективность лечения.

На таких принципах построена работа отделения восстановительного лечения муниципального учреждения здравоохранения «Городская поликлиника №5» г. Иваново. Пациентам обеспечена бесплатность и доступность всех видов лечения в этом отделении. В отделении восстановительного лечения активно ведутся новые методы физиотерапии: лазеротерапия, магнитолазеротерапия, ДЭНС-терапия, небулайзерная терапия. Целебный луч лазера — эффективный помощник врача и пациента в восстановлении здоровья. В зале лечебной физкультуры идет реабилитация пациентов методом кинезотерапии. Тристеппер, беговая дорожка и велотренажер — лучшие средства для восстановления после травм. Физические нагрузки — основа лечебных воздействий в достижении терапевтических эффектов различных заболеваний. Эффективность кинезотерапии повышается после предварительного теплотечения озокеритом и водолечения. ДЭНС-терапия (динамическая электронейростимуляция) — новое направление физиорефлексотерапии с целью включения резервных возможностей организма в борьбе с бо-

лезнью. В отделении восстановительного лечения широко используются новые методики лечения: электрофорез с карипазимом для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, осложненными межпозвоночными грыжами поясничного отдела позвоночника; ультрафонофорез хондроксида и Фастум-геля при лечении артроза тазобедренных и коленных суставов; стимуляция синусоидально-модулированными токами (СМТ-стимуляция) при некоторых урологических заболеваниях (недержание мочи, слабости мышц промежности), при неврологической патологии (полинейропатии и парезы периферических нервов), при обструктивных бронхитах и бронхиальной астме; электрофорез с 1% раствором новокаина по методике Новожилова у детей с перинатальной энцефалопатией и синдромом мышечного гипертонуса; небулайзерная терапия при хронических обструктивных болезнях легких с лекарственными средствами беродуалом и атровентом.

При обращении больных в поликлинику врачи назначают весь комплекс восстановительной терапии: электролечение, магнитолечение, светолечение, лазеролечение, водолечение, аэрозольная терапия, аэрофитотерапию, галотерапию, лечебный массаж и гимнастику. Охват данными видами лечения пациентов, обратившихся за медпомощью в поликлинику, составляет 50%. Наибольшее количество больных направлено неврологом, хирургом, травматологом, отоларингологом и терапевтом. По нозологическим формам высокий процент составляет заболевания опорно-двигательного аппарата (остеохондрозы, артрозы), травмы, заболевания уха, горла, носа и бронхолегочной системы. Из физиопроцедур востребованы все виды лечения, но наибольший процент от числа пролеченных на этом отделении составляет электролечение — 65%. На одного пролеченного пациента приходится в среднем по 12 процедур.

Всего отделение восстановительного лечения обслуживает 80 тыс. чел. населения. График работы в две полные смены обеспечивает прием пациентов без талонов и очередей. В холле отделения созданы все условия для ожидания физиолечения и отдыха после процедур. Комплексная реабилитация в амбулаторно-поликлиническом звене значительно снижает сроки нетрудоспособности у работающего населения, количество осложнений и выход на инвалидность, улучшает качество жизни больных. На этапе амбулаторно-поликлинического звена высок эффект медицинской реабилитации. С улучшением и выздоровле-

нием заканчивают физиолечение ежегодно в течение последних пяти лет 95—98% пациентов.

В отделении работает квалифицированный кадровый состав медицинских работников (врачей и медицинских сестер). Организована комплексная бригада, в состав которой входят два врача физиотерапевта, восемь медсестер по физиотерапии, три медсестры по массажу, инструктор лечебной физкультуры, санитарки. Все врачи и медицинские сестры имеют сертификаты специалиста, квалификационные категории, владеют смежными специальностями. Администрация поликлиники следит за своевременной переподготовкой в целях совершенствования профессионального мастерства, расширения базы знаний и приобретения новых практических навыков сотрудниками отделения.

Отделение восстановительного лечения является одной из баз обмена передовым опытом в городе Иваново. Эффективное лечение физиотерапевтическими методами невозможно без преемственности в работе с врачами участковыми терапевтами и врачами-специалистами. В поликлинике ежемесячно на конференциях физиотерапевт информирует врачей об итогах работы отделения, о новых методах и методиках в физиотерапии, в том числе внедренных в отделении поликлиники. Подготовка по вопросам использования физических факторов в профилактике и лечении заболеваний является необходимым условием эффективного комплексного лечения пациентов. Коллектив характеризует высокая культура труда, строгое соблюдение этики и медицинской деонтологии. Качественная работа отделения восстановительного лечения отражена в многочисленных благодарностях пациентов. Большинство работников коллектива имеют

награды администрации поликлиники и управления здравоохранения администрации г. Иваново.

Учитывая опыт нашей поликлиники, можно делать следующие выводы. Такие отделения восстановительного лечения необходимы в современных амбулаторно-поликлинических учреждениях. Все виды физиотерапевтического лечения востребованы врачами и пациентами. Проводимое лечение высоко эффективно и необходимо для восстановления здоровья пациентов и профилактики заболеваний. Активно оказывая амбулаторно-поликлиническую помощь работающему и неработающему населению города, коллектив отделения является непосредственным участником воплощения в жизнь национального проекта «Здоровье». Вместе с тем в работе отделения восстановительного лечения существуют и проблемы. Физиотерапевтическое оборудование морально и физически устаревает. Износ имеющегося оборудования составляет в основном 90%. Высокие цены и отсутствие должного финансирования не позволяют приобрести новое оборудование. А существующий вариант продления срока эксплуатации действующего оборудования через предприятия «Медтехника» дороже, чем приобретение нового оборудования взамен устаревшего. Очень низкая заработная плата в этом звене, учитывая профессиональную вредность. Отсюда низкая укомплектованность медицинскими сестрами по физиотерапии — на 67%. Нет пополнения молодыми кадрами. Возраст работающих в отделении медицинских сестер — от 47 до 65 лет. Нет стандартов качества лечения по физиотерапии. Решение выше перечисленных проблем несомненно будет способствовать совершенствованию и развитию качества медицинского обеспечения населения города.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ, УРОВНЯ СУБЪЕКТА РФ И МУНИЦИПАЛЬНОГО УРОВНЯ ПО ВОПРОСАМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН РФ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Баклушина Е.К., Ермошина Т.В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
Департамент здравоохранения Ивановской области

Высокотехнологичная медицинская помощь (далее ВМП) — комплекс лечебных и диагностических медицинских услуг, проводимых в условиях стационара с использованием сложных и (или) уникальных, обладающих значительной ресурсоемкостью медицинских технологий. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.05.2007 г. № 320 во II—IV кварталах 2007 г. за счет средств федерального бюджета ВМП оказывается в федеральных медицинских учреждениях и медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований (далее — медицинские учреждения).

Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (далее ОУЗСРФ) осуществляют деятельность по отбору и направлению больных на получение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета.

Комиссия по отбору и направлению больных для получения высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских учреждениях (далее Комиссия) рассматривает медицинские документы больного, нуждающегося в ВМП, и выносит решение о необходимости направления больного в медицинское учреждение для ее получения. ОУЗСРФ также должны определить перечень и порядок поступления документов на Комиссию из учреждений здравоохранения, находящихся на территории

субъекта Российской Федерации. Таким образом, ОУЗСРФ и Комиссия являются связующим звеном между пациентами, нуждающимися в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, учреждениями здравоохранения, оказывающими на территории субъекта Российской Федерации первичную медицинскую помощь и медицинскими учреждениями, оказывающими ВМП за счет средств федерального бюджета.

Медицинские учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь на территории субъекта РФ, непосредственно контактируют с пациентами, и от их осведомленности в вопросах оказания ВМП и организованности работы зависит срок установления необходимости ее оказания конкретному пациенту и время поступления его медицинских документов в ОУЗСРФ для представления на Комиссии.

Вышеназванные учреждения готовят подробную выписку из истории болезни больного, содержащую данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований, соответствующих профилю заболевания. С учетом того, что в учреждения здравоохранения, оказывающие ВМП, должна поступить выписка, содержащая данные, не более чем месячной давности, из медицинских учреждений, она должна выйти с данными, не более чем 10—14-дневной давности.

В учреждениях должна быть создана врачебная комиссия, в функции которой в том числе входит выдача заключения о наличии у граждан медицинских показаний для получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета.

Следовательно, в выписке из истории болезни должна быть отметка о дате проведения врачебной комиссии и ее заключение, хотя в принципе заключение может быть оформлено и как отдельная справка о решении комиссии.

Отдельно необходимо остановиться на проведении дополнительной диспансеризации граждан. Врач-терапевт участковый (в случае проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан в учреждении здравоохранения не по месту жительства гражданина — врач, ответственный за проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан) с учетом заключений врачей-специалистов и результатов проведенных лабораторных и функциональных исследований определяет состояние здоровья граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию, и с целью планирования дальнейших мероприятий распределяет их по 5 группам. В контексте данной темы необходимо отметить, что V группа — граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи. Для определения пациентов в V группу врач должен как минимум знать виды ВМП.

При установлении у гражданина заболевания, требующего оказания ВМП, его медицинская документация в установленном порядке должна направляться в ОУЗСРФ. Со стороны ОУЗСРФ в отношении медицинских учреждений, оказываю-

щих первичную медицинскую помощь на территории субъекта Российской Федерации, должны быть четко определены их действия при организации оказания ВМП, в том числе:

- подготовка подробной выписки из истории болезни больного, содержащей данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований, соответствующих профилю заболевания, не более чем 10—14-дневной давности;
- проведение пациента, нуждающегося в ВМП, через врачебную комиссию, определяющую наличие медицинских показаний для получения лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета;
- организация заполнения пациентом заявления на оказание ВМП за счет средств федерального бюджета с указанием всех сведений необходимых для заполнения «Талона-направления на ВМП» (учетная форма № 025/у-ВМП);
- направление медицинских документов в ОУЗСРФ;
- информирование пациентов о порядке оказания ВМП;
- проведение в первоочередном порядке пациентам, вызванным на госпитализацию в медицинские учреждения для оказания ВМП, диагностических процедур по установленному в вызове списку (чаще всего ФГДС, анализы крови и др.);
- проведение реабилитационных мероприятий после оказания ВМП;
- при представлении отчета в ОУЗСРФ по форме № 12-Д-1-07 «Сведения о дополнительной диспансеризации работающих граждан» направлять поименный список по V группе граждан, имеющих показания для оказания ВМП, с указанием диагноза и вида ВМП для контроля поданных в отчете цифр;
- в динамике направлять сведения о дате направления в ОУЗСРФ медицинских документов граждан из V группы для оказания ВМП или причине отказа гражданина от оказания ВМП с учетом того, что отчеты направляются в строго определенные сроки, а для дополнительного обследования и оформления медицинских документов требуется определенное время.

В медицинских учреждениях, оказывающих на территории субъекта Российской Федерации первичную медицинскую помощь, целесообразно назначение ответственного лица по взаимодействию с ОУЗСРФ по вопросам оказания ВМП.

От согласованности действий врачей, руководителей медицинских учреждений, оказывающих на территории субъекта Российской Федерации первичную медицинскую помощь, и ОУЗСРФ по вопросам организации оказания ВМП во многом зависит качество и своевременность оформления всех необходимых документов и, в конечном итоге, удовлетворенность пациентов.

Руководителям учреждений здравоохранения необходимо проконтролировать степень осведом-

ленности врачей в вопросах организации оказания ВМП. Наиболее рациональным является издание приказа, регулирующего действия и ответственность врачей при подготовке документов для ока-

зания ВМП, а также ознакомление врачей всех специальностей с перечнем видов по профилям ВМП, оказываемой за счет средств федерального бюджета.

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. ИВАНОВА

Батыгина Т.Н., Полтырев В.С., Беляев В.И.

МУЗ «Городская клиническая больница № 4», г. Иваново

Ивановский городской эндокринологический центр

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Система оказания помощи больным с сахарным диабетом в г. Иваново основана на содружественной работе врача эндокринолога городского эндокринологического центра, территориального эндокринолога и участкового терапевта.

В г. Иваново Городской эндокринологический центр был открыт в 1995 г. в связи с значительным ростом эндокринной патологии в г. Иваново, в т.ч. больных с сахарным диабетом (1973 г. — 6/1000, 2003 г. — 20/1000, 2006 г. — 28/1000), с принятием федеральной программы «Сахарный диабет», целью которой являлось улучшение организации лечебной помощи больным с сахарным диабетом, повышении её эффективности, разработка методов ранней доклинической диагностики диабета, профилактики острых и поздних диабетических осложнений, для снижения инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом. Для выполнения задач федеральной программы необходимо было: открытие школ обучения больных с сахарным диабетом 1 и 2 типов; централизация помощи больным с синдромом «диабетическая стопа» и открытия городского кабинета «диабетическая стопа»; создание Городского регистра больных сахарным диабетом г. Иваново.

В настоящее время в городском эндокринологическом центре для улучшения лечебной помощи больным с сахарным диабетом и повышения её эффективности разработаны и внедрены методы ранней доклинической диагностики диабета (определение инсулина, С-пептида, индекса инсулинорезистентности), для улучшения контроля эффективности диспансеризации — контроль гликированного Нв, микроальбуминурии; определение типов дислипидемий, определение лактата крови. Большое внимание обращается на профилактику острых и поздних диабетических осложнений, обеспечена своевременная госпитализация в стационар (в т.ч. — в дневной стационар), В 4-й клинической больнице созданы условия для раннего выявления поздних осложнений диабета: проводится УЗИ исследования, доплерографические исследования сосудов, реовазография, изотопные методы обследования (динамическая сцинтиграфия печени и почек).

В настоящее время в центре работают 3 школы для больных с сахарным диабетом: школа для больных с сахарным диабетом 1 типа; школа для больных с сахарным диабетом 2 типа; школа для больных с сахарным диабетом по уходу за ногами, как для стационарных, так и амбулаторных

больных. Созданы консультативные приемы врача-эндокринолога, врача кардиолога-липидолога, педолога в специализированном кабинете «Диабетическая стопа», где проводят обследование больных, обработку гиперкератозов, а также лечение поверхностных язв нижних конечностей у больных сахарным диабетом. Обеспечен консультативный прием и диспансерное наблюдение беременных с эндокринной патологией, ведение совместное с эндокринологом НИИ материнства и детства. В центре работает городской детский эндокринолог, осуществляющий консультации детей и подростков г. Иваново диспансерное наблюдение больных эндокринной патологией. В центре организовано диспансерное наблюдение больных с эндокринной патологией эндокринологами по территориальному принципу

В центре проводится специализированная МСЭ для всех больных с эндокринной патологией.

В связи с ростом больных с эндокринной патологией и увеличением диспансерной группы у врачей эндокринологов, достигающей 1200—1300 больных на 1 врача эндокринолога возникли трудности в связи с невозможностью ежемесячного осмотра диспансерной группы больных как это требует стандарт лечения и наблюдения больных с эндокринной патологией, особенно с сахарным диабетом.

В связи с этим в 2005 г. на диспансерное наблюдение участковым терапевтам переданы больные с сахарным диабетом 2 типа, получающие таблетированные ССП, эта группа составляет 70% больных с сахарным диабетом, часто имеет сердечно-сосудистую патологию и другие заболевания внутренних органов.

На основании приказа № МЗ и СР РФ № 282 от 19.04.2007 «Об утверждении критериев оценки деятельности врача терапевта» определены задачи работы участковых терапевтов — улучшение оказания помощи и мониторинг состояния здоровья прикрепленного населения. В области сахарного диабета задачи врачей-терапевтов определены как по выявлению сахарного диабета (проведение скрининга на сахарный диабет), так и по достижению компенсации заболевания (более чем у 50% больных), по снижению частоты осложнений сахарного диабета. В выполнении этих задач эндокринологический центр принимает активное участие, обеспечивая методические подходы и контроль лабораторно-инструментальной эффективности диспансеризации. Показанием для направ-

ления к врачу эндокринологу — (как районному, так и консультанту в центре) являются на этапе выявления болезни:

- случаи, требующие специального подтверждения диагноза,
- при сложностях с назначением лечения,
- для обучения в школе сахарного диабета (в ближайшее время планируется обучение сестер поликлиники проведению школ для больных диабетом),
- заполнения карты Национального регистра сахарного диабета,
- на диспансерном этапе: при отсутствии стойкой компенсации; частых гипогликемических состояниях; прогрессировании поздних осложнений; планируемой беременности.

Эндокринологи г. Иванова активно включились в выполнение требований Национального проекта

«Здоровье» — проведение комплексных диспансерных осмотров населения.

При проведении диспансерных осмотров в 2006 г. сахарный диабет выявлен у 440 человек — 1,1% из обследуемого населения.

Проведение диспансеризации позволило выявить сахарный диабет на ранних стадиях, что позволит в дальнейшем предотвратить развитие тяжелых осложнений.

С целью систематического повышения квалификации врачей-эндокринологов кафедра терапии и эндокринологии ФДПО проводит сертификационные циклы по диабетологии и эндокринологии, научно-практические конференции, «круглые столы». Для повышения квалификации терапевтов области по эндокринологии на сертификационных циклах читаются лекции по сахарному диабету и заболеваниям щитовидной железы.

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПОДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Батыгина Т.Н., Полтырев В.С., Скородумова Е.В., Беляев В.И.

МУЗ «Городская клиническая больница № 4», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Кабинет «Диабетическая стопа» в нашей больнице функционирует с 1999 г. (сначала только как диагностический, а с открытием перевязочной в 2003 г. — лечебно-диагностический). Основная цель его работы — улучшение качества жизни больных диабетом, предупреждение ампутаций н/конечностей путем своевременного и эффективного лечения синдрома диабетической стопы (СДС), профилактики его возникновения. Наш кабинет амбулаторный, в нем работают врач-эндокринолог и медицинская сестра, прошедшие специальную подготовку. В условиях кабинета возможно успешное лечение нейропатических язв, неосложненных абсцессом, флегмоной, остеомиелитом. Осложненные же гнойным процессом случаи СДС требуют внимания хирурга, а ишемические формы поражения — ангиолога, которых нет пока в составе подиатрической бригады. Диагностическое отделение кабинета оснащено УЗ-минидоплером, набором инструментов для определения неврологического дефицита со стороны н/к. Скрининговое обследование больных позволяет активно выявлять пациентов, имеющих факторы риска по возникновению диабетических язв, основными из которых являются периферическая диабетическая полиневропатия (ДПНП) н/конечностей и макроангиопатия н/к (МАП), деформация стоп.

За период с 2003 по 2006 гг., когда функционировали в полном объеме диагностическое и лечебное отделения кабинета «Диабетическая стопа», количество обращений пациентов составило 8009. Из них в 82% случаев была выявлена полиневропатия н/к, в 14% — макроангиопатия н/к, а 16% обращений было связано с наличием у

больных СДС. Обращает внимание тот факт, что количество выявленной патологии превышает число обследуемых, то есть у значительной части пациентов имеют место сочетанные изменения на нижних конечностях. Диабетическая периферическая полиневропатия является самой распространенной патологией среди обследуемых, именно она объясняет уязвимость стоп большинства больных СД. Выявленные изменения н/к позволяют организовать лечение доязвенной патологии сформировать группы риска по возникновению язв, проводить профилактическую работу с пациентами, угрожаемыми по развитию СДС. Каждый шестой визит к подиатру связан с СДС. Абсолютное число больных с СДС, обратившихся к нам, составило 260 человек. Из них 28 больных с выраженной ишемией конечности (ХАН-2Б, ХАН-3 по Фантейну) сразу же были направлены к ангиохирургам, 36 человек — в отделение гнойной хирургии. Остальные 196 пациентов лечились в условиях нашего кабинета. Большинство язвенных дефектов стоп, лечившихся у подиатра, было залечено; 192 из 196. Четверым больным с нейропатическими формами поражения была произведена малая ампутация. Причиной «обидных» ампутаций явилась низкая комплаентность пациентов. Наш кабинет амбулаторный, и это лишь первый уровень оказания помощи больным с СДС. Хотя значительное число больных можно лечить исключительно в амбулаторных условиях, все же амбулаторной службе необходимо стационарное отделение «ДС». Рационально выделять койки для «ДС» в отделениях гнойной хирургии и ангиологии. Только согласованная работа амбулаторного и стационарного отделений «ДС» может дать реально ощутимые результаты.

ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Бирюкова Т.Е., Бунеев А.П., Новожилов А.А., Глыбин П.Г.
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Варикозная болезнь — одно из самых распространенных заболеваний сосудов. Около 25% женщин и 10% мужчин страдает этим заболеванием.

Значительную роль в развитии болезни играют такие факторы риска, как наследственность, избыточный вес, малоподвижный образ жизни. Вероятность развития варикоза возрастает при приеме гормональных противозачаточных средств, беременности. Все эти факторы приводят к развитию венозного застоя, поэтому больные предъявляют жалобы на вечерние отеки, боли, чувство тяжести в ногах. Могут быть покалывания и ночные судороги. С течением времени появляются варикозные расширенные вены, постоянные отеки, трофические нарушения.

Своевременно не излеченная варикозная болезнь часто осложняется тромбозом глубоких вен, кровотечением, длительно не заживающими трофическими язвами. Все это существенно снижает качество жизни больных. Наиболее радикальным методом лечения варикозной болезни считается хирургическое вмешательство, но операция сопровождается косметическими дефектами, длительным периодом нетрудоспособности и реабилитации. В качестве альтернативного способа часто рассматривают флебосклерозирующую терапию. Этот метод гораздо менее травматичен, обычно выполняется амбулаторно и обеспечивает хороший косметический эффект.

Суть склеротерапии заключается в том, что в результате введения в просвет варикозной вены склерозирующего препарата происходит облитерация вены. Последняя превращается в тонкий соединительнотканый тяж, а затем у большинства больных полностью рассасывается. Фармакологическим комитетом Российской Федерации разрешены к применению препараты, относящиеся к группе детергентов (фибровейн, этоксисклерол). Флебосклерозирующий эффект этих средств основан на коагуляции белков эндотелия. При правильном применении склерозирующих препаратов исключаются местные и системные тромбообразования.

Флебологи дискутируют вопрос о целесообразности комбинированного использования склеротерапии и хирургической операции, так как при флебосклерозирующем лечении исключаются недостатки традиционной венэктомии — как местные (повреждения нервов, нарушение лимфооттока, косметические дефекты кожи), так и общие (болезненный послеоперационный период, продолжительный срок нетрудоспособности и т.д.). Разумное сочетание операции и склеротерапии мо-

жет позволить достигнуть наилучших результатов в лечении больных с варикозной болезнью.

Целью настоящей работы является анализ первого опыта применения склерозирующей терапии у больных с варикозной болезнью в условиях поликлиники областной клинической больницы в период 2004—2006 гг.

За этот период нами пролечено 87 больных — женщины в возрасте от 20 до 50 лет. Во всех случаях отмечалась инициальная варикозная болезнь, то есть: отсутствовали жалобы, кроме эстетических; единственными проявлениями заболевания были локально расширенные вены до 1,5 см в диаметре при ортостазе и телеангиоэктазии; продолжительность заболевания от 3 до 10 лет.

Большинству пациенток (80%) с варикозно расширенными венами выполнялась ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей, при этом оценивалась проходимость глубоких вен голени, состоятельность клапанов БПВ и коммуникантных вен голени и бедра (несостоятельные коммуникантные вены маркировались для исключения попадания склерозанта в глубокие вены). Таким образом, все больные были разделены на 2 группы. Первая группа (14 человек) — пациенты, которым показано оперативное вмешательство для устранения патологических венозных рефлюксов (первый этап лечения) и последующая склеротерапия (второй этап). Вторая группа (73 человека) — пациенты, которым может быть проведена флебосклеротерапия в качестве самостоятельного метода.

Из первой группы 10 больным выполнена кроссэктомия (операция Троянова), стволовая склеротерапия, эпифасциальная перевязка перфорантных вен по Коккетту. Четырём больным выполнена только операция Коккетта с последующей инъекционной терапией варикозно расширенных вен, что было продиктовано данными УЗДГ — на фоне состоятельного остиального клапана БПВ имелась недостаточность клапанов коммуникантных вен на голени.

В послеоперационном периоде у всех больных отмечался хороший косметический эффект. С третьего дня пребывания в стационаре больные были переведены на дневное пребывание в отделении. Послеоперационных осложнений мы не отметили ни у одного из больных.

Самой многочисленной (73 человека) была вторая группа пациентов, которым в амбулаторных условиях выполнялась инъекционная склеротерапия. Основными были жалобы на наличие телеангиоэктазий и ретикулярного варикоза. Этим больным производились инъекции растворами фибровейна

или этоксисклерола в различных концентрациях, что зависело от диаметра вены. Так, при диаметре вены менее 0,4 мм (телеангиоэктазии) использовались 0,2% Фибро-вейн или 0,5% Этоксисклерол, до 2 мм (ретикулярный варикоз) — 0,5% Фибро-вейн или 1% Этоксисклерол, при диаметре вены от 3 до 10 мм (притоки БПВ) использовались 0,5—1% Фибро-вейн или 2% Этоксисклерол.

Существует несколько методик пункционного склерозирования.

У больных с телеангиэктазиями инъекции проводились в положении больного лежа; при расширенных притоках подкожных вен диаметром до 5—10 мм — в вертикальном положении. После выполнения инъекции проводилось эластическое бинтование. Средние сроки эластической компрессии составили 10—12 дней после каждого сеанса (их количество варьировало от 1 до 5). У 85% больных удалось достичь хорошего клинического эффекта в виде полной облитерации телеангиоэктазий и варикозных вен. У 10% пациентов склеротерапия вызвала локальный поверхностный тромбофлебит, причиной которого стало раннее снятие эластического бинта. Применение дезагрегантов и наружной терапии (гепариновой мази)

позволило полностью купировать воспалительный процесс в срок до 1 месяца. У 5% больных отмечался минимальный эффект от склеротерапии, что можно объяснить повышенной ломкостью сосудов у пациенток старше 45 лет.

Из поздних осложнений флебосклерозирующей терапии у 30% больных наблюдалась гиперпигментация в зоне инъекции, что объясняется использованием препаратов высокой концентрации и попаданием их в подкожную клетчатку. Гиперпигментация не требует специального лечения и проходит самостоятельно в сроки от 1 до 3 месяцев. И лишь в одном случае (1,3%) в зоне инъекции образовался постинъекционный некроз кожи вследствие паравазального введения фибро-вейна.

Анализируя свой опыт применения склеротерапии больным с варикозным расширением вен нижних конечностей, мы пришли к выводу, что данный метод должен широко применяться в практике наряду с традиционными методами лечения варикозной болезни. Вследствие существенного укорочения времени пребывания больных в стационаре значительно снижаются экономические затраты на лечение данной категории больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. ИВАНОВА

Варенцов Е.А., Валатин А.М.

МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

В условиях реформирования первичной медико-санитарной помощи населению одной из основных задач является определение путей рациональной организации специализированных видов медицинской помощи, в том числе урологической на уровне первичного звена.

Организационно урологическая служба г. Иваново представлена амбулаторным урологическим центром и урологическим отделением на 60 коек, являющихся структурными подразделениями городской клинической больницы № 7. Объединение двух структурных подразделений на базе городской больницы преследовало цель обеспечить доступность урологической помощи, совершенствовать этапы лечебно-диагностического процесса.

Амбулаторная помощь оказывается по участковому принципу. В урологическом центре выполняется весь комплекс урологических и лечебно-диагностических исследований. Организована работа коек дневного стационара и стационара на дому. Больные, у которых выявляются онкологические, фтизиатрические, венерические заболевания направляются в соответствующие диспансеры. План посещений на количество занятых врачебных ставок выполняется на 105—107 %.

Среди причин временной утраты трудоспособности значительное место занимают мочекаменная болезнь — 35,4 % и воспалительные заболевания почек, мочевого пузыря и простаты — 27,5 %.

В городском урологическом центре проводится работа по диспансеризации больных. Основная часть пациентов — это больные с мочекаменной

болезнью — 22,3%, заболеваниями предстательной железы — 24,2%, воспалительными заболеваниями мочеполовых органов — 22%, врожденными пороками развития — 2,8%. Стационарное лечение больных проводится в урологическом отделении на 60 коек. Ежегодно отмечается высокий уровень госпитализации больных по экстренной помощи. В 2006 г. он составил 76,6%. В структуре урологической заболеваемости преобладают болезни предстательной железы — 11,2%, мочекаменная болезнь — 39,3%, злокачественные новообразования — 5%, хронический пиелонефрит — 12,9%. Удельный вес этих нозологических групп составляет более 68%.

Ежегодно в урологическом отделении выполняется 650—700 операций. Характерной особенностью хирургической работы является то, что количество операций выполненных с использованием современных эндоскопических технологий увеличилось с 7,5% в 2004 г. до 42,9% в 2006 г. В ряде случаев, в лечении больных применяются стационарозамещающие технологии.

Укомплектованность больницы врачами урологами составляет 90,7%. 64% врачей аттестованы на квалификационную категорию.

Объединение структурных подразделений на базе городской больницы позволило выработать единые методологические подходы к диагностике и лечению больных, более эффективно использовать имеющееся оборудование, обеспечить преемственность в лечении и в итоге совершенствовать оказание урологической помощи населению города.

О НЕОБХОДИМОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Верушкин Ю.И., Кутырев Е.А., Кукушкин А.В., Карпов Д.В., Калинина Н.Ю.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

До сих пор нет единого взгляда в отношении выбора хирургической тактики в случаях оказания экстренной помощи больным с повреждениями органов грудной клетки, осложненных внутриплевральными кровотечениями.

Данная проблема особенно актуальна в практической работе хирургов отделения экстренной и консультативной помощи (санитарной авиации). Так, если тактика хирурга в условиях специализированного торакального отделения (О КБ) носит активно-выжидательный характер, то в условиях хирургического отделения ЦРБ в лечении больных с травматическими повреждениями легких бортхирурги придерживаются активной тактики. Она обуславливалась тяжестью состояния госпитализированных больных на фоне позднего поступления, наличия комбинированных повреждений, отсутствия специалиста на месте. Ретроспективно нами проанализированы истории болезни 124 пациентов, поступивших в хирургическое отделение ЦРБ с травматическими повреждениями органов грудной клетки, осложненных внутриплевральным кровотечением, необходимая медицинская помощь которым была оказана врачами-консультантами отделения санитарной авиации. При этом в 62,2% наблюдениях хирургическая помощь оказывалась бортхирургами, в остальных случаях — специалистами пульмонологического центра.

Хирургическая тактика врача-консультанта определялась состоянием пациента на момент осмотра, квалификацией бортхирурга по вопросам грудной хирургии, условий, в которых оказывалась необходимая помощь, транспортабельность больных. Исходя из этих обстоятельств, определялась организационная тактика хирурга. Она, как правило, сводилась к консервативному лечению на месте (4,8%), проведению экстренного оперативного вмешательства на месте (82,3%), переводу в торакальное отделение ОКБ (12,9%) как в экстренном, так и в отсроченном порядке.

До приезда бортхирурга оперативное вмешательство в условиях ЦРБ сводилось в первично-хирургической обработке раневого канала, при необходимости выполнялось дренирование плевральной полости. В тоже время районными хирургами определялась необходимость и целесообразность выполнения торакотомии с привлечением врача консультанта.

Всего оперировано 102 пациента, из них первично 93 (91,1 %). Повторно, при диагностике послеоперационных осложнений — 9 (8,9%). При двухстороннем повреждении легких (3 наблюдения)

потребовалось проведение торакотомии и ушивания раны легкого (у 1 пациента), устранения источника кровотечения и дренирования плевральной полости (у 1). У 1 пострадавшего выполнялась правосторонняя торакотомия и пульмонэктомия с летальным исходом.

При одностороннем повреждении (57 пациентов) у 43 из них выполнялась торакотомия на стороне повреждения, диагностировалась причина кровотечения и ее ликвидация путем наложения швов на рану легкого, у 19 — клиновидного иссечения ткани легкого, в остальных случаях проводился гемостаз путем прошивания выявленных кровоточащих сосудов, чаще межреберных артерий.

У 22 больных внутриплевральное кровотечение было обусловлено ранением сердца, у 11 оно явилось осложнением раннее проведенного оперативного вмешательства выполненного районными хирургами.

Торакальный хирург чаще всего оказывал хирургическую помощь больным с торакоабдоминальными ранениями и сочетанными травмами (9 больных). Операцию начинали с выполнения торакотомии как первого этапа. Показанием к широкой торакотомии, по нашим данным, явилось наличие клиники продолжавшегося внутриплеврального кровотечения, повреждение органов средостения, напряженный пневмоторакс, предполагаемое ранение крупных сосудов. При проведении лапаротомии, как второго этапа операции, в 2 наблюдениях диагностировано повреждение селезенки, в 7 — ранение петель тонкого кишечника (3 случая), желудка и поперечно-ободочной кишки (2), нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки (2).

Послеоперационная летальность составила 23,5% (умерли 24 пациента). Столь высокая летальность обуславливается тяжестью повреждения на фоне массивной кровопотери, не восполненной как в до-, так и в послеоперационном периоде, поздним вызовом врача консультанта областного учреждения.

Таким образом, в практики хирурга отделения экстренной и планово-консультативной помощи удельный вес консультированных больных с травматическими повреждениями органов грудной клетки довольно высок до сих пор. При диагностике внутриплеврального кровотечения различного генеза требуется своевременное проведение оперативных вмешательств на месте, при необходимости с привлечением специалистов областного центра.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ, ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И СМЕРТНОСТЬЮ ОТ НЕЕСТЕСТВЕННЫХ ПРИЧИН

Вострикова Н.Ю., Сухоруков В.П.

МУ «Вуктыльская центральная районная больница», г. Вуктыл, Республика Коми
ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Алкоголизация населения развивается в нашей стране угрожающе высокими темпами, параллельно увеличивается смертность населения от декомпенсации соматической патологии, от травм, несчастных случаев, отравлений, убийств. Взаимосвязь этих показателей актуальна в свете национальных проектов здравоохранения.

Целью исследования было показать взаимосвязь между алкоголизмом и заболеваемостью острым панкреатитом, циррозом печени, общей смертностью и ее отдельными видами на примере Вуктыльского района Республики Коми.

Материалом исследования являлись данные статистической отчетности по Вуктыльскому району Республики Коми.

За 9 месяцев 2006 г. общая заболеваемость наркологическими расстройствами по республике Коми составила 1712,3 на 100 000 населения, самая высокая заболеваемость наблюдалась в Вуктыльском районе (3076,1), что в 1,8 раз выше, чем по республике Коми. По данным наркологической службы Вуктыльской ЦРБ за период 1994—2006 гг. существенно выросла алкоголизация населения. На 10% увеличилось число больных хроническим алкоголизмом, состоящих на учете у нарколога, и особенно резким оказалось увеличение числа женщин, страдающих хроническим алкоголизмом (на 110%). Употребление алкоголя в Вуктыльском районе за исследуемый период возросло: водки — на 36%, суррогатов — на 34,9%. Параллельно росту алкоголизации населения росла заболеваемость циррозами печени

на 35,9% и панкреатитами на 14,7%. Корреляционный анализ показал, что заболеваемость циррозами печени коррелирует с потреблением лицензированного алкоголя, заболеваемость острым панкреатитом и его деструктивной формой связана как с потреблением лицензированного алкоголя, так и суррогатов алкоголя. Мы получили четкую закономерность, оценивая связь смертности от неестественных причин с уровнем потребления алкоголя и количеством больных алкоголизмом. Смертность в Вуктыльском районе в 1994 г. составляла 13,8 человек на 1000 населения, в 2006 г. — 11,8 человек, в том числе от неестественных причин умерло 145,3 и 243,8 человек на 100 000 соответственно. Смертность от отравлений алкоголем за исследуемый период возросла в 2 раза. Корреляционный анализ показал тесную связь между смертностью от неестественных причин и уровнем потребления лицензированного алкоголя, общего количества алкоголиков, а также числа женщин-алкоголиков. Увеличение алкоголизации населения сопровождалось повышением смертности от неестественных причин (убийства, самоубийства, травмы) и отравлений алкоголем. Выявлена четкая закономерность связи смертности от неестественных причин и количества больных алкоголизмом среди населения Вуктыльского района.

Таким образом, рост алкоголизма сопровождается увеличением ассоциированных с ним цирроза печени, острого панкреатита, смертности от неестественных причин в результате травм, убийств, самоубийств, алкогольных отравлений и пр.

ИННОВАЦИОННЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Гильманов А.А., Латыпов Р.М.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань
ЗАО «КДЦ Авиастроительного района г. Казани»

Эффективность использования имеющихся трудовых, материальных, финансовых ресурсов для достижения максимально возможного уровня результативности и доступности медицинской помощи в современных условиях достигается за счет внедрения инновационных управленческих, организационно-экономических, технических и медицинских технологий в деятельность медицинских учреждений. Отсутствие серьезной научной базы снижает результативность внедрения инновацион-

ных технологий в первичную медико-санитарную помощь (далее ПМСП).

Целью нашего исследования явилось научно-методическое обоснование инновационных организационных, экономических, медицинских технологий в ПМСП. В этой связи был разработан и проведен организационный эксперимент по внедрению инновационных технологий в негосударственном многопрофильном амбулаторно-поликлиническом центре. ЗАО «КДЦ Авиастроительного

района г. Казани» (далее ЗАО «КДЦ») является одним из самых больших негосударственных медицинских учреждений в Татарстане, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, оказывающей первичную медицинскую помощь.

В 2004 г. была проведена одномоментная трансформация ЗАО «КДЦ» в центр общей врачебной практики, при этом осуществлена реконструкция имеющихся поликлинических помещений в офисы ВОП (с кабинетом для медсестры, осуществляющей доврачебный прием с проведением всех манипуляций, связанных с подготовкой больного к приему ВОП, измерением АД, ЭКГ и кабинетом врачебного приема). Офисы ВОП были оснащены всем необходимым медицинским оборудованием, компьютеризированы и телефонизированы.

В целях повышения доступности и качества медицинской помощи введены система единого лечащего врача, основанная на авторизации направления на обследование и консультации, курировании пациентов в дневном стационаре, групповой практике. Внедрение принципа лечащего врача способствовало повышению ответственности ВОП; контролю лечебно-диагностического процесса, исключению дублирования и проведения необоснованных консультаций и диагностических исследований. У врачей общей практики имеется возможность быстро получить лабораторные анализы и результаты диагностического обследования, организовать консультацию врача-специалиста.

Наличие компьютерной техники и программного обеспечения позволяет врачам общей практики оперативно получать информацию о пациенте; данные о динамике изменения результатов обследования и лечения; организовывать эффективное диспансерное наблюдение населения; формировать регистры декретированных групп населения; четко планировать рабочее время; получать необходимые статистические данные; сокращать время на ведение медицинской документации, формировать базу данных обслуживаемого населения, Внедренная дифференцированная система оплаты труда и система профессиональной переподготовки медицинского персонала стимулирует расширение объема работ общей врачебной практики.

Внедрение ресурсосберегающих технологий в практику ЗАО «КДЦ» эффективно реализуется через ведение ВОП пациентов в дневном стационаре, через службу «неотложной помощи». Активно реализуется маркетинговая кампания в целях расширения круга клиентов, определения перспективных услуг и направлений. Регулярно проводится систематический мониторинг основных показателей деятельности организации путем проведения социологических исследований удовлетворенности пациентов качеством предоставляемых услуг, что обеспечивает принятие адекватных управленческих решений по совершенствованию и улучшению качества и объемов оказываемых услуг; маркетинговых исследований по выявлению потребностей и предпочтений потребителей медицинских услуг; экономического анализа основных показателей финансовой бюджетной и внебюджетной деятельности.

Результаты социологического исследования (медицинского персонала и пациентов) выявили высокий уровень оценки респондентами инновационных преобразований: число медицинских работников, позитивно оценивших изменения в работе ЗАО «КДЦ» с 2004 по 2006 гг. выросло с 44,8 до 78,2%, а пациентов — с 53 до 87%. Использование маркетинга как технологии изучения удовлетворения потребностей пациентов в первичной медицинской помощи позволило получить портрет потребителя медицинских услуг, который отдает приоритет качеству обслуживания, общей врачебной практике (далее ОВП) и широкому спектру медицинских услуг, оказываемых в центре.

Положительная динамика естественного прироста населения, снижение смертности и первичной инвалидности обслуживаемого населения ЗАО «КДЦ» по сравнению с городскими и республиканскими показателями свидетельствует о более эффективной форме оказания ПМСП по принципу ОВП в условиях внедрения инновационных технологий. Внедрение современных технологий оказания медицинской помощи позволило увеличить клиническую результативность и продуктивность лечебно-профилактического процесса. Из всех случаев обращений к врачу общей практики 40,5% закончились выздоровлением, 42,7% — улучшением; состояние больных осталось без перемен в 13,6%, ухудшилось — у 0,9%, и только 2,2% были направлены на стационарное лечение.

Внедрение в ОВП клинических протоколов (стандартов) диагностики и лечения больных, основанных на доказательной медицине, снижает частоту хронизации острой патологии и рецидивов острой патологии, улучшает показатели здоровья и повышает качество оказания ПМСП. Например, была выявлена отчетливая динамика снижения частоты обострений хронического пиелонефрита с 5,22 до 4,30 случаев на 1000 работающих.

Темпы развития материально-технической базы существенно опережают средние показатели по аналогичным учреждениям первичного звена, что позволяет медицинской организации оставаться конкурентоспособной и быть привлекательной для большего круга клиентов. Увеличение прибыли в восемь раз по сравнению с предыдущими годами является результатом как роста выручки от возросшего объема продаж медицинских услуг, так и политики повышения качества предоставляемых услуг населению.

В результате внедрения инновационных технологий сформирована перспективная и конкурентоспособная модель функционирования негосударственного амбулаторно-поликлинического центра. Она позволила внедрить экономически эффективную форму медицинского обслуживания; оптимизировать процесс внедрения ресурсосберегающих технологий оказания внегоспитальной помощи, задействовать экономические рычаги в управлении деятельностью медицинских и вспомогательных служб; поставить оплату труда медицинских работников в прямую зависимость от количества и качества затраченного труда, конечного результата; совершенствовать систему контроля лечебно-диагностического процесса и управления качеством медицинской помощи; увеличить клиническую

результативность и продуктивность лечебно-профилактического процесса; повысить удовлетворенность персонала организации. Таким обра-

зом, внедрение инновационных технологий приведет к повышению качества, результативности и доступности ПМСП.

СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В Г. ИВАНОВЕ В 2000—2006 ГГ.

Дудина Н.Н., Баликин В.Ф., Акайзин Э.С., Калущая Т.С.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Острые кишечные инфекции (ОКИ) по распространенности занимают второе место в структуре инфекционной патологии, уступая лишь респираторным заболеваниям. Ежегодно в Российской Федерации регистрируется около 1 млн больных острыми кишечными инфекциями (Онищенко Г.Г., 2006; Покровский В.И. с соавт., 2005; Ющук Н.Д., 2005; Калинин И.В.; Буторова Л.И., 2001). В последние годы уровень заболеваемости среди взрослого населения имеет тенденцию к снижению, хотя и остается достаточно высоким. В течение 3—5 лет регистрируются в среднем 487—475 случаев на 100 000 населения (Онищенко Г.Г., 2005). Периодически возникают вспышки кишечных инфекций (в Ставропольском крае в августе 2007 г., в г. Иваново в Интердоме в январе 2007-го).

Этиологическая структура кишечных инфекций в последние годы претерпевает существенные изменения. В экономически развитых странах при обследовании больных с ОКИ реже стали выделяться шигеллы и сальмонеллы, однако возрос удельный вес энтеропатогенных кишечных палочек, а также диарей вирусной этиологии (Малов В.А., Горобченко А.Р., 2006).

Продолжает оставаться напряженной эпидемиологическая обстановка по сальмонеллезу и острой дизентерии. (Покровский В.И. с соавт., 2005; Ющук Н.Д., 2005; Толоконская Н.П. и соавт., 2003). В последнее десятилетие произошло изменение этиологической структуры шигеллезов и сальмонеллезов с нарастанием удельного веса высокопатогенных видов возбудителей (рост дизентерии, вызванной *Sh. Flexneri* 2a и сальмонеллеза, обусловленного *S. enteritidis*), которые определяют значительную выраженность интоксикации и деструктивного компонента в воспалении кишечника (Ющук Н.Д., 1998—2005; Шувалова Е.П., 1997; Шахмарданов М.З., 1997; Ефремова Л.В., 1999).

В период 2000—2006 гг. в МУЗ «1-я городская клиническая больница г. Иваново» наблюдалась отчетливая тенденция к снижению количества больных с острыми кишечными инфекциями: 1044 случаев в 2000 г., 901 — в 2001 г., 957 — в 2002 г., 1063 — в 2003 г., 804 — в 2004 г., 775 — в 2005 г., 821 случай — в 2006 г. За указанный период произошло значительное уменьшение случаев острой дизентерии с 346 в 2000 г. до 19 слу-

чаев в 2006 г. (2001 г. — 205 случаев, 2002 г. — 144, 2003 г. — 195, 2004 г. — 117, 2005 г. — 72). Уменьшилось также количество больных с сальмонеллезом с 91 в 2000 г. до 55 в 2006 г. (2001 г. — 83, 2002 г. — 95, 2003 г. — 71, 2004 г. — 57, 2005 г. — 49).

В структуре острой дизентерии преобладают заболевания, вызванные *Sh. Flexneri* до 90%; в структуре сальмонеллеза доминирует *S. enteritidis* (83,5%), второе место по частоте выделения занимает *S. typhimurium* (17%), сальмонеллы других групп (12% случаев). В 10% случаев у больных выделяется условно-патогенная микрофлора (особенно часто клебсиелла (41%) и протей (27%). В последние 4 года прослеживается тенденция к увеличению частоты выделения стафилококка (2000 г. — 4 случая, 2001 г. — 2, 2002 г. — 1, 2003 г. — 5, 2004 г. — 9, 2005 г. — 10, 2006 г. — 21), синегнойной палочки (2000 г. — 1 случай, 2001 г. — 1, 2002 г. — 2, 2003 г. — 6, 2004 г. — 9, 2005 г. — 7, 2006 г. — 5) и энтеробактера (2000 г. — 6 случаев, 2001 г. — 5, 2002 г. — 10, 2003 г. — 9, 2004 г. — 3, 2005 г. — 10, 2006 г. — 5).

По данным МУЗ «1-я городская клиническая больница г. Иваново», на протяжении последних 6 лет наблюдается увеличение количества ОКИ неустановленной этиологии. Так в 2006 г. эта цифра составила 57,4% всех случаев госпитализации пациентов с кишечными инфекциями (в 2005 г. — 50,7%, в 2004 г. — 46%).

Таким образом, в течение последних 6 лет, несмотря на снижение количества госпитализированных пациентов с ОКИ, отмечается тенденция к значительному снижению дизентерии и сальмонеллеза и увеличению кишечных инфекций неустановленной этиологии. Возможными причинами этого явления могут быть изменение этиологической структуры в сторону нарастания кишечных инфекций вирусной природы, применение антимикробных препаратов на догоспитальном этапе, что снижает качество бактериологической диагностики, недостаточное использование других методов исследования — серологических, вирусологических, ПЦР и др. Таким образом, в настоящее время для практического здравоохранения чрезвычайно актуальна проблема разработки точных и доступных методов лабораторной диагностики ОКИ.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Дудина Н.Н., Баликин В.Ф., Акайзин Э.С., Калуцкая Т.С.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

В настоящее время диагностика острых кишечных инфекций (ОКИ) затруднена в связи с поздними сроками госпитализации, применением антимикробных средств на догоспитальном этапе, широким распространением хронической патологии желудочно-кишечного тракта (острые заболевания на фоне хронических), что делает актуальной проблему разработки дополнительных методов лабораторной диагностики ОКИ.

В условиях большинства инфекционных стационаров районных и областных городов основным, а зачастую и единственным методом диагностики ОКИ является бактериологический (выделение энтеробактерий). Однако он трудоемкий, требует много времени, результаты его зависят от количества и качества питательных сред, чувствительность снижается при использовании антимикробных средств. Он неприменим для диагностики заболеваний, вызванных анаэробами и патогенными грибами, а также ассоциациями микроорганизмов. Разработаны, но на практике используются редко (по причине высокой себестоимости) серологические методы диагностики — ИФА, РНГА, РСК. В последние годы развивается ПЦР-диагностика.

Одним из новых методов лабораторной диагностики может стать определение метаболитов микрофлоры летучих жирных кислот (ЛЖК) в различных биологических субстратах методом газожидкостной хроматографии. Уксусная кислота является метаболитом факультативных и облигатных анаэробов, в том числе сальмонелл, шигелл, дрожжевых грибов рода *Candida*; масляная, пропионовая, изовалериановая кислоты — исключительно метаболитами облигатных анаэробов (бактероидов, пептострептококков, клостридий и др.). Метод газожидкостной хроматографии является объективным, доступным, позволяет получить результат в режиме реального времени (30—40 минут).

Нами с помощью газожидкостной хроматографии исследованы концентрации уксусной, пропионовой, масляной и изовалериановой кислот в крови у 15 больных сальмонеллезом (*S. enteritidis*), а также у 24 больных ОКИ неустановленной этиологии (бак. анализ кала отрицательный) и у 8 пациентов, у которых при бактериологическом исследовании кала выделена различная условно-патогенная микрофлора (стафилококк, клебсиелла, протей, энтеробактер). Содержание ЛЖК у здоровых лиц составляет: $0,0010 \pm 0,0002$ ммоль/л для уксусной, пропионовой и масляной кислот; $0,0008 \pm 0,0006$ ммоль/л для изовале-

риановой кислоты (Истратов В.Г. и соавт., 1995). У больных сальмонеллезом получены следующие значения ЛЖК: уксусная кислота — $0,5450 \pm 0,135$ ммоль/л; пропионовая — $0,0216 \pm 0,007$ ммоль/л; масляная — $0,00194 \pm 0,00054$ ммоль/л; изовалериановая — $0,00012 \pm 0,00005$ ммоль/л.

У больных с неустановленной этиологией ОКИ концентрации ЛЖК следующие: уксусной — $0,7900 \pm 0,1860$ ммоль/л; пропионовой — $0,0195 \pm 0,00621$ ммоль/л; масляной — $0,0040 \pm 0,0015$ ммоль/л; изовалериановой — $0,0000019 \pm 0,0000076$ ммоль/л.

В случае выявления условно-патогенной микрофлоры у больных ОКИ получены следующие показатели ЛЖК: уксусной — $0,4580 \pm 0,0991$ ммоль/л; пропионовой — $0,0323 \pm 0,022$ ммоль/л; масляной — $0,0032 \pm 0,00137$ ммоль/л; изовалериановой — $0,00014 \pm 0,00011$ ммоль/л.

Достоверных отличий по уровню ЛЖК не выявлено, однако наиболее высокие показатели уксусной кислоты отмечались при ОКИ неустановленной этиологии, пропионовой и масляной — при выделении условно-патогенной микрофлоры, а снижение уровня изовалериановой кислоты было наиболее значительным у больных с неустановленной этиологией кишечной инфекции.

Повышение уровня уксусной кислоты при сальмонеллезе и при кишечных инфекциях с выделением условно-патогенной микрофлоры свидетельствует о гиперколонизации кишечника патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, а повышение уровней пропионовой и масляной кислот — о гиперколонизации облигатными анаэробами. Данные, полученные при обследовании пациентов с неустановленной природой ОКИ (повышение уксусной, пропионовой и масляной кислот), позволяют предположить участие патогенной и условно-патогенной бактериальной флоры, в том числе и анаэробной, в этиологии заболевания. Причина более выраженного снижения изовалериановой кислоты при ОКИ неустановленной этиологии требует дополнительного изучения.

Таким образом, для ранней диагностики кишечных инфекций необходима разработка новых лабораторных методов, одним из них может стать качественное и количественное определение микробных метаболитов (ЛЖК) методом газожидкостной хроматографии.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ СУПРАПАТЕЛЛЯРНОЙ СИНОВИАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Дыбин С.Д., Парусов И.А., Широкова К.Ю., Широкова Л.Ю.
МКУЗ «Медсанчасть ЯЗДА», г. Ярославль

Внедрение артроскопии в текущую ревматологическую практику позволяет врачам ревматологам значительно расширить свои представления о патологии коленного сустава. За полтора года в ревматологическом отделении выполнено 58 артроскопий коленных суставов. Все исследования проводил ревматолог, имеющий большой опыт локальной терапии заболеваний суставов и прошедший специальную подготовку по артроскопии. Использован артроскоп с внешним диаметром 5,5 мм, запись исследования осуществлялась на DVD. У трех пациентов в возрасте 20—45 лет с неясным пателло-фemorальным болевым синдромом и синовитом коленного сустава выявлена аномалия супрапателлярной синовиальной мембраны. Артроскопии предшествовало стандартное обследование, принятое в ревматологической практике, включавшее оценку клинико-лабораторных показателей, рентгенологическое исследование, ультрасонографию коленных суставов. Предшествовавшие артроскопии лечебные мероприятия (нестероидные противовоспалительные препараты, повторные пункции коленного сустава с введением дипроspана) оказывали лишь временный и неполный терапевтический эффект. При артроскопии во всех случаях была выявлена полная супрапателлярная перегородка, в одном из них в сочетании с первичным синовиальным хондроматозом.

Синовиальные складки коленного сустава — это нормальные анатомические структуры, представляющие остатки синовиальных мембран при эмбриональном развитии колена. Роль синовиальных складок до конца не ясна. Некоторые авторы полагают, что синовиальные складки действуют подобно векам, помогающим в смазывании коленного сустава. Складки классифицируют как супрапателлярные, медиопателлярные и инфрапателлярные. Независимо от места расположения они широко изменяются по размерам, форме, конфигурации.

Супрапателлярная синовиальная мембрана (plica synovialis suprapatellaris) представляет собой остаток эмбрионального деления супрапателлярного заворота от полости коленного сустава. Она подвергается нормальной инволюции к 4—5 месяцу внутриутробного развития, формируя в дальнейшем единую полость сустава. Возможна неполная инволюция мембраны. T. Zidorn (1991) предложил классификацию супрапателлярной перегородки в соответствии с онтогенетическим развитием. 1 тип — полная синовиальная мембрана, которая полностью изолирует супрапателлярную сумку от боковых и средних отделов коленного сустава; 2 тип — перфорированная мембрана с наличием 1 или нескольких отверстий (portae); 3 тип — с боковыми остатками перегородки; 4 тип — полное отсутствие перегородки.

В большинстве случаев синовиальные складки себя никак не проявляют. Однако травма, повреждение менисков, свободные внутрисуставные тела, рассекающий остеохондрит, приводящие к воспалению, способствуют утолщению складок, их отеку. Впоследствии они могут замещаться волокнистой тканью. При полной супрапателлярной перегородке, возможно, имеет значение нарушение свободного обмена синовиальной жидкости между верхним заворотом и полостью коленного сустава. Формируется клинический синдром, проявляющийся болью и воспалением. Выявленная при артроскопии патология была сопоставлена с предшествующими ультрасонографическими данными. Обнаружена возможность визуализировать существование полной синовиальной мембраны при УЗ-исследовании. Она выявлялась на фоне супрапателлярного скопления жидкости в виде тонкой полоски.

Таким образом, патология синовиальной мембраны не является редкой в ревматологической практике и должна учитываться ревматологами при обследовании больных с неясным суставным синдромом.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ПРИ НИЗКОМ УРОВНЕ ТРАВМЫ В АНАМНЕЗЕ

Евстигнеева Л.П., Кузнецова Н.М., Усенко К.П.

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава», г. Екатеринбург

Остеопороз (ОП) — системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы кости в единице объема и нарушениями микроархитектоники костной ткани, приводящими к повышению хрупкости костей и высокому риску их переломов. Клиническим проявлением ОП являются переломы, которые чаще наблюдаются в костях с низкой

минеральной плотностью и случаются при минимальном уровне травмы. Наиболее типичными переломами являются переломы лучевой кости, позвонков и шейки бедра. Известно, что пациенты, имеющие переломы костей при низком уровне травмы, имеют повышенный риск последующих переломов. В настоящее время существует целый

спектр препаратов, доказавших свою эффективность в лечении больных ОП. Вместе с тем, низкая выявляемость ОП и отсутствие адекватного лечения отрицательно влияет на частоту переломов.

Целью исследования было оценить выявляемость и лечение ОП у пациентов с переломом лучевой кости при низком уровне травмы.

В исследование включены пациенты г. Екатеринбург старших возрастных групп, обратившиеся в травматологический пункт в связи с переломом лучевой кости при низком уровне травмы. Всем пациентам случайно сформированной выборки (330 человек) была проведена почтовая рассылка анкет, включающих вопросы о наличии диагностированного ОП, проводимом лечении, его регулярности с указанием причин отклонений от рекомендованного лечения и некоторые вопросы анамнеза. Ответило 57 пациентов (17,3%), средний возраст $65,8 \pm 7,4$ лет. В качестве группы сравнения в исследование включены пациенты г. Екатеринбург и Свердловской области с установленным диагнозом ОП. Все пациенты данной группы когда-либо посетили специализированный прием по ОП и получили рекомендации по лечению. Всем проконсультированным пациентам были разосланы аналогичные вопросники, ответили 60,6%. Из них для анализа были отобраны пациенты с переломами периферических костей в анамнезе при низком уровне травмы. Данная группа составила 107 человек, средний возраст $66,3 \pm 9,0$ лет. Группы пациентов специализированного приема по ОП и пациентов травматологического профиля достоверно не отличались по возрастному-половому составу и уровню образования. Пациенты травматологического приема реже имели группу инвалидности (14,0%), чем пациенты группы сравнения (50,5%), $p < 0,05$.

Из 57 пациентов с переломами лучевой кости 18 человек (31,5%) расценили перелом, произошедший при падении с высоты роста, как травматический и не связали его с ОП. 45,6% пациентов согласны, что перелом случился при низком уровне травмы, но о диагнозе ОП не знают. Диагноз ОП был установлен только у 13 человек (22,8%). Ле-

чение препаратами кальция и/или антирезорбтивными препаратами начали только 17 опрошенных (28,1%). При этом большая часть пациентов принимала препараты кальция только в связи с переломом для улучшения консолидации. В группе сравнения среди лиц, получивших консультацию на специализированном приеме, лечение ОП начали 102 пациента (95,3%) ($p < 0,05$). Раннее прекращение лечения чаще наблюдалось среди пациентов травматологического приема (25% от числа начавших терапию), чем среди лиц специализированного приема с диагностированным ОП (6,9%) ($p < 0,05$). Среди указанных причин прекращения терапии самыми частыми были высокая стоимость препаратов, отсутствие видимого эффекта от лечения и уверенности в необходимости лечения. На следующем этапе исследования проведен анализ схем лечения ОП. Оказалось, что основное число пациентов после перелома лучевой кости принимают только препараты кальция. Полноценную терапию, включающую препараты антирезорбтивного действия, получали всего 5,3% пациентов травматологического приема, что достоверно ниже числа адекватно леченых пациентов специализированного приема по ОП (57,0%).

Таким образом, выявляемость ОП среди лиц старших возрастных групп остается недостаточной. Несмотря на то, что перелом лучевой кости является маркером ОП, нацеленность на его диагностику среди травматологов остается очень низкой. Определенное значение имеет недостаточная информированность населения, когда перелом лучевой кости при падении с высоты роста и ниже расценивается как травма, и пациенты не знают о вероятности ОП и необходимости лечения. Как следствие, пациенты старших возрастных групп с переломом лучевой кости в анамнезе и высоким риском последующих переломов не получают адекватного лечения. Информированность населения по проблемам ОП, создание стандартов диагностики и лечения ОП и нацеленность травматологов на его выявление у лиц с переломами костей могли бы улучшить выявляемость этого заболевания и увеличить число пациентов, получающих адекватную терапию.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ НЕФТЕГАЗОДОБЫВАЮЩЕЙ ОТРАСЛИ

Ермошина Т.В.

ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Томск

Одним из важнейших направлений оптимизации медицинской помощи работающему населению является проведение медицинских осмотров этой группы. В этой связи опыт различных регионов по организации этой деятельности является значимым, требует анализа и обобщения.

В период с октября по декабрь 2005 г. сотрудниками клинических кафедр и клиник Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск) были организованы выезды врачей-

специалистов в г. Стрежевой и пять вахтовых поселков.

Цель выездов — проведение периодических медицинских осмотров, оказание лечебно-профилактической и консультативной помощи работникам ОАО «Томскнефть» ВНК.

При этом были поставлены следующие задачи:

- своевременное выявление начальных форм профессиональных заболеваний, ранних при-

знаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирование групп риска;

- выявление заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов;
- определение показателей заболеваемости, динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников нефтедобывающей отрасли;
- своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников.

Впервые в рамках проведенных медицинских осмотров в электронном виде была создана база данных о состоянии здоровья 3098 обследованных ОАО «Томскнефть» ВНК, определенных для прохождения периодического медицинского ос-

мотра с учетом данных о дате проведения предыдущего осмотра, возраста (лица, не достигшие 21 года, проходят периодические медицинские осмотры ежегодно), стажа работы (работникам, занятым на вредных работах и на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами в течение пяти и более лет, периодические медицинские осмотры проводятся в центрах профпатологии и других медицинских организациях, имеющих лицензию на экспертизу профпригодности и экспертизу связи заболевания с профессией, один раз в пять лет).

Созданная база данных позволила упростить и ускорить проведение мониторинга заболеваемости, стандартизировать полученные результаты.

Ведение и обновление базы данных за последующие годы позволило в динамике оценить результаты проведенной работы, оценить исполнение, эффективность и результативность выданных рекомендаций по дальнейшему обследованию, лечению и реабилитации (санаторно-курортному лечению) работников нефтедобывающей отрасли.

СЛУЖБА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МИЛЛИОННОМ ГОРОДЕ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Ершова Е.В.

МУЗ «Станция скорой медицинской помощи», г. Челябинск

Скорую медицинскую помощь (СМП) населению г. Челябинска на догоспитальном этапе оказывает муниципальное учреждение здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи» (МУЗ ССМП). Радиус обслуживания до 35 км. Численность обслуживаемого населения — 1 092 000 чел.

В структуру МУЗ ССМП входят 8 районных подстанций, дистанционно-диагностический кардиологический центр («ЭКГ по телефону»), служба связи, отдел АСУ и другие вспомогательные подразделения.

Прием вызовов от населения осуществляется через многоканальную цифровую телефонную станцию «Коралл». Звукозаписывающий комплекс «Спрут-wip» ведет запись телефонных переговоров каждого рабочего пульта по приему вызовов, переговоров по радиации, что дает возможность хранения рабочих переговоров в компьютерной базе более двух лет.

В 2006 г. по национальному проекту «Здоровье» получено 53 автомобиля.

Весь автотранспорт радиофицирован радиостанциями марки «Моторола».

Ежедневным оказанием СМП занимаются 85 круглосуточных выездных бригад, в т.ч. 29 врачебных, 40 фельдшерских и 16 специализированных (кардиологические, неврологические, психиатрические, взрослые и детская реанимационные).

В МУЗ ССМП трудятся 183 врача и 610 средних медицинских работников. Все имеют сертификат

специалиста. Более 50% аттестованы на высшую и первую квалификационные категории.

За 2006 г. общее число выполненных вызовов (безрезультатных) составило 305,7 тыс., что составляет 283 на тыс. населения.

Среднесуточная нагрузка в 2006 г. составила на врачебную бригаду — 11,3 вызова в сутки; на кардиологическую — 7,3; на психиатрическую — 5,3; на неврологическую — 4,1; на реанимационную — 3,9; на педиатрическую — 8,6; на фельдшерскую — 11,4 вызова.

В структуре выполненных вызовов внезапные заболевания составляют 62,9%; несчастные случаи, отравления и травмы — 13,0%; обострения хронических заболеваний — 14%; роды и патология беременности — 0,1%; перевозки — 10,0%.

Число пострадавших в ДТП за 2006 г. составило 2737 чел. Смертельных исходов 84.

Среднее время ожидания прибытия бригады на вызов за 2006 г. составило 16,58 (в 2004 г. — 22,62 мин.).

Количество проведенных медицинских манипуляций на 1000 вызовов составило 312,38 (в 2004 г. — 234,89).

В практике работы выездных бригад широко используются современные медицинские технологии: системный тромболитизис; ингаляционная небулайзерная терапия; инфузия гидроксизилкрахмалов при острой кровопотере; экспресс-тест «Тропонин-1» и «Миоглобин».

Полностью решены вопросы респираторной поддержки и инфузионной терапии. Расхождение клинико-догоспитальных диагнозов составило в 2006 г. 3,4%. Экспертиза качества оказания СМП проводится по трем ступеням.

В 2007 г. открыт учебно-тренировочный класс, где осуществляется обучение медицинского персонала.

Финансирование учреждения осуществляется полностью из городского бюджета, в т. ч. и в рамках городской программы «Совершенствование оказания скорой медицинской помощи населению г. Челябинска на 2006—2010 годы». Стоимость вызова за 2006 г. составила 983,5 руб.

Перспективы развития:

- внедрение единых сквозных технологических стандартов по оказанию медицинской помощи

больным и пострадавшим на до- и госпитальном этапах;

- уменьшение непрофильной нагрузки по обслуживанию хронических больных — перемещение акцента на амбулаторно-поликлиническое звено здравоохранения города;
- сокращение времени ожидания бригады скорой медицинской помощи — разукрупнение районных подстанций;
- воспитание нового типа медицинских работников СМП — «универсальный солдат» — дисциплинированность, профессиональная грамотность, владение всеми методиками, доступными для догоспитального этапа.

РЕФОРМИРОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ КАК ОДНО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Закаря М.Г., Давтян В.Г., Рыжова Е.Г.

ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», г. Владимир

Целью исследования было раскрыть сущность и проблемы реформирования системы управления здравоохранением на региональном уровне в современных социально-экономических условиях, и внести предложения по повышению ее эффективности и устойчивости. Состояние системы здравоохранения как отрасли социальной сферы определяется конкретными социально-экономическими условиями развития общества. Не существует идеальной системы здравоохранения вне времени и пространства, конкретной политической и экономической ситуации.

Развитие общества, науки и практики требует постоянного совершенствования системы здравоохранения, повышения ее эффективности, изменения структуры, оптимизации ее функционирования в конкретной экономической ситуации.

Развитие общества, науки и техники определяет состояние системы здравоохранения, формирует механизмы и технологии удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи, обеспечение этих потребностей необходимыми ресурсами. Именно эти факторы привели к необходимости реформирования здравоохранения в конце XX в. К сожалению, социально-экономические трансформации 90-х гг. XX в. остановили процесс модернизации, что ввело отрасль в состояние острого системного кризиса. Кризис системы здравоохранения потребовал изменения государственной политики в области здравоохранения, выделив его модернизацию в качестве национальных приоритетов.

Целью государственной политики стало укрепление здоровья населения России, снижение уровня заболеваемости, инвалидизации и смертности на основе повышения доступности и качества меди-

цинской помощи, укрепление первичного звена здравоохранения, создания условий для оказания эффективной медицинской помощи на догоспитальном этапе, развития профилактической направленности здравоохранения, удовлетворения потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

Необходимо отметить, что за предшествующие годы был накоплен определенный опыт решения научных, организационных, экономических, финансовых задач по предоставлению населению доступной, высококачественной медицинской помощи при относительно небольших, но эффективно используемых вложениях в здравоохранение. Этот опыт, а также высокопрофессиональный кадровый корпус, научные исследования и прикладные разработки в области медицины, явились основой современной модернизации системы здравоохранения.

Наиболее разработанными разделами национального проекта «Здоровье» являются укрепление первичного амбулаторного звена здравоохранения (участковая служба, врачи общей практики) и создание федеральных центров высоких медицинских технологий, призванных координировать научную и инновационную деятельность медицинских организаций. Таким образом, наименее реформируемой оказалась специализированная амбулаторная и стационарная помощь.

В то же время в условиях реформирования здравоохранения недопустимо уменьшение доступности специализированной помощи. Снижение ее доступности очевидно: имеется тенденция к оттоку и переквалификации врачей-специалистов во врачей «первого контакта». Уменьшение коечности специализированных отделений должно сопрово-

ждаться наращиванием потенциала амбулаторного специализированного звена для обеспечения ранней диагностики и раннего адекватного лечения, соответствующего национальным и мировым стандартам. Безусловно, приоритетными в терапевтической службе должны быть направления, связанные с социально значимыми заболеваниями, имеющими тенденцию к росту (заболевания легких, ревматические и сердечно-сосудистые заболевания), рано и тяжело инвалидизирующие (ревматические заболевания), лидирующие по причинам временной нетрудоспособности (заболевания легких и ревматические заболевания) и смертности (сердечно-сосудистые заболевания).

Исходя из выше сказанного, представляется необходимым создание региональных амбулаторных специализированных центров, аккумулирующих кадровый потенциал, обеспечивающих мониторинг пациентов, своевременную диагностику, адекватный учет в соответствии с унифицированными критериями диагностики и использования стандар-

тизованных методов лабораторной и инструментальной диагностики, международной классификации болезней. Это сделает возможным переход к созданию регистров пациентов, что в будущем облегчит планирование и оценку потребности в медикаментах, кадрах, стационарах, высокотехнологичных методах лечения и т. д.

Одним из наиболее значимых направлений работы центров должно стать создание активных школ, обеспечивающих обучение пациентов принципам самоконтроля, повышающих приверженность лечению и делающих их активными участниками лечебного процесса. Специализированные центры должны разрабатывать весь комплекс реабилитационных мероприятий для пациента. Важным разделом работы центров должна быть работа в группах риска и соответственно обеспечение первичной профилактики заболеваний. Таким образом, создание центров обеспечит профилактическую направленность здравоохранения.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ПО ДАННЫМ МЕТОДА БРОНХОФОНОГРАФИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ)

Закаря М.Г., Медведева В.Н.

МУЗ «Городская поликлиника № 2», г. Владимир

Целью исследования было определить эффективность базисной терапии салметеролом в сочетании с флутиказоном пропionatoм в ингаляторе (серетид мультидиск, Великобритания) у больных бронхиальной астмой среднетяжелого и тяжелого течения, включающих определение акустической работы дыхания методом бронхофонографии.

Проведено обследование 43 больных со среднетяжелой бронхиальной астмой тяжелого течения в возрасте $19,0 \pm 1,1$ года и 32 больных с тяжелой формой бронхиальной астмой на базе МУЗ «Городская поликлиника № 2» г. Владимира. Длительность заболевания была $10,2 \pm 0,35$ года. Пациентов мужского пола в первой группе было 23 человека, женского пола — 20 человек. Во второй группе пациентов мужского пола было 14 и женского пола — 9. Контрольную группу составили 26 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста. Средний возраст пациентов составил $21,5 \pm 1,8$ года, лиц мужского пола было 14 человек, женского — 9.

Проводилось общеклиническое, лабораторное, функциональное и рентгенологическое обследование. Лечение больных проводилось серетидом в дозе 500/50 мкг в сутки в течение 6 месяцев. Диагноз устанавливался в соответствии с диагностическими критериями международного консенсуса по бронхиальной астме GINA, 2002.

У больных бронхиальной астмой средней степени тяжести через 1 месяц от начала терапии выявлена выраженная положительная динамика клинических симптомов: Кашель уменьшился в 2,8 раза, затрудненное дыхание — в 1,7 раза, экспиратор-

ная одышка — в 2,3 раза, жесткое дыхание — в 1,4 раза, сухие хрипы — в 4,3 раза, влажные хрипы — в 4,8 раза. Наибольшая динамика наблюдалась по ведущим клиническим проявлениям бронхообструктивного синдрома (кашель, одышка, удлинение выдоха и сухие хрипы; $p < 0,01$).

Через 3 месяца от начала терапии продолжала наблюдаться регрессия клинических проявлений БА. Так, кашель по сравнению с исходными данными уменьшился в 5,6 раза, затрудненное носовое дыхание — в 1,7 раза, экспираторная одышка — в 2,3 раза, жесткое дыхание — в 1,4 раза, удлинение выдоха — в 2,1 раза, сухие хрипы — в 4,3 раза, влажные хрипы — в 4,8 раза.

При сравнении результатов терапии через 3 месяца по сравнению с результатами через 1 месяц выявлено уменьшение клинических симптомов по частоте кашля (в 2,0 раза, $p < 0,05$), экспираторной одышки (в 1,9 раза $p < 0,05$), жесткому дыханию (в 2,3 раза, $p < 0,05$), удлиненному выдоху (в 1,8 раза, $p < 0,05$) и по количеству влажных хрипов в легких (в 4,5 раза, $p < 0,01$).

Через 6 месяцев от начала лечения достигнут выраженный терапевтический эффект, основные симптомы нарушения бронхиальной проходимости: жесткое дыхание, удлинение выдоха и сухие хрипы не определялись. Кашель был в 3,5 раза реже, затрудненное носовое дыхание — в 2,6 раза реже, экспираторная одышка в 1,8 раза реже по сравнению с трехмесячными результатами.

У больных тяжелой бронхиальной астмой на фоне проводимой базисной терапии выявилась следующая

щая динамика клинических проявлений. Через 1 месяц после лечения значимо уменьшились симптомы болезни: кашель, затрудненное носовое дыхание, экспираторная одышка, жесткое дыхание, удлинённый выдох, сухие хрипы, влажные хрипы.

Через 3 месяца симптомы болезни по сравнению с таковыми через 1 месяц также значимо уменьшились: кашель — в 1,9 раза, ($p < 0,05$), затрудненное дыхание — в 1,9 раза ($p < 0,05$); экспираторная одышка — в 2,8 раза ($p < 0,01$); жесткое дыхание — в 2,4 раза ($p < 0,01$); удлинённый выдох — в 1,9 раза ($p < 0,05$); сухие хрипы — в 2,2 раза ($p < 0,05$); влажные хрипы — в 1,5 раза ($p < 0,05$). Таким образом, по ведущим показателям бронхообструктивного синдрома имелись достоверные различия.

Через 6 месяцев лечения достигнут, как и при среднетяжелом течении бронхиальной астмы, максимальный клинический эффект. Но по сравнению с астмой средней степени тяжести симптомы сохранялись в большем проценте случаев: кашель — в 2,3 раза чаще, затрудненное носовое дыхание — в 1,6 раза чаще, экспираторная одышка — в 3,9 раза чаще. При среднетяжелом течении бронхиальной астмы отсутствовали жесткое дыхание, удлинение выдоха и сухие хрипы, тогда как при тяжелом течении отсутствовало только удлинение выдоха, а жесткое дыхание (9,5%) и сухие хрипы (4,8%) сохранялись ($p < 0,001$).

Сравнение клинических симптомов с данными объем форсированного выдоха за первую секунду показало, что имелись однонаправленные изменения. По мере регрессии клинических симптомов увеличивался показатель объем форсированного выдоха за первую и через 3 месяца лечения достиг нормативных значений у больных бронхиальной астмой средней степени тяжести и тяжелого течения.

Анализ фонореспиограмм показал, что исходные данные регистрировали патологические отклонения от нормы у 100% больных астмой тяжелой степени тяжести.

Через месяц патологические акустические волны при той и другой степени тяжести уменьшились в два раза (у 10 человек — 47,6%; и у 11 человек из 19 — 52,3%).

Через 3 месяца лечения дополнительные акустические феномены преимущественно в высокочастотной области регистрировались у 3 человек (14,3%) при бронхиальной астме средней степени тяжести и у 5 человек (26,3%) при бронхиальной астме тяжелого течения.

Через 6 месяцев лечения в период клинической ремиссии фонореспиограммы были как у практически здорового человека при обеих степенях тяжести течения бронхиальной астмы. Исходные данные показателей функции внешнего дыхания

методом бронхофонографии на высоте клинических симптомов во всех частотных диапазонах были достоверно выше по сравнению с контролем ($p < 0,001$). На фонореспиограмме визуализировалась большое количество патологических волн во всех акустических областях с преобладанием высокоамплитудных волн в высокочастотном диапазоне. Акустическая работа в зоне везикулярного дыхания превышала контрольные значения в 14,2 раза, в высокочастотной области — в 14,5 раза, в низкочастотном диапазоне — в 11,9 раза.

У больных с тяжелым течением бронхиальной астмы через 3—6 месяцев лечения наблюдалось дальнейшее снижение акустической работы дыхания во всех частотных областях. Достоверное снижение акустической работы дыхания через 6 месяцев терапии по сравнению с контролем достигнуто в низкочастотном диапазоне и в диапазоне ($p < 0,02$); показатель акустической работы дыхания в высокочастотной области оставался высоким и по сравнению со среднетяжелой бронхиальной астмой через 6 месяцев не достигал контрольных значений ($p > 0,05$), что указывает на неполную ликвидацию нарушений бронхиальной проходимости.

Таким образом, определение акустической работы дыхания по сравнению с данными фонореспиограмм в более отдаленные сроки лечения было более информативным. Сравнение результатов исследования с данными бронхофонографии показало, что при тяжелой бронхиальной астме через 6 месяцев терапии функция внешнего дыхания нормализовывалась по результатам бронхофонографии по сравнению с пириограммой, следовательно, для определения нарушения функции внешнего дыхания в процессе длительной терапии более информативным методом исследования функции внешнего дыхания является бронхофонография, а именно определение акустической работы дыхания, что важно для определения тактики ведения больных тяжелой бронхиальной астмой. При бронхиальной астме тяжелого течения более замедленно улучшается функция внешнего дыхания.

Выводы

- Клинические симптомы и показатели объема форсированного выдоха за первую секунду нормализуются раньше, чем бронхографические показатели в высокочастотном диапазоне, отражающие бронхообструкцию, что важно для определения тактики ведения больных.
- У больных средней и тяжелой степеней бронхиальной астмы клинические симптомы и показатели объема форсированного выдоха за первую секунду нормализуются раньше, чем бронхографические показатели в высокочастотном диапазоне, отражающие бронхообструкцию, что важно для определения тактики ведения больных.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БРОНХОФОНОГРАФИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Закаря М.Г., Медведева В.Н.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Проблема диагностики и лечения бронхиальной астмы широко освещена в литературе, отражена в многочисленных статьях, руководствах и монографиях. В отечественной медицине в начале 80-х гг. прошлого столетия появились сведения об использовании компьютерного комплекса для подтверждения трахеобронхиальной обструкции — бронхофонографии. Данный метод не имеет аналогов. Метод бронхофонографии послужил основанием для разработки статических моделей оценки функции внешнего дыхания.

Моделирование базируется на математическом аппарате регрессивного анализа. Процедура определения функции внешнего дыхания основывается на процедуре сканирования респираторного цикла с целью обнаружения специфических акустических признаков изменения в воздухоносных путях (обструкции), что получило название бронхофонографии. В последующем появились первые публикации о применении его в медицине. Необычным был тот факт, что результаты акустического портретирования респираторного цикла могли быть представлены в виде множества эквидистантных спектров, образующих трехмерную «поверхность состояний», которая отображала специфические акустические феномены, имеющие диагностическую значимость.

Проведено клинико-функциональное обследование больных бронхиальной астмой разной степени тяжести, возрасте от 18 до 23 лет. Больные были разделены на следующие группы. 1 группа — 15 пациентов с диагнозом «бронхиальная астма, атопическая, легкое персистирующее течение» (средний возраст — $21,4 \pm 2,3$ года); мужчин — 9, женщин — 6. 2 группа — 28 больных со среднетяжелой бронхиальной астмой (средний возраст — $20,3 \pm 2,1$ года); 19 мужчин и 8 женщин. 3 группа — 13 больных с тяжелой формой бронхиальной астмы (средний возраст — $19 \pm 1,1$ года); 8 мужчин, 5 женщин. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с изучаемыми группами. Средний возраст пациентов составил $20,5 \pm 1,9$ года, лиц мужского пола было 9 человек, женского — 7.

Всем больным проводилась визуальная оценка графического изображения акустической работы дыхания в области везикулярного дыхания, в низкочастотном и высокочастотном диапазоне, а также с помощью математической компьютерной обработки по оценке акустической работы дыхания в зависимости от тяжести течения бронхиальной астмы.

У больных бронхиальной астмой легкого персистирующего течения при наличии бронхообструктивного синдрома на фонореспираграмме регистрировался паттерн, имеющий «дополнительные

волны» по сравнению с паттерном здорового человека, в зоне везикулярного дыхания (100—1200 Гц); в низкочастотном диапазоне (1200—5000 Гц) и в высокочастотном спектре (5000—12 600 Гц).

Анализ фонореспираграмм при бронхиальной астме легкого течения (15 человек), средней степени тяжести (28 человек) и тяжелой бронхиальной астме (13 человек) показал, что патологические волны регистрировались у всех больных независимо от степени тяжести заболевания, степень выраженности фонореспираграфических изменений зависела от тяжести проявления бронхиальной обструкции. При легком течении бронхиальной астмы количество патологических волн в высокочастотном диапазоне было меньше, чем при среднетяжелом течении, а при среднетяжелом течении выше, чем при тяжелом течении бронхиальной астмы. Наибольшее количество дополнительных патологических феноменов, регистрируемых в высокочастотном диапазоне, наблюдалось при тяжелом течении бронхиальной астмы.

Изменения в низкочастотном диапазоне имели такую же закономерность, что и нарушения, регистрируемые в высокочастотном диапазоне фонореспираграмм. Значительное количество патологических акустических феноменов, и увеличение амплитуды волн дыхательного паттерна регистрировались преимущественно в высокочастотном диапазоне. Показатели акустической работы дыхания интегральный показатель функции внешнего дыхания, которая представляет собой количественную оценку энергетических затрат бронхиальной системы при возникновении специфического акустического феномена за отдельную фазу или за весь респираторный цикл. Для сравнительной оценки акустической работы дыхания у больных нами обследовано 16 практически здоровых лиц.

Для удобства оценки авторы диагностического комплекса предложили коэффициенты K_1 , K_2 , K_3 . K_1 — отношение общей работы (в диапазоне 0,1—12,6 кГц) к работе, затраченной на возникновение «нормального» везикулярного дыхания (в диапазоне 0,1—1,2 кГц), — для оценки везикулярного дыхания. Патологические волны в зоне везикулярного дыхания характерны для проводных хрипов. K_2 — отношение работы, затраченной на возникновение волн высокой частоты (5—12,6 кГц), к работе, затраченной на возникновение «нормального» везикулярного дыхания (в диапазоне 0,1—1,2 кГц), — для оценки акустической работы в высокочастотной области. K_3 — отношение показателя работы, затраченной на возникновение волн низкой частоты (1,2—5 кГц), к работе, затраченной на возникновение «нормального» везикулярного дыхания (0,1—1,2 кГц), для оценки акустической работы в низкочастотном диапазоне. Дополнительные акустические фе-

номены в низкочастотном диапазоне свойственны для влажных хрипов.

Впервые были установлены нормативные значения акустической работы дыхания, которые независимо от степени тяжести бронхиальной астмы были достоверно больше по сравнению с контролем в области везикулярного дыхания, в высокочастотном и низкочастотном диапазонах ($p < 0,001$). У больных бронхиальной астмой легкого течения показатели акустической работы дыхания достоверно отличались по сравнению с бронхиальной астмой среднетяжелого течения в области везикулярного и высокочастотного диапазонов ($p < 0,01$; $p < 0,02$ соответственно). В области низкочастотного диапазона разница в акустической работе дыхания была недостоверной ($p > 0,05$). Межгрупповые различия у больных бронхиальной астмой легкого и бронхиальной астмой тяжелого течения достоверно отличались по всем диапазонам бронхофонограммы ($p < 0,01$, $p < 0,02$, $p < 0,02$ соответственно). Сравнение акустической работы дыхания при бронхиальной астме средней степени тяжести и тяжелого течения выявило по всем показателям достоверные отличия ($p < 0,02$, $p < 0,02$, $p < 0,05$ соответственно).

Таким образом, средние значения акустической работы дыхания независимо от степени тяжести бронхиальной астмы достоверно отличались от контроля во всех диапазонах бронхофонограммы (K1, K2, K3). По всем этим показателям (K1, K2, K3) имелись также и межгрупповые достоверные отличия, которые увеличивались с нарастанием

тяжести заболевания. Исключения составляли показатели K3 (акустическая работа в низкочастотном диапазоне) при бронхиальной астме легкого течения и при бронхиальной астме средней степени тяжести ($p > 0,05$). На начальных стадиях патологического процесса своевременная диагностика бронхиальной астмы значительно возрастает при использовании бронхофонографии. При среднетяжелом и тяжелом течении бронхиальной астмы исходные результаты исследования функции внешнего дыхания были одинаково информативны. При бронхиальной астме легкого течения клинические признаки нарушения бронхиальной проходимости выявлялись в три раза реже по сравнению с результатами спирографии и в 12,5 раза реже, чем при бронхофонографии. Этот факт свидетельствует о том, что для своевременной диагностики бронхиальной астмы на ранних этапах патологического процесса ведущее значение приобретает спирография и особенно бронхофонография. При более выраженной клинической картине диагностическое значение клинических и функциональных методов исследования одинаково. Результаты анализа фонореспирограмм зависят от степени тяжести бронхообструктивного синдрома. Количество патологических акустических волн нарастает в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы и превалирует значительно в высокочастотном диапазоне при бронхиальной астме тяжелого течения, что верифицирует тяжесть течения заболевания, что имеет немаловажное значение при лечении больных бронхиальной астмой.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)

Иванова Г.В., Полятыкина Т.С., Севастьянова Г.И.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

В последние годы ряд неблагоприятных общественных тенденций, сложная экономическая ситуация, нарастающее расслоение общества, резкое падение благосостояния большей части населения, неуверенность в будущем приводят к тому, что больной и его семья начинают все более страдать от стрессов, депрессий, страха. В результате этого возрастает роль психосоматического компонента в этиологии и патогенезе многих заболеваний, что может способствовать их прогрессированию и снижению эффективности терапии. В деятельности врача преобладающее значение приобретает способность анализировать факты, не относящиеся непосредственно к области медицины, — социальные, психологические, бытовые условия жизни пациента и его семьи. Соответственно изменяются и требования к врачу: врач, не обладающий знаниями по психологии, психоневрологии, не способный выявить истинные мотивы поведения больного, не может оказать адекватную и эффективную помощь.

Эффективная работа семейного врача невозможна без учета качества жизни пациентов: самочув-

ствия, физического и психического благополучия, способности выполнять должные социальные, семейные функции.

С медико-биологической стороны изучению подлежит генеалогическая характеристика семьи, с медико-социальной — материальные условия; культурная жизнь семьи, психологические аспекты семейной жизни.

Целью нашей работы было изучение влияния семьи, особенностей внутрисемейных отношений и психоэмоционального статуса больных артериальной гипертензией (АГ) на формирование приверженности больных к лечению на амбулаторном этапе наблюдения.

Нами обследовано 95 социально однородных семей больных. В исследование были включены 95 больных АГ и 248 членов их семей, из них 95 супругов, 78 родственников первой степени родства и 75 — не первой степени родства и не связанных кровными узами. Общее количество обследованных в данной группе — 343. Средний возраст больных — $53,3 \pm 2,2$ года, средний со-

став семьи — 3-4 человека, давность пребывания в браке — более 20 лет ($23,8 \pm 3,4$ года).

Для оценки психологического статуса больных и членов их семей проводилось психологическое обследование по методике СМОЛ — сокращенный многофакторный опросник для исследования личности. На основании полученных данных анализировался каждый профиль и рассчитывались усредненные профили СМОЛ в группах больных, родственников первой степени родства, остальных членов семей. Для ориентировочной оценки состояния семейного функционирования использовался опросник «Семейный АПГАР» (Smilkstein G., 1978), составленный для оценки 5 основных функций семьи: адаптация, разрешение проблем, партнерство, рост, духовное общение. Для оценки общей семейной удовлетворенности, нервно-психического напряжения в семье и внутрисемейной тревожности использовались тесты «Типовое семейное состояние» и «Внутрисемейная тревога». Психологическое тестирование проводилось всем членам семьи. В данное исследование включены только полные семьи.

В I группе больных (33—34,7%), которые оценили свои семьи как плохо функционирующие (при сумме баллов теста «Семейный АПГАР» менее 4) отмечены более высокие уровни внутрисемейной тревоги, усталости и общей неудовлетворенности семейной жизнью по сравнению со II группой больных (41—43,1%), которые оценили свою семью как хорошо функционирующую (при сумме баллов 7—10). При анализе показателей усредненного профиля СМОЛ в I группе отмечалось увеличение показателей по шкале 2 (шкала пессимистичности) $69,22 \pm 2,18$ Т-баллов, шкале 3 (эмоциональная лабильность) $71,94 \pm 1,85$ Т-баллов, шкале 7 (шкала внутренней тревожности) $71,34 \pm 2,42$ Т-баллов, что свидетельствует о соматизации тревоги, низкой адаптированности к стрессовой ситуации, возникающей при смене жизненных стереотипов. Это считается характерным для лиц с психосоматической патологией, у них отмечается снижение показателей шкалы 9 (шкала оптимизма) — уменьшается уровень активности, повышаются утомляемость и астения по сравнению со II группой ($56,31 \pm 2,22$; $51,32 \pm 1,58$, $57,27 \pm 2,98$ Т-баллов соответственно). 21 больной (22,1%) расценил отношения с супругом как удовлетворительные, 33 больных (34,7%) — как плохие и 41 больной (43,5%) — как хорошие.

Результаты тестирования супругов больных выявили дисфункцию, требующую немедленного вмешательства в 22,1% случаев (21 человек), оценили семью как хорошо функционирующую 47,3% (45 человек). Другие члены семьи оценили семью как плохо функционирующую в 43 случаях (28,1%). Частота неудовлетворенности семейными отношениями у больных увеличивалась с повышением уровня АД. Наиболее высокие показатели АД зарегистрированы в I группе больных, расценивших свою семью как требующую немедленного вмешательства (САД — $186,4 \pm 0,7$; ДАД — $106,4 \pm 0,8$ мм рт. ст.). Во II группе больных, считающих свою семью хорошо функционирующей, уровень САД составил $156,2 \pm 0,9$; ДАД — $96,0 \pm 0,6$ мм рт. ст., а дезадаптация профиля СМОЛ отмечалась в 49,7% случаев.

В семье, где сам больной и все ее члены оценили семью как плохо функционирующую, требующую немедленного вмешательства (21 семья — 22,1%), у всех больных отмечена дезадаптация профиля СМОЛ по шкалам невротизации и внутренней тревожности. Ретроспективный анализ амбулаторных карт этой группы показал, что больные этой группы в 3 раза чаще обращались в поликлинику за медицинской помощью, чем пациенты, считающие свою семью хорошо функционирующей и оценивающие отношения с членами семьи как хорошие. Частота обращения составила 3,2 посещения в месяц, частота вызовов скорой помощи — 3,9 вызова в год (в 6 раз выше), частота госпитализаций в стационар по основному заболеванию — 1,2 раза в год (в 6 раз выше), частота заболеваемости с временной утратой трудоспособности — 4,7 в год (в 8 раз выше). В этой же группе больных отмечена низкая эффективность проводимой медикаментозной терапии с достижением уровня целевого АД у 4 больных (19%); в 66,6% случаев зафиксирован отказ от регулярного приема препаратов, в 100% — отказ от выполнения нефармакологических рекомендаций врача. В группе больных, которые считают свою семью хорошо функционирующей, нерегулярный прием лекарственных препаратов отмечен только в 26,8% случаев (11 человека), а отказ от выполнения нефармакологических рекомендаций врача — в 29,3% (12 больных).

Полученные данные свидетельствуют о влиянии психологических особенностей личности и внутрисемейных взаимоотношений на приверженность больного к лечению и на его эффективность, требуют дальнейшего изучения и разработки мер по коррекции выявленных нарушений.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПРОФПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Калинина Э.П., Волков И.Е., Гусев Н.В., Аркина А.И., Омеляненко М.Г., Борута С.А.
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Профпатологическая служба в Ивановской области была создана в 1968 г. Вопросами профпатологии в то время занималась Рогова Ирина Александровна, получившая подготовку по этой специ-

альности в двухгодичной клинической ординатуре. С 1971 г. в составе профпатологической службы появился и второй врач-профпатолог — Малюкова Валентина Ивановна, приехавшая из г. Саратова.

Врачи вели специализированный прием профпатологических больных в Областной консультативной поликлинике, а диагностику, лечение и реабилитацию пациентов с профпатологией осуществляли в стационарных отделениях Ивановской областной клинической больницы: с 1971 г. в составе пульмонологического отделения; в 1977—1980 гг. — в кардиологическом, а с 1980-го по настоящее время — вновь в пульмонологическом отделении.

Параллельно с работой клинической базы была создана и развивалась профпатологическая лаборатория. Врачи-профпатологи проводили большую консультативную работу на промышленных предприятиях г. Иваново и районов области. Ежеквартально осуществлялись выезды в районы области для проведения контроля над качеством проведения предварительных и периодических медицинских осмотров лиц, работающих во вредных производствах согласно Приказам МЗ № 400 и 700, позднее — № 555, а с 1996 г. — по Приказу № 90 МЗМП РФ. Консультации проводились с участием сурдолога, невролога, рентгенолога и врача-лаборанта, прошедших подготовку по профпатологии на центральных базах усовершенствования врачей. По необходимости, а также в сложных и конфликтных ситуациях больных консультировали сотрудники кафедры терапии ИГМИ.

С 1981 г. профпатологическую службу Ивановской области возглавила врач высшей категории, сертифицированный профпатолог Эльза Павловна Калинина, которая работает в тесном контакте с сотрудниками кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава» (заведующий кафедрой — проф. М.Г. Омеляненко).

Пульмонологическое отделение ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» (главный врач — канд. мед. наук И.Е. Волков) является клинической базой для обучения студентов 5 курса лечебного факультета ИвГМА и клинических ординаторов по профессиональным болезням.

В г. Иваново и районах Ивановской области на начало 2007 г. на диспансерном учете состояло 583 человека с различными профпатологическими заболеваниями и еще 9 человек с подозрением на них. Ежегодно обследуются и лечатся в стационаре Ивановской областной клинической больницы более 100 человек, от 300 до 400 пациентов проходят через областной консультативный профпатологический прием. В 80-х гг. прошлого столетия ежегодная выявляемость лиц с профессиональными заболеваниями составляла от 20 до 35 человек, однако за последние годы этот показатель значительно снизился и составляет от 6 до 9 человек. Это связано с закрытием ряда крупных промышленных предприятий в городе и области. Основными профессиональными заболеваниями в регионе остаются силикоз, пневмокониоз электросварщика, вибрационная болезнь и вегетосенсорная полинейропатия конечностей.

Для обследования и лечения профпатологических больных в последние годы широко используются современные технологии, которыми располагает база Ивановской областной клинической больницы. Так, для диагностики пневмокониозов применяется видеоторакоскопия с прицельной биопсией ткани легкого и последующего морфологического исследования биоптатов.

Результаты работы профпатологической службы Ивановской областной клинической больницы регулярно докладываются на Конгрессах профпатологов и пульмонологов, отражаются в публикациях в центральных журналах, а также в материалах конференций и съездов. Кроме того, профпатологической службой Ивановской областной клинической больницы совместно с кафедрой факультетской терапии и профессиональных болезней ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава» осуществляется большая методическая работа для врачей г. Иваново и области: проводятся научно-практические конференции и семинары, издаются информационные письма и методические разработки по актуальным вопросам профилактики, диагностики и лечения профессиональных заболеваний.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Калмыкова И.В., Бреусов А.В.

ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

В основе управления персоналом и деятельностью лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в целом заложен чисто информационный процесс. Вследствие этого задача оптимизации системы управления любым лечебным учреждением непрерывно связана с совершенствованием его информационных ресурсов. В связи с этим актуальной проблемой сегодня является внедрение в практическую деятельность поликлиник новых ресурсосберегающих технологий, автоматизированных информационных систем, научно обоснованных методов анализа их функционирования, поиск средств повышения эффективности лечения больных.

Информационное обеспечение лечебно-диагностического процесса, который в отличие от производственного является уникальным, похожим на живой организм с огромным количеством функций, находящихся в постоянной динамике, концептуально является наиболее сложным. Создание современной локальной вычислительной сети (ЛВС) для городской поликлиники представляет собой многоплановую задачу:

- построение коммуникационной инфраструктуры;

- приобретение и установка средств вычислительной техники и системного программного обеспечения;
- разработка и адаптация прикладных программ;
- подготовка и обучение персонала поликлиники;
- сопровождение и эксплуатация ЛВС.

Особенностями функционирования ЛВС поликлиники являются: накопление специфической информации для формирования электронной медицинской документации, информационная поддержка и помощь врачу во время врачебного приема (справочная информация, данные о лекарственных препаратах, стандартах обследования больного, автоматизированное предоставление результатов выполненных анализов и т.д.), планирование очереди для посещения больными врачебных кабинетов, показали, что наиболее оптимальным выбором операционной системы для нее является комплексное взаимодействие систем Windows и Linux. При этом первую целесообразно использовать на ПК-клиентах, вторую — на сервере. Данная модель позволяет всю систему управления базами данных (СУБД) сосредоточить на SJK-сервере, а автоматизированные рабочие места пользователей ЛВС разворачивать на «клиенте», используя Web-технологии.

Четкая работа программного обеспечения компьютерной сети при взаимодействии указанных операционных систем осуществляется, благодаря применению методики ранжирования пользователей через предоставление им определенных пользовательских прав, а гармония взаимодействия их

между собой достигается использованием метода «транзакции», который внедрен в Linux, и благодаря чему удается избежать значительного количества «сбоев» работы в сети.

Мы пришли к выводу, что в рамках вышеперечисленных систем наиболее целесообразно создавать управляемые базы данных (БД), используя совмещение пакетов программирования — PHP и PostgreSQL. Указанные платформы дают возможность пользователям создавать устойчивые соединения с базами данных и формировать сложные СУБД для помощи участникам лечебно-диагностического процесса, что идеально соответствует структуре и устройству ЛВС городской поликлиники.

Все описанные нами принципы построения локальной сети ЛПУ позволяют применить в программировании концепцию усложнения программных разделов в пользу упрощения пользовательского интерфейса (упрощения управления базами данных).

Таким образом, организационные новации должны стать ключевым элементом, технологической основой комплексной системы управления лечебно-профилактическими учреждениями всех типов. Только при доказательстве их эффективности, используя системный подход к проблеме управления, следует, наряду с клиническими, решать организационные вопросы, используя возможности информатизации. При такой последовательности действий управление станет рациональным и будет основано на адекватном информационном обеспечении процесса принятия решений.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И АЛГОРИТМ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ДАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Комаров С.Г.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава»

Синдром хронической усталости (chronic fatigue syndrome) — описанное впервые менее тридцати лет тому назад заболевание, которое еще не классифицируется как самостоятельная нозология по МКБ-10, но заболеваемость которым прогрессивно увеличивается во всем мире, с полным основанием может быть отнесен к так называемым болезням цивилизации. В отличие от других болезней цивилизации (ВИЧ/СПИДа, H5N1-ассоциированной вирусной инфекции) до настоящего времени не выявлено специфического агента-возбудителя, как не установлено связи с генетическими, наследственными, экологическими факторами. Проведенными исследованиями не удалось также доказать связи развития синдрома хронической усталости с иммунными нарушениями, нейроэндокринными расстройствами и не выявлено морфологического субстрата. При этом в мире уже накопился многомиллионный контингент

больных с синдромом хронической усталости (СХУ), что позволило изучить его клиническую симптоматику, варианты развития и исходы. Проблема состоит в том, что заболевание мало известно врачам общей практики и специалистам, распознается с большим опозданием, в далеко зашедших стадиях и ведет к полной потере трудоспособности и инвалидности у пациентов в самом активном возрасте. Развиваясь исподволь, а у части пациентов по быстро прогрессирующему варианту, СХУ приводит вначале к снижению трудоспособности (физической и умственной), а затем к полной утрате трудоспособности, к полной потере памяти, к социальной дезадаптации и инвалидности. Наиболее высокая заболеваемость СХУ свойственна женщинам в возрасте 30—50 лет, а также лицам, занятым умственным трудом или имеющим высокие профессиональные психоэмоциональные нагрузки (менеджеры-руководители).

Диагностика СХУ основана на выявлении многокомпонентного симптомокомплекса, в котором сами признаки являются мало или совсем неспецифичными, по отдельности и в совокупности в разных сочетаниях весьма часто наблюдаются при многих других заболеваниях и патологических состояниях. Контент-анализ источников зарубежной и пока небольшого числа отечественной научной медицинской литературы позволяет описать компонентный состав СХУ следующим набором, т. н. «больших» и «малых» признаков (симптомов):

«Большие» признаки

- выраженная и не проходящая в течение полугода и более усталость, сопровождающаяся снижением умственной и физической трудоспособности,
- отсутствие хронических заболеваний, сопровождающихся непреходящей и нарастающей усталостью,

«Малые» признаки

- головная боль,
- боли в мышцах,
- боли в суставах без явных признаков воспаления,
- боли в области груди,
- болезненность и увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов,
- боли в горле без явных признаков респираторной инфекции,
- признаки воспаления слизистой оболочки в горле,
- длительный субфебрилитет,
- периодические головокружения,
- состояние тревоги, неуверенности,
- общее снижение работоспособности,
- апатия, эмоциональная подавленность,
- сонливость днем,
- бессонница ночью,
- ухудшение памяти,
- длительный (более 24 часов) дискомфорт после физических и психоэмоциональных нагрузок.

На основании проведенного исследования на достаточно больших и репрезентативных выборках нами были предложены критерии диагностики риска развития и высокой вероятности СХУ: а) отсутствие заболевания — менее 50% «малых» признаков и ни одного большого, б) подозрение на СХУ — от 50 до 75% «малых» признаков, в) риск развития СХУ — 50—75% «малых» признаков и один «большой» признак, г) высокая вероятность СХУ (диагностическая сумма признаков) — более 75% «малых» и два «больших» признака. При таком подходе диагностический доверительный диапазон ($\pm 3\sigma$) находится в пределах от 1,5 до 87%. Верификация нижней границы диагностического диапазона проводилась на считающих себя здоровыми, имеющих медицинское образование и самую высокую доступность квалифицированной медицинской помощи мужчинах и женщинах в возрасте 19—65 лет (студентах

и аспирантах медицинского университета, руководителях учреждений и органов управления здравоохранением), а верхней границы — на пациентах специализированных стационаров с установленным диагнозом СХУ или заболеваниями, классифицируемыми по МКБ-10 как F 48.0 и R 53 (неврастения, недомогание и утомляемость).

Нами разработан алгоритм организации и осуществления медико-социальной помощи, семейно-бытовой и социальной реадaptации больных с синдромом хронической усталости, который включает в себя следующие этапы и мероприятия:

- предварительная диагностика (профосмотры, врачи общей практики и семейные врачи, врачи-специалисты)
- верификация и дифференциальная диагностика (с онкопатологией, с туберкулезом, с ВИЧ/СПИДом, с депрессией на почве психических расстройств и заболеваний, с другими хроническими заболеваниями, имеющими сходную клиническую симптоматику)
- индивидуальная лечебно-реабилитационная программа: а) просвещение, разъяснение, б) устранение причин, в) фармакотерапия и психотерапия)
- семейно-бытовая реабилитация (комплекс)
- социально-психологическая и трудовая реадaptация (комплекс)
- экспертиза нетрудоспособности
- перевод на инвалидность.

Сложность вопроса состоит не только в том, что большое число пациентов с высокой вероятностью развития, развивающимся или уже развившимся синдромом хронической усталости «осаждают» лечебно-профилактические учреждения, врачи общей практики и специалистов, составляют контингент «жалобщиков» на некачественную медицинскую помощь, не получая необходимого объема лечебно-реабилитационной помощи, пополняют когорту социально-обременительной и нетрудоспособной части населения, но и в отсутствии специфического лечения. В этих условиях очень важно изменить сложившийся за много десятилетий стереотип мышления врачей, основанный на простой формуле «болезнь — лечение». Как и другие уже существующие и с очень высокой вероятностью предстоящие новые болезни цивилизации требуют иного подхода, при котором роль врача меняется, и алгоритм его действий предусматривает не столько моделирование лечебно-диагностических, а в большей степени организационных мероприятий по социальной и бытовой реадaptации, профессиональной переориентации пациентов на основе глубокого изучения и анализа причинных факторов и прогнозирования. Совершенно новым смыслом и содержанием наполняется понятие «профилактика».

Прогнозируемое на ближайшие несколько десятилетий экспоненциальное накопление контингента больных с синдромом хронической усталости, на наш взгляд, является расплатой за несколько десятилетий просуществовавшую «лечебную» ориентацию здравоохранения.

УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССАМИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ

Кротова И.В.

МУЗ «Городская больница № 1», г. Старый Оскол, Белгородская обл.

Реформирование ПМСП на муниципальном уровне связано с решением правовых, финансовых и организационных проблем. Системообразующую роль при этом играет управление.

Появление в структуре амбулаторно-поликлинической помощи ВОП/СВ предполагает необходимость изменения функций основных учреждений ПМСП. При этом неизбежен пересмотр функциональных и должностных обязанностей врачей ПМСП, в первую очередь участковых терапевтов и педиатров. Эти процессы должны сопровождаться переподготовкой кадров, развитием стационаро-замещающих видов медицинской помощи. Оказание медицинской помощи на первичном уровне должно быть менее затратным, более экономичным и эффективным. В современных условиях необходима гибкая система оплаты труда.

30 ноября 2006 г. принято Постановление Правительства Белгородской области «О структурном управлении и подушевом принципе оплаты ПМСП в системе ОМС».

Внедряется схема финансирования на субсчет врача первичного звена, что позволяет каждому специалисту оценивать свою деятельность и принимать участие в расходовании средств, мотиви-

ровать профилактическую деятельность, а также сопровождать пациента на всех этапах.

Указанным постановлением утверждено Положение о наблюдательном совете по вопросам обеспечения структурной эффективности медицинской помощи.

Разработан Порядок оплаты в системе ОМС медицинской помощи терапевтического и педиатрического профилей, а также общих врачебных практик. Отраслевая система оплаты труда предполагает:

- базовую ставку специалистов;
- выплаты компенсационного характера;
- выплаты с применением коэффициентов;
- выплаты стимулирующего характера;
- выплаты из резервного фонда.

Разработаны критерии оценки качества деятельности для всех категорий специалистов-врачей, а также сестринского персонала. Конечно, мы находимся в самом начале пути, но первые результаты уже обнадеживают нас, что этот путь выбран правильно.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Кузнецова Е.П., Лихтшангоф А.З., Богданова И.А., Печникова Ю.А.

Поликлиника № 34, Александровская больница, г. Санкт-Петербург

Представлен анализ деятельности клинико-диагностической лаборатории поликлиники № 34 Петроградского района, которая оказывает лечебно-профилактическую помощь населению района в количестве 36 тыс. чел. Кроме этого, поликлиника проводит профилактические осмотры и лечение рабочих промышленных предприятий района, обслуживает юношей по направлению РВК; больных из женской консультации, травматологического пункта, доноров и др.

Клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ) расположена на V этаже, занимает 7 комнат площадью 133 м², в т.ч.: кладовая, комната для забора крови, препаратная, комната для микроскопических исследований, моечная, кабинет заведующей лабораторией. КДЛ размещается в специально оборудованных помещениях, полностью соответствующих требованиям правил по устройству, эксплуатации и технике безопасности.

Лаборатория работает по рабочим дням — 5 дней в неделю. Прием анализов производится еже-

дневно: клинических — с 8-00 до 11-00, биохимических — с 8-00 до 10-00. Кроме того, осуществляется забор крови на дому с доставкой их в КДЛ в закрытых системах. Клинические исследования проводятся в КДЛ поликлиники, биохимические отправляются в центральную биохимическую лабораторию, серологические (реакция преципитации на сифилис — MRL) — в районный КВД. В соответствии с утвержденным положением, клинико-диагностическая лаборатория является диагностическим подразделением поликлиники на правах отделения.

Всего в штат КДЛ входят 2 врача-лаборанта (3,0 ставки), 3 фельдшера-лаборанта (5,0 ставки) и 1 санитарка (2,5 ставки). Таким образом, укомплектованность ставок физическими лицами составляет 57,1%, а с учетом внутреннего совместительства — 100,0%. Коэффициент совместительства составляет 175,0%. Нагрузка персонала определяется задачами лаборатории, положением о его функциональных обязанностях, а также рас-

четными нормами времени на проведение лабораторных исследований.

Основными задачами КДЛ являются: проведение клинических лабораторных исследований в соответствии с профилем ЛПУ в объеме согласно заявленной номенклатуре исследований при аккредитации КДЛ и выдача по их результатам заключений; внедрение прогрессивных форм работы, новых методов исследования имеющих высокую аналитическую точность и диагностическую надежность; повышение качества лабораторных исследований и участие в программе Федеральной системы внешней оценки качества; оказание консультативной помощи врачам лечебных отделений в выборе наиболее диагностически информативных лабораторных тестов и трактовке данных лабораторного обследования больных; повышение квалификации персонала лаборатории; проведение мероприятий по охране труда персонала, соблюдение техники безопасности, производственной санитарии, противозидемиологического режима в КДЛ; ведение учетно-отчетной документации в соответствии с утвержденными формами; проведение на договорной основе лабораторных исследований для других ЛПУ и промышленных предприятий.

Лаборатория проводит активную маркетинговую политику. В частности, заключены договоры на проведение лабораторных исследований с поликлиниками № 32 и 83 Петроградского района, МСЧ № 59, с предприятиями и учреждениями Петроградского района: «Электроприбор», «Электрик», «Аргус-спектр», «Светоч», «Петроградский телефонный узел», «Ленполиграфмаш», «Ладога», «Интеграл», «Дом мод».

Решением Комиссии по лицензированию и аккредитации медицинской и фармацевтической деятельности Санкт-Петербурга № 282 от 27 апреля 1999 г. клинко-диагностической лаборатории

поликлиники № 34 Петроградского района присвоена высшая квалификационная категория.

Всего за 5 лет (1998—2002 гг.) в клинко-диагностической лаборатории поликлиники № 34 проведено 813 595 анализов. В структуре проведенных клинических исследований преобладают анализы мочи (53,6%), крови (43,8%), реже проводятся анализы кала (2,4%) и мокроты (0,2%).

За последние три года (январь 2001 г. — ноябрь 2003 г.) в КДЛ освоен ряд новых методик. Всего за неполных три года проведено 24 134 анализа, причем отмечается постоянный рост числа анализов этой группы: 6362 — в 2001 г., 8014 — в 2002 г. и 9758 — за 11 месяцев 2003 г. Чаще всего проводятся исследования антигенов вируса гепатита (HBs Ag — 25,6% всех проведенных тестов и HCV Ag — 27,1%), исследования концентрации тиреотропного гормона (12,3%), свободного тироксина (10,2%) в сыворотке крови.

Приведем клинические примеры эффективности деятельности КДЛ в трудных и сомнительных случаях.

1. Пациент Б. сдал кровь на HBs Ag (австралийский антиген) — получен сомнительный результат. При повторной сдаче австралийский Ag отрицательный, но одновременно был проведен тест на антитела к коровому антигену (anti-HBc IgG), результат положительный. Пациент направлен к инфекционисту.

2. Пациентка Р. обратилась с жалобами на длительное кровотечение к гинекологу. При дополнительном исследовании крови обнаружен повышенный эстрадиол; с повышенным эстрадиолом пациентка отправлена к онкологу и на операцию в онкодиспансер. Помимо исследования кала на яйца глистов было проведено исследование кала на простейших. В кале обнаружались цисты лямблий. В результате своевременно проведено лечение лямблиоза кишечника.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Ляпина О.И.

ММУ «Городская клиническая поликлиника № 15», г. Самара

Работа врача общей практики в условиях недостатка финансовых средств заставляет его искать пути снижения затрат на оказание медицинской помощи без ущерба качеству оказания медицинской помощи. Повышение профессионального уровня врача дает возможность внедрять в повседневную практику новые медицинские методики и ресурсосберегающие технологии ведения больных, добиваться контроля течения заболевания на амбулаторном этапе.

В течение 10 лет в ММУ ГКП № 15 отработывается модель дифференцированного подхода к оплате труда каждого сотрудника поликлиники. В основе данной модели лежит оценка деятельности по конечному медико-экономическому результату.

Качество оказания медицинской помощи определяется ежемесячно Советом по качеству на осно-

вании разработанных индикаторов. Для интегральной оценки деятельности общеврачебной практики основные показатели группируются в модель конечных результатов с подразделением на показатели результативности (первичный выход на инвалидность, средняя длительность временной утраты трудоспособности, флюорографическое обследование «группы риска» и т.п.) и показатели дефектов (удельный вес запущенных случаев онкозаболеваний, расхождение клинических и поликлинических диагнозов, обоснованные жалобы). Полученная интегральная оценка является объективным отражением уровня качества и позволяет судить, насколько эффективна деятельность общеврачебной практики или каждого специалиста в отдельности.

В организации лечебно-диагностического процесса используется системный подход, ориентиро-

ванный на активное раннее выявление патологии и факторов риска её развития, повышение эффективности диспансеризации хронических больных с целью предупреждения развития осложнений, требующих госпитализации в круглосуточный стационар или вызовов скорой помощи.

Экономический эффект оценивается менеджерами отделений и представляет собой разницу между доходом, который зависит от количества прикрепленного населения в условиях фондодержания или исполнения муниципального заказа, и фактическими расходами отделения и каждого врача в отдельности на госпитализацию, вызовы скорой помощи, консультативно-диагностические услуги в других ЛПУ, а также с учетом внутриучрежденческого взаиморасчета.

Экономическая заинтересованность врачей и медицинских сестер общей практики заставляет их проводить тщательный отбор больных на плановую госпитализацию, улучшать качество диспансерного наблюдения, полнее использовать собственную лечебно-диагностическую базу, внедрять новые медицинские технологии, контролировать объем и качество оказания медицинской помощи в стационарах, шире использовать стационароразмещающие формы оказания медицинской помощи

В структуре финансовых расходов на оплату внешних услуг основную часть составляет стационарная помощь. Как показывает наблюдение, четвертая часть пациентов, пролеченных в стационаре, не нуждается в круглосуточном наблюдении. С целью оптимизации затрат на госпитализацию в поликлинике организован дневной стационар на 90 коек для пациентов с различными нозологиями. Налицо и экономический эффект. Только за 2006 г. в дневных стационарах пролечено более 1500 пациентов. Реальные затраты в дневном стационаре составили 2 250 000 рублей. Предположительные затраты на лечение такого же количества больных в круглосуточном стационаре составили бы 9 766 050 руб. Следовательно, экономический эффект лечения в дневном стационаре составляет 7 510 050 рублей.

Важным моментом является сотрудничество врачей общей практики с круглосуточными стационарами, во время посещения которых анализируются случаи госпитализации, выявляются ошибки в ведении пациента на амбулаторном этапе, приведшие к потере контроля течения заболевания,

отрабатывается преемственность в оказании медицинской помощи, рассматривается возможность досрочного перевода пациентов на долечивание на амбулаторный этап, что позволяет оплачивать лечение пациента по сокращенному тарифу. В целом, из стационаров на долечивание на амбулаторный этап выписывается около 25% пациентов.

Врачами общей практики проводится анализ выставленных счетов, а стационарное лечение оценивается объемом и качеством лечебно-диагностической помощи, оказанной больному в стационаре. В случаях неполного выполнения стандартов, предусмотренных для стационаров, оформляется претензия и коэффициент оплаты снижается. Экономия средств обязательного медицинского страхования только при работе со счетами и снижении КСГ за 2006 г. составила 3 160 758 руб. Часть средств, возвращенных в поликлинику, направляется на дополнительную оплату труда ВОП, МОП и врачей-специалистов.

Подтвердила свою целесообразность организация неотложной помощи при поликлинике: стоимость вызова бригады неотложной помощи в 2,5 раза ниже стоимости вызова городской скорой медицинской помощи, что обеспечивает рациональное использование имеющихся у поликлиники ресурсов.

Такой комплексный подход к использованию финансовых ресурсов позволяет, наряду с увеличением объема оказания медицинской помощи на амбулаторном, уменьшить финансовые затраты на внешние услуги.

Перераспределение финансовых средств позволяет формировать фонд, используемый для экономической мотивации деятельности врача общей практики и создать систему дифференцированного подхода к оплате труда.

Полноценная реализация экономических направлений в деятельности ВОП, создание конкуренции, дифференцированная оплата труда, основанная на достижении медико-экономической эффективности и наличие системы материального стимулирования создают благоприятные условия для улучшения качества оказания медицинской помощи, смещения приоритетов в сторону профилактической работы, внедрения новых методов диагностики и лечения.

РАБОТА ЭНДОКРИНОЛОГА ПОЛИКЛИНИКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ЕГО СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Маврычева Н.В., Романенко И.А., Ващенко Л.М., Гринштейн В.Б., Падун М.П.
МУЗ «Городская больница № 4», г. Владимир
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрави»

В течение последнего десятилетия наблюдается стабильный рост числа больных с патологией эндокринной системы, что связано с одной стороны с ухудшением экологической обстановки в крупных городах, со снижением физической активности населения и изменением характера его питания, а с другой — с успехами эндокринологии,

позволившими значительно увеличить число выявленных больных и продлить их жизнь. Анализ заболеваемости по обращаемости позволяет оценить распространенность определенной эндокринной патологии среди населения, выявить нозологические формы с наибольшей встречаемостью.

Особенно значительны, по нашим данным, показатели заболеваемости населения сахарным диабетом и ожирением. По количеству больных, находящихся на диспансерном учете, сахарный диабет, несомненно, опережает все другие заболевания. На протяжении пяти лет этот показатель достаточно стабилен и составляет в нашей поликлинике 79,5—84,3%. Эта часть больных эндокринного профиля требует пристального внимания врача и постоянного мониторинга их состояния.

У больных с сахарным диабетом чаще всего возникают показания к госпитализации в специализированные отделения. Анализ причин летальности больных сахарным диабетом показал, что большая часть их погибает вследствие состояний, имеющих в своей основе поражение артерий среднего и крупного калибра — диабетических макроангиопатий (ишемическая болезнь сердца, нарушения мозгового кровообращения; диабетическая стопа и связанные с ней флегмона и гангрена нижних конечностей.).

Эпидемиологические исследования, проведенные во многих странах мира, предоставили нам неопровержимые доказательства тесной связи сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. Не случайно в России сахарный диабет считается важнейшим фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), ускоряющим формирование атеросклеротического поражения коронарных артерий, а в Национальной программе США по снижению холестерина он рассматривается как эквивалент ИБС. К сожалению, в повседневной амбулаторной практике сосудистые осложнения сахарного диабета нередко диагностируются тогда, когда они уже необратимы даже при самом активном лечении. Кроме того, сосудистые осложнения сахарного диабета некоторые врачи относят к так называемому «позднему диабетическому синдрому», возникающему, по их мнению, через много лет с момента клинической манифестации болезни.

Во многих странах мира (в том числе и в России) сахарный диабет определен в качестве национальных приоритетов среди наиболее важных проблем здравоохранения, и все виды медицинской помощи таким больным оказываются за счет государства, что приводит к огромным прямым и косвенным расходам и составляет весьма значительную часть всего бюджета здравоохранения. Поэтому так важен поиск оптимальных терапевтических подходов, повышающих медицинскую и экономическую эффективность лечения сахарного диабета и его сосудистых осложнений. Сосудистые осложнения могут оказаться клинической манифестацией сахарного диабета и выявляются уже при первом посещении больным врача-эндокринолога, однако они расцениваются как исключения из общего правила.

Целью нашей работы явилась оценка степени сосудистого риска и сердечно-сосудистых нарушений при впервые выявленном сахарном диабете 2 типа (СД 2) и при предшествующем заболеванию состоянии нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) согласно критериям European Diabetes Policy Group (1999).

Под нашим наблюдением находилось 98 пациентов: 53 больных с впервые выявленным СД 2 и 45 лиц с НТГ. В число обследуемых не включались лица старше 60 лет. Всем обследованным проведены осмотр и физикальное обследование; измерение артериального давления; определение антропометрических показателей: роста, веса, объема талии (ОТ), объема бедер (ОБ), расчет индекса массы тела (ИМТ), соотношения ОТ/ОБ. Они проконсультированы невропатологом и окулистом. Проведенные инструментальные исследования включали электрокардиографию, велоэргометрию, сфигмографию сосудов нижних конечностей, в необходимых случаях — ультразвуковую доплерографию сосудов ног. Лабораторно определяли общий анализ крови и мочи, липидный профиль, уровень глюкозы в капиллярной крови натощак и после еды, содержание в плазме крови продуктов деградации фибриногена-фибрин (ПДФ) и перекисного окисления липидов — малонового диальдегида (МДА).

У подавляющего большинства обследованных с НТГ и больных СД 2 зарегистрировано наличие абдоминального ожирения (71 и 87% соответственно). Высокий риск формирования диабетических ангиопатий обнаружен у половины лиц с НТГ, о чем свидетельствует выявление у них факторов риска сосудистых осложнений: особенно часто отмечались повышение уровня постпрандиальной гликемии и содержания холестерина липопротеидов низкой плотности, подъем артериального давления. ИБС диагностирована у 8, а снижение кровотока в нижних конечностях — у 15 пациентов с НТГ. В дебюте СД 2 высокий риск повреждения сосудов имеется у большинства больных (83%), причем он обусловлен наличием практически всех факторов риска ангиопатий, отражающих состояние углеводного, липидного обмена и артериального давления. ИБС зарегистрирована у 22 больных СД 2, снижение магистрального кровотока в нижних конечностях обнаружено у 25 обследованных с впервые выявленным сахарным диабетом. У лиц с НТГ отмечено повышение в крови уровня малонового диальдегида (МДА), свидетельствующего о развитии окислительного стресса, а так же концентрации ПДФ, являющейся маркером внутрисосудистого свертывания крови. Эти процессы достоверно более активны у больных с клинической манифестацией СД 2. Характер повреждения сосудов у лиц с НТГ и больных с впервые выявленным СД 2 носит односторонний характер, но при субклиническом нарушении углеводного обмена сила повреждающих факторов, воздействующих на сосуды, значительно меньше, чем при СД.

Приняв во внимание обнаруженные тенденции, всем обследованным лицам с НТГ было проведено анкетирование, с помощью которого выявлено 39 лиц, изъявивших желание заниматься в «школе грамотного пациента» — для профилактики СД. Этим пациентам на срок 3 месяца были назначены диетотерапия, бигуаниды (сиофор 500 мг 2 раза в сутки) для коррекции нарушений углеводного и жирового обмена, антиоксиданты (альфа-токоферол 600 мг в сутки) и препараты альфа-липоевой кислоты (берлитион 300 мг в сутки). Каждые 14 дней у них контролировался уровень гликемии. В течение этого периода времени

обследуемые посещали занятия в «школе грамотного пациента».

При заключительном исследовании через 3 месяца лечения в этой группе пациентов с НТГ снижение массы тела составило от 3,9 до 6,2 кг, у 18 человек нормализовались показатели глюкозотолерантного теста, а 16 пациентов с НТГ отметили значительное снижение уровня постпрандиальной гликемии; у 70% обследованных нормализовался уровень ПДФ, а у 53% лиц с НТГ снизилось содержание МДА в крови. У 27 пациентов с НТГ достоверно улучшились показатели кровотока в нижних конечностях.

Повышение уровня знаний больных в «школе грамотного пациента» о роли нарушений углеводного, липидного обмена и артериального давления в развитии заболевания, обучение лиц с НТГ и впервые выявленным СД 2 практическим навыкам определения сахара в крови, расчета калорийности питания и интенсивности физических нагрузок, правилам ухода за ногами и т. п. способствует формированию здорового образа жизни. Коррекция метаболических нарушений на доклинической стадии нарушения углеводного обмена - это реальный способ профилактики развития сахарного диабета 2 типа и его сосудистых осложнений в амбулаторных условиях.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В МУНИЦИПАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Мамонова Н.С., Мамонова А.С.

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава»

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №633 от 13.10.2005 г. терапевтическая, педиатрическая помощь и общеврачебная практика в рамках первичной медико-санитарной помощи в муниципальном районе организуется в амбулаториях, центрах общеврачебной практики, участковых больницах, центральной районной больнице, поликлиниках, доме сестринского ухода, хосписах. Сегодня в малых городах и селах проживает более половины населения России. Поэтому состояние муниципального здравоохранения тема актуальная. От работы ЛПУ в малых городах и селах напрямую зависит здоровье нации.

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению является наиболее доступным и массовым видом медицинского обслуживания. От организации работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях, качества работы врачей зависит правильная ранняя диагностика заболеваний, своевременно начатое лечение, исходы заболеваний. Важным аспектом работы врачей амбулаторно-поликлинического звена являются профилактические мероприятия в отношении самого больного и окружающего населения.

Организационные формы оказания медицинской помощи в период реформирования здравоохранения определяются состоянием экономики страны, внедрением и наличием новых медицинских технологий, системой управления службой, уровнем подготовки специалистов, их готовностью к работе в новых условиях.

Стратегической целью государства при реализации национальных проектов является внедрение новых высокотехнологичных видов медицинской помощи с использованием новых организационных форм оказания медицинской помощи, включая и самые отдаленные районы. В амбулаторно-поликлиническом звене предусмотрено развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи, что означает упорядочение и экономически более рентабельное использование

стационарного фонда. Опыт работы дневных стационаров на базе поликлиник свидетельствует о положительных изменениях в системе лечебно-профилактических мероприятий при работе в современных условиях.

До Постановления Правительства «Об организации денежных выплат врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врача общей практики и медицинскому персоналу «скорой медицинской помощи» от 07.03.2006 г. укомплектованность участковыми терапевтами, педиатрами в амбулаторно-поликлинических учреждениях муниципального здравоохранения была очень низкой и не позволяла решать задачи первичного звена здравоохранения. В настоящее время проблема кадров в амбулаторно-поликлиническом звене муниципального здравоохранения на территории Воронежской области успешно решается. Это связано не только с материальным стимулированием работников первичного звена здравоохранения, но и с улучшением условий труда, улучшением материально-технической базы поликлиник муниципальной службы.

Важным направлением реформирования амбулаторно-поликлинической службы является развитие системы семейной медицины не как альтернативной, а параллельной амбулаторно-поликлинической помощи населению. Но при этом прослеживаются некоторые проблемы в работе врачей общей практики и участковых терапевтов, педиатров. Например, число посещений врачей общей практики значительно больше в связи с инфекционными и паразитарными болезнями, болезнями эндокринной системы, а по классу некоторых болезней почти в 2 раза больше. Материалы по анализу структуры посещений населением врачей общей практики и участковых врачей могут быть использованы при планировании деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, что повысит качество оказания медицинской помощи.

Изучение структуры посещения населением врачей общей практики и участковых врачей позволит планировать мероприятия по диспансеризации больных, организовать санитарно-просветительную работу, разработать мероприятия по повышению квалификации медицинского персонала на рабочих местах.

Важным аспектом работы врачей амбулаторно-поликлинического звена является нагрузка врачей на приеме, от которой зависит качество медицинской помощи. Исследования показали, фактическая годовая нагрузка врачебной должности у врачей общей практики выше, чем у участковых врачей. При этом отмечается необоснованность направлений пациентов на консультацию к врачам узких специальностей. В ряде случаев более компетентными являются врачи общей практики.

Процесс разграничения бюджетных полномочий и реформа местного самоуправления, вводимые согласно законам «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (№ 95-ФЗ от 04.07.2003) и «Об общих принципах организации законодательных органов местного самоуправления в Российской Федерации» (№ 131-ФЗ от 06.10.2003), относятся к наиболее значимым трансформациям в социальной сфере настоящего периода. Развитие федерального законодательства привело к изменениям в определении ответственности и компетентности органов государственной власти РФ, субъектов федерации и органов местного самоуправления в организации здравоохранения. Система здравоохранения должна начинаться с ответственности работодателя за своего работника и заканчиваться ответственностью врача за результаты своей деятельности. Современное здравоохранение предполагает повышение качества медицинской помощи населению на современном уровне, прежде всего повышения уровня обучения и подготовки медицинских кадров, в частности руководителей учреждений здравоохранения на всех уровнях.

Особое место при этом занимает профессиональная подготовка медицинских кадров и внедрение новых стандартов управления и контроля качества медицинской помощи населению, повышение эффективности управления отраслью здравоохранения. Какой бы продуманной и прогрессивной ни была стратегия реформирования здравоохранения, успех ее практической реализации будет зависеть от исполнителей задуманного и их руководителей. Поэтому вопросы повышения качества управления отраслью в период ее преобразования приобретают особую значимость и актуальность. В целях повышения профессионализма управленческого звена необходимо постоянно совершенствовать систему их подготовки и переподготовки.

Важнейшим направлением является разработка Государственного образовательного стандарта по специальности «Общественное здоровье и управление здравоохранением», на основе которого должна осуществляться подготовка и переподготовка медицинских кадров. В связи с изменением в организации работы амбулаторно-поликлинической помощи населению в Российской Федерации особая ответственность ложится на профессорско-преподавательский состав кафедр организации здравоохранения и общественного здоровья, кафедр поликлинического обучения, институтов и кафедр последипломного медицинского образования. Изменения учебных планов и программ должно основываться на приоритетных направлениях развития здравоохранения и потребностях управленческой практики в области охраны здоровья населения, основанной на национальном проекте в отрасли здравоохранения.

В связи с этим, основными направлениями обучения организаторов учреждений здравоохранения должны стать новые программы: теория методов управления, управление организационными процессами, теория мотиваций, финансово-экономический менеджмент, управление трудовыми ресурсами и развитие новаторских и лидерских качеств в отрасли здравоохранения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАССАЖА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Маркарян Д.В., Егорова Л.А.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрави»

В лечении больных с остеохондрозом одно из главных мест занимает применение массажа. Методика массажа, построенная с учетом клинко-физиологических принципов, является эффективным средством лечения, восстановления работоспособности, снятия усталости, возвращения человека к активной жизни. Как правило, он выполняется в лечебных учреждениях специально подготовленной медицинской сестрой, имеющей сертификат специалиста. Понятие эффективности медицинской помощи содержит множество аспектов. Один из них — это благополучие человека, основные параметры которого можно определить, используя концепцию качества жизни. На сего-

дняшний день, имея современные инструменты для оценки качества жизни, можно использовать данную характеристику для мониторинга состояния пациента, которое позволит индивидуализировать реабилитационные программы и повысить эффективность лечения.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения массажа, проводимого медицинскими сестрами, в комплексном лечении больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с позиций концепции качества жизни.

В исследование были включены 30 больных в возрасте от 30 до 70 лет, проходивших лечение в

неврологическом отделении ОГУЗ «Ивановской областной клинической больницы» с диагнозом: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, осложненный симптомом радикулопатии. Среди пациентов 46% — женщины, 54% — мужчины. Большинство пациентов (63%) — лица трудоспособного возраста. Пациенты были разделены на две группы: группу воздействия, в которую вошли больные, получавшие традиционное лечение и массаж, и группу контроля, где больные получали только традиционное лечение. Инструментами исследования качества жизни выбран общий опросник SF-36. По большинству показателей (социальному составу, уровню образования, семейному положению, длительности заболевания, наличию и выраженности клинических симптомов, применяемых лекарственных препаратов) пациенты сравниваемых групп не отличались.

У больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника выявлено существенное снижение показателей качества жизни по всем шкалам опросника от 40 до 70 баллов в сравнении с максимальными значениями (по данному опроснику — 100 баллов). Максимальное уменьшение баллов (на 71,8) отмечается по шкале боли, которая отражает уровень качества жизни, связанный с интенсивностью боли и ее влиянием на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. При выписке в обеих группах наблюдается положительная динамика клинической картины. Однако у пациентов, получавших массаж, выявлена достоверно лучшая динамика субъективных и объективных симптомов, таких как уменьшение боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в нижнюю конеч-

ность, болезненности паравертебральных точек, увеличение объема движений в поясничном отделе позвоночника, уменьшение напряжения длинных мышц спины на поясничном уровне, увеличение угла подъема ноги при проведении симптома натяжения Лассега.

Проведенное исследование выявило разницу в показателях качества жизни пациентов наблюдаемых групп при выписке.

В группе больных, получавших кроме традиционной терапии, массаж, достоверно улучшились значения по шкалам физического функционирования ($47,8 \pm 17,0$ до $86,1 \pm 9,3$ балла), общего здоровья ($46,7 \pm 10,4$ до $84,8 \pm 14,0$ балла), психического здоровья ($58,7 \pm 7,2$ до $66,1 \pm 5,2$ балла), шкале боли ($31,6 \pm 9,8$ до $84,8 \pm 14,0$ балла). В сравниваемой группе изменений по указанным шкалам не произошло. Это свидетельствует о том, что у пациентов, получавших массаж, повышается толерантность к физическим нагрузкам, они более дееспособны, мобильны, оптимистично оценивают свое состояние здоровья в настоящий момент и перспективы лечения, эмоционально-позитивны.

Таким образом, проведенные исследования убедительно продемонстрировали эффективность применения массажа, проводимого медицинскими сестрами, на фоне традиционной терапии больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, проявляющееся в выраженном улучшении клинико-функциональной картины и повышении качества жизни.

ОЦЕНКА СОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА

Масленникова О.М., Фомин Ф.Ю.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Артериальная гипертония (АГ) приводит к опасным сердечно-сосудистым осложнениям, действуя через поражение органов-мишеней — сердца и сосудов. Для успешного лечения пациента и профилактики сердечно-сосудистых осложнений важно определить степень поражения сердца и сосудов, так как от этого во многом зависит прогноз, а также выбор препарата для лечения АГ. Так, ранее было показано, что применение ряда препаратов (антагонистов кальция, ингибиторов АПФ, индапамида), наряду со снижением АД, приводит к улучшению эластических свойств сосудов.

Однако если оценка гипертензионного ремоделирования миокарда у конкретного больного доступна на практике (ЭКГ, эхокардиография), то выявление сосудистого поражения затруднительно, так как требует специального оборудования и дополнительной подготовки специалиста (дуплексное сканирование артерий, томографическое исследование). В то же время существует способ интегральной оценки состояния сосудов крупного и среднего калибра на основании определения скорости распространения пульсовой волны

(СРПВ), разработанный ещё в середине прошлого века и переживающий сегодня второе рождение в связи с изменившимися потребностями практического здравоохранения и техническим совершенствованием этой методики.

Современным, доступным и воспроизводимым способом оценки состояния сосудов является определение СРПВ с помощью сфигмографической приставки аппаратно-программного комплекса «Полиспектр-12» (производитель — ООО «НейроСофт», г. Иваново).

Методика определения СРПВ основана на вычислении времени запаздывания пульсовой волны периферического пульса по отношению к центральному. Для этого производится синхронная регистрация сфигмограмм с сонной и бедренной артерии — для определения СРПВ по сосудам крупного калибра, а также с сонной и лучевой артерии — для сосудов среднего калибра. Время запаздывания Δt равно длительности интервала между идентичными точками кривых (начало анакротического подъема сфигмограммы). Зная

расстояние L между точками установки датчиков (то есть длину изучаемого участка артериального русла) и время Δt , скорость распространения пульсовой волны (C) вычисляем по формуле:

$$C = L / \Delta t.$$

Отдельно определяется СРПВ по сосудам крупного калибра (эластического типа — $C_э$) и среднего калибра (мышечного типа — $C_м$). Учитывается также соотношение $C_м/C_э$, в норме составляющее 1,0.

При интерпретации получаемых результатов важно учитывать возможные направления изменения СРПВ. Если оба показателя ($C_э$ и $C_м$) находятся в пределах нормальных значений, то можно достаточно уверенно говорить о неизменной эластичности сосудов у данного пациента.

Снижение СРПВ наблюдается при стенозировании (чаще атеросклеротической природы) участка артериального русла, что обусловлено уменьшением внутриартериального давления и снижением тонуса гладкой мускулатуры сосудистой стенки ниже места стеноза.

Известно, что по мере старения даже у здоровых людей отмечается повышение СРПВ; данный показатель может использоваться даже для определения биологического возраста индивида.

При изолированном или преимущественном повышении $C_э$ нужно, в первую очередь, думать об атеросклеротическом поражении аорты. Соотношение $C_м/C_э$ в этом случае становится меньше 1,0.

Повышение одновременно и $C_м$, и $C_э$ более характерно для АГ. Следует заметить, что повышение СРПВ отражает изменение жесткости сосудов, но не дает информации о причине и нозологической принадлежности этих изменений.

На основании исследования группы здоровых лиц в возрасте 30—60 лет (124 человека) нами получены данные о величине СРПВ у лиц этой возрастной категории. У здоровых $C_э$ составила в среднем $7,57 \pm 1,32$ м/с (у женщин — $7,15 \pm 1,10$ м/с, у мужчин — $7,90 \pm 1,39$ м/с, $p < 0,05$). $C_м$ составила в среднем $8,36 \pm 1,10$ м/с (у женщин — $8,00 \pm 0,85$ м/с, у мужчин — $8,63 \pm 1,20$ м/с, $p < 0,05$).

Для практики важно не только знать среднее значение показателя у здоровых лиц, но также определить границу, при превышении которой изменения исследуемого показателя следует считать клинически значимыми. Для СРПВ важно установление верхней границы нормы. Для установления референтного значения СРПВ мы использовали 75-й перцентиль показателя в контрольной группе. При таком подходе повышенной следует считать у женщин $C_э$ более 7,54 м/с и $C_м$ более 8,75 м/с, у мужчин — $C_э$ более 8,62 м/с и $C_м$ более 9,32 м/с.

Мы исследовали характер и направленность изменений СРПВ у 132 пациентов с гипертонической болезнью 1-2 стадии, АГ I-II степени. Эта категория больных была выбрана нами не только в связи с её многочисленностью, но и потому, что выявление сосудистых изменений у них имеет наибольшее клиническое значение. У этих пациентов могут отсутствовать признаки гипертензивного ремоделирования сердца, и зачастую не определяется каких-либо клинических ориентиров, влияющих на выбор антигипертензивного препарата. В этом случае дополнительная информация о состоянии сосудов может определить направление выбора медикаментозного лечения.

У обследованных больных среднее значение $C_э$ составило $7,98 \pm 1,34$ м/с, $C_м$ — $9,32 \pm 1,52$ м/с. Средние значения как $C_э$, так и $C_м$ у пациентов с АГ оказались выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). В целом по группе $C_э$ оказалась повышенной у 41,7% пациентов, $C_м$ — у 58,3% обследованных.

Соотношение $C_м/C_э$ при АГ было также выше, чем в контроле ($p < 0,05$), составив в среднем $1,19 \pm 0,22$.

У обследованных пациентов с АГ повышение СРПВ, отражающее процесс ремоделирования сосудов, сопровождалось частым выявлением эхокардиографических признаков изменения геометрии левого желудочка. $C_э$ и $C_м$ оказались выше при наличии у пациентов ремоделирования миокарда левого желудочка. У пациентов без изменения геометрии левого желудочка частота выявления повышенной СРПВ была достоверно ниже. Полученные данные косвенно свидетельствуют о параллельном течении этих процессов и позволяют рекомендовать метод определения СРПВ для совершенствования выявления поражения органов-мишеней у пациентов с АГ.

Эффективная антигипертензивная терапия у пациентов с АГ приводит к снижению СРПВ уже через 3—6 месяцев лечения. Такая динамика СРПВ в указанные сроки связана в значительной степени со снижением АД. При длительном (в течение 12 месяцев) эффективном лечении наряду со снижением СРПВ у пациентов отмечена положительная динамика признаков ремоделирования сердца. Это позволяет рекомендовать метод определения СРПВ для контроля эффективности антигипертензивной терапии в амбулаторной практике, используя его как более доступный и менее затратный как по силам, так и по стоимости. С этой целью рекомендуется определение СРПВ у пациентов с АГ на фоне адекватной гипотензивной терапии в динамике через 12 месяцев после начала лечения. Критерием эффективности антигипертензивной терапии следует считать отсутствие повышения, а лучше — снижение СРПВ по сосудам эластического типа, и уменьшение, по сравнению с исходной, СРПВ по сосудам мышечного типа.

ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ КАК ПАЦИЕНТА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Матвеева Л.М., Ипполитова Н.Н.

МУЗ «Тейковская центральная районная больница», г. Тейково, Ивановская обл.

Сельское здравоохранение в настоящее время находится в нелегкой ситуации, которая определяется не только проблемами самих лечебно-профилактических учреждений села, но и социально — экономической обстановкой в сельской местности. Спад производства и снижение уровня жизни селян негативно отражается на состоянии здоровья населения, способствует росту заболеваемости и смертности. На селе отрицательные демографические процессы выражены резче, чем в городе за счет большего преобладания лиц пожилого и старого возраста.

Существенное влияние на эти процессы оказывают факторы не медицинского характера: значительная дифференциация денежных доходов населения, снижение количества женщин репродуктивного возраста. Режим воспроизводства населения близок к критическому состоянию, хотя за 2006—2007 гг. наметилась тенденция к росту рождаемости. Показатель младенческой смертности в нашем районе стабильно ниже, чем среднеобластной, а по итогам 2006 г. равен 0. Этот факт радует.

Во-первых, состояние младенческой смертности оказывает непосредственное влияние на демографические показатели и в нынешней обстановке приобретает особую социальную значимость.

Во-вторых, уровень младенческой смертности довольно сильно коррелирует с качеством, объемом и доступностью медицинской помощи женщинам и детям; по ее уровню, динамике и структуре можно безошибочно судить о степени эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений. Дети и подростки — наиболее незащищенная часть общества, но именно они составляют репродуктивный трудовой потенциал страны. По итогам детской диспансеризации уровень заболеваемости наших подростков растет высокими темпами. Отмечаются неблагоприятные изменения здоровья девочек-подростков, будущих матерей, показатель заболеваемости которых на 15—20% выше, чем у юношей. Среди молодежи распространяются дезадаптивные формы поведения. Алкоголизм и наркомания стали уже нашими проблемами. Увеличилось число отказных детей и оставшихся без надзора родителей. Если раньше это был бич только города, то и сейчас район вплотную занимается решением этой проблемы.

В обслуживании сельских жителей есть свои особенности:

- отдаленность села до ближайшего лечебно-профилактического учреждения;
- низкая плотность населения;
- хуже, чем в городе, развита инфраструктура;

- сельская семья чаще проживает в частном доме, где преобладает физический труд, в том числе женский и детский.

Учитывая все эти моменты, мы поняли, что на селе должен работать врач общей практики, который по сути, как и в земских больницах прошлого, является семейным врачом. Именно семейный врач имеет наиболее полную информацию о наследственности своих пациентов, особенностях той или иной семьи, ее социальном, эмоциональном и религиозном статусе, поскольку занимается всеми поколениями семьи: бабушками, дедушками, родителями и детьми со дня их рождения.

Обучение врача общей практики для оказания медико-санитарной помощи пациентам и членам их семей стало в районе необходимостью. Десять лет назад в районе начал работать первый врач общей практики, конечно не сразу, но мы увидели положительные сдвиги в обслуживании сельского населения. Снялись в повестке дня многие проблемы. И в 2002 г. для работы в сельской местности были проучены еще 3 врача общей практики, которые на сегодняшний день успешно работают в своих лечебно-профилактических учреждениях. Мы пошли по оптимальному варианту решения кадрового вопроса на селе. Сегодня уже можно судить об эффективности работы врача общей практики. Из больницы района резко уменьшилось направление больных на консультативные приемы к узким специалистам (окулист, ЛОР). Категории неврологических больных (с остеохондрозами, невралгиями, транзиторными ишемиями) лечатся по месту жительства. К кардиологу направляются больные с тяжелыми формами ишемической болезни сердца, пороками сердца. Резко сократилась госпитализация в терапевтическое отделение центральной районной больницы. Уменьшилось количество выездов к хроническим больным на селе. Благодаря Национальному проекту «Здоровье» в 2006—2007 гг. мы получили оборудование, автотранспорт, что повысило наши диагностические и лечебные возможности.

И в завершение: при наличии соответствующей инфраструктуры, хороших дорог, автотранспорта, с целью оказания более квалифицированной медицинской помощи следует сегодня думать о переходе от обслуживания сельского населения фельдшерами к обслуживанию врачами общей практики, с развитием офисов с современным оснащением, транспортом. А во главу угла должно ставить человека и его здоровье. И каждый наш пациент независимо от места его проживания должен иметь равные права и возможности на оказание квалифицированной медицинской помощи с применением самых современных технологий.

ВАРИАНТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, ВЫЯВЛЕННЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Медведева В.Н., Курицина С.И., Медведев В.Н., Бикина Н.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Владимирская областная клиническая больница»

Первичный пролапс митрального клапана (ПМК) является одним из проявлений дисплазии соединительной ткани. Ведущим вариантом течения ПМК является аритмогенный вариант (50—90%), определяющий тактику ведения пациентов и прогноз больных. Изменения, выявляющиеся на электрокардиограмме (ЭКГ), касаются не только нарушений ритма сердца (НРС) и проводимости, но и нарушений процессов реполяризации, других наследственных синдромов.

Цель исследования — выявить варианты и частоту электрокардиографических изменений при дисплазии соединительной ткани, проявляющейся первичным ПМК.

Обследовано 83 больных с первичным ПМК с пролабированием передней створки митрального клапана 1 и 2 степени, митральной регургитацией 1-2 степени (62 больных), 3 степени (4 больных), без митральной регургитации (17 больных). Возраст пациентов колебался от 16 до 42 лет; мужской пол составил — 46 человек, женский — 37. Проводилось общеклиническое обследование, регистрация и суточное мониторирование ЭКГ, УЗИ сердца.

Контрольная группа составила 20 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста.

Установлено, что при регистрации ЭКГ НРС и проводимости выявлены у 47 пациентов (46,6%).

Суточное мониторирование ЭКГ чаще констатировало НРС и проводимости — у 72 пациентов (86,7%). Общее число желудочковых аритмий составило 49,4% (в контроле 15%), желудочковых экстрасистол высоких градаций (ЖЭВГ) — 22,9% (в контроле 5%), неустойчивой желудочковой пароксизмальной тахикардией (НЖПТ) — 12,0% (в контроле не было); одиночных желудочковых экстрасистол — 48,2% (в контроле 15%).

Суправентрикулярные аритмии выявлены в 67,5% случаев (в контроле 35%). Эпизоды фибрилляции предсердий наблюдались в 8,4% (в контроле не было). Часто регистрировалась синусовая тахикардия (48,7%), частота ее не отличалась от контроля (41,5%). Синусовая брадикардия в контроле не отмечена, а у больных ПМК составила 20,5%. Довольно часто имела миграция водителя ритма и сочеталась с экстрасистолией (16,9% против 1,2% в контроле).

Нарушения проводимости определялись только при ПМК и чаще была синоаурикулярная блокада (6,0%) и атриовентрикулярная блокада (3,6%).

Синдромы WPW и ранней реполяризации желудочков выявлены только при ПМК 6,0% и 7,2% соответственно.

Частота НРС достоверно зависела от степени ПМК и митральной регургитации ($p < 0,05$).

Таким образом, при ПМК достоверно чаще по сравнению с контролем выявлены желудочковые и суправентрикулярные аритмии, кроме синусовой тахикардии, а наиболее опасные для жизни желудочковые аритмии имелись у 34,9% больных: ЖЭВГ — у 22,9%, НЖПТ — у 12%.

Удлинение скорректированного интервала QT и дисперсии интервала QT найдены в 12% случаев, что может быть причиной опасных для жизни желудочковых аритмий и синкопальных состояний.

Важно отметить, что у 3 пациентов (3,6%) зарегистрированы на ЭКГ первичные нарушения процессов реполяризации, что требует дифференциальной диагностики со всеми заболеваниями, при которых наблюдаются подобные изменения.

Клинический пример: больная М., 17 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на боли в области сердца типа кардиалгий. Причиной госпитализации явилось выявление в амбулаторных условиях снижения сегмента ST ниже изолинии на 1 мм и отрицательного, равнобедренного, островершинного зубца Т в отведениях I, AVJ, V₂—V₅. Больная астенической конституции; ЧСС — 72 уд/мин; АД — 110/70 мм рт. ст.; тоны сердца сохранены, шумов нет. ЭКГ по сравнению со старой и при повторной регистрации в стационаре динамики не выявило. УЗИ сердца — пролапс передней створки митрального клапана без регургитации. Проведенная дифференциальная диагностика с миокардитом, миокардиодистрофией, кардиомиопатией, ИБС позволила объяснить первичные нарушения процессов реполяризации наличием ПМК, которые могут быть связаны с ишемией папиллярных мышц и прилежащих отделов левого желудочка, вызванной увеличением нагрузки на эти отделы из-за пролабирования створки МК, либо, возможно, врожденной аномалией мелких коронарных артерий.

Выводы

1. При первичном ПМК суточное мониторирование ЭКГ выявило НРС и проводимости в 86,7% случаев.
2. Наиболее опасные для жизни желудочковые аритмии зарегистрированы в 34,9%: ЖЭВГ — у 22,9%, НЖПТ — у 12%.

3. Частота НРС достоверно превышала контрольные значения и зависела от степеней ПМК и митральной регургитации.
4. Удлинение скорректированного интервала QT и дисперсия интервала QT наблюдались в 12% случаев, синдром WPW — в 6,0%, первичные нарушения процессов реполяризации — в 3,6%, синдром ранней реполяризации желудочков — в 2,4%.
5. Проведение суточного мониторинга ЭКГ является доступным и информативным методом обследования пациентов с НРС в амбулаторных условиях, улучшающих качество ведения больных, что требует более широкого его внедрения в поликлиническую службу.

ОРГАНИЗАЦИЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Медведева О.А., Вязкова Н.Н., Чеботарева Т.В., Митюнина Л.И., Андреева О.В.
ОГУЗ «Ивановский областной противотуберкулезный диспансер им. М.Б. Стоюнина»
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Одним из наиболее серьезных последствий перенесенного туберкулеза является развитие рецидива. Под рецидивом понимают: появление признаков активного туберкулеза у лиц, ранее перенесших специфический процесс и излеченных от него, наблюдающихся в III группе или снятых с учета в связи с выздоровлением (приказ МЗ РФ № 109 от 21.03.2003).

Больные с клиническим излечением туберкулеза наблюдаются в противотуберкулезном диспансере по III группе диспансерного учета, лица снятые с учета — в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Длительность наблюдения зависит от характера остаточных изменений (малые, большие), или их полного отсутствия, а также от наличияотягощающих факторов. К отягощающим факторам относят состояния, способствующие снижению иммунитета к туберкулезной инфекции, утяжелению течения туберкулеза и замедлению излечения.

Важным разделом работы врача-фтизиатра и терапевта, которые наблюдают пациентов перенесших туберкулез, является своевременная диагностика рецидива туберкулеза органов дыхания, поскольку это состояние требует пересмотра группы диспансерного учета и соответствующей противотуберкулезной терапии. Поэтому для оптимизации работы по своевременному выявлению рецидивов туберкулеза в поликлиниках первичной медико-санитарной помощи разработан следующий алгоритм работы:

1. В течение 3 лет после снятия с учета противотуберкулезного диспансера пациенты должны проходить плановые медицинские осмотры 2 раза в год, а затем 1 раз в год. Целесообразно выделить больных, перенесших туберкулез, в отдельную группу наблюдения.
2. Медицинские осмотры включают: осмотр терапевта (сбор жалоб, изучение данных анамнеза, физикальное обследование пациента), клиничко-лабораторное обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи), флюорографическое обследование органов грудной клетки.
3. При наличии у пациента «грудных» жалоб, кроме выше перечисленного, необходимо исследование 3 проб мокроты 2 дня подряд ме-

тодом микроскопии мазка с окраской по Цилю-Нельсену в клинической лаборатории поликлиники. При обнаружении в патологическом материале кислотоустойчивых микобактерий (КУМ) больного срочно направить на консультацию фтизиатра для исключения рецидива процесса. Если КУМ в мокроте не обнаружено, но выявлены изменения при флюорографическом обследовании, то проводится курс неспецифической терапии в течение 7—10 дней (при лечении антибиотиками широкого спектра не следует использовать обладающие противотуберкулезным действием препараты, в том числе стрептомицин, рифампицин, фторхинолоны), после чего обследование повторяют. При отсутствии положительной клиничко-рентгенологической динамики, пациент также подлежит консультации фтизиатра для уточнения активности туберкулезного процесса в легких.

4. Кроме того, 1 раз в год необходимо направлять на консультацию фтизиатра, излеченных от туберкулеза лиц, имеющих в анамнезе отягощающие факторы (медицинские, социальные, профессиональные). По показаниям таким больным возможно проведение общеукрепляющего лечения в условиях туберкулезного санатория «Плес».

В поликлинике ОПТД для раннего выявления рецидива туберкулеза органов дыхания из III группы диспансерного учета и проведения дифференцированных профилактических мероприятий по предупреждению его развития разработан следующий алгоритм действий:

1. Добиваться 100% диспансеризации пациентов, наблюдаемых в III группе учета, с клиничко-рентгенологическим обследованием 2 раза в год.
2. Проведение профилактических мероприятий (включающих противорецидивные и общеукрепляющие курсы лечения) в первую очередь пациентам, имеющим сочетание более 4 существенно значимых факторов риска, предпочтительно в условиях туберкулезного санатория «Плес», или в дневном стационаре ОПТД.

3. Своевременное выявление и лечение интеркуррентных и сопутствующих заболеваний. Лечение в период обострения хронического неспецифического заболевания у лиц с повы-

шенным риском раннего рецидива целесообразно проводить в стационаре соответствующих соматических отделений.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Меркулов О.А.

Гута-клиник, г. Москва

В современных условиях особую актуальность приобретает разработка научно обоснованных предложений по оптимизации оказываемой специализированной медицинской помощи. В связи с этим в регионах необходимо активно проводить укрепление специализированных служб, а также интенсификацию лечебно-профилактического процесса на основе внедрения соответствующих стандартов и инновационных технологий. Большое значение имеет дальнейшее развитие стационаро-замещающих форм помощи и реабилитационно-восстановительных мероприятий.

Важной медико-социальной проблемой является широкое распространение среди населения оториноларингологической патологии. Болезни уха, горла и носа в значительной степени формируют уровень заболеваемости в целом. Особое значение патологии ЛОР-органов определяется также неблагоприятным влиянием заболеваний уха, горла и носа на возникновение и развитие хронической бронхолегочной патологии, коллагенозов, аллергических реакций, некоторых гастроэнтерологических и кожных заболеваний.

Следует отметить, что большинство работ по оптимизации оториноларингологической помощи населению были посвящены детскому населению, так как дебют патологии ЛОР-органов приходится чаще всего именно на эту возрастную группу. Значительное число детей с хронической ЛОР-патологией, становясь взрослыми, «выпадают» из системы диспансеризации ввиду существующих недостатков в преемственности и организации оториноларингологической помощи населению трудоспособного возраста. Это, несомненно, повышает риск формирования осложнений и дальнейшей инвалидизации среди наиболее социально-активной части населения. Обращает на себя внимание, недостаточная разработка проблемы индивидуального прогнозирования риска развития хронической патологии ЛОР-органов, рисков формирования ее осложнений, потери слуха и инвалидизации населения трудоспособного возраста.

В связи с высокой медико-социальной значимостью ЛОР-патологии и наличием существенного потенциала по оптимизации оториноларингологической помощи взрослому населению необходимо

научное обоснование комплексной системы ее оказания опирающейся на следующие принципы:

- преемственность между детскими и взрослыми поликлиниками с целью обеспечения непрерывной диспансеризации больных с хроническими заболеваниями ЛОР-органов и пациентов из групп повышенного медико-социального риска;
- выработка критериев для формирования групп повышенного медико-социального риска по развитию ЛОР-патологии и ее осложнений с целью организации в них адресной профилактики;
- тесное межведомственное взаимодействие с ревматологической и нефрологической службами с целью своевременной профилактики соответствующих осложнений среди пациентов с ЛОР-заболеваниями;
- активная санитарно-просветительская работа как среди населения в целом, так и в группах повышенного риска с целью формирования рациональных моделей образа жизни препятствующих развитию патологии ЛОР-органов, ее осложнений или обострений уже имеющегося хронического процесса, а также высокой медицинской активности;
- развитие сети частных оториноларингологических клиник и кабинетов с целью повышения доступности качественной и эффективной (в том числе высоко технологичной) стационарной и амбулаторной помощи населению.

Таким образом, предложения по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи населению должны отражать следующие основные аспекты: внедрение стандартизации качества оказываемой медицинской помощи (разработка и соблюдение протоколов ведения по нозологическому принципу), подбор оптимального вида и условий финансирования с учетом местных условий, организацию новых форм оказания специализированной медицинской помощи, обладающих эффективным и гибким управлением и имеющих высокую клинико-экономическую целесообразность.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РЕШЕНИЮ ЗАДАЧ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ И МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЯХ

Москвичева М.Г.

Министерство здравоохранения Челябинской области

Анализ причин, определяющих ожидаемую продолжительность жизни при рождении населения Челябинской области, установил, что аналогично российским данным, наиболее значимым фактором является смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, но-вообразований, на долю которых приходится более 80% в структуре смертности населения области.

С целью дополнения и конкретизации основных направлений национального проекта в сфере здравоохранения на уровне субъекта Федерации в целом и в каждом конкретном муниципальном образовании области, с учетом особенностей демографической ситуации, показателей здоровья населения и ресурсного обеспечения отрасли, разработаны региональные приоритеты реализации национального проекта.

На основе стратегических и тактических приоритетов реализации национального проекта в сфере здравоохранения на уровне субъекта Федерации разработан комплекс мероприятий по практическому внедрению каждого из приоритетных направлений, как на региональном уровне, так и на уровне муниципальных образований области.

К приоритетным направлениям стратегического характера отнесены те мероприятия, реализация которых может оказать существенное влияние на основные факторы, определяющие демографическую ситуацию в регионе. К ним в первую очередь относится разработка комплекса мероприятий:

- по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений;
- по предупреждению смертности лиц трудоспособного возраста от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин;
- по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний;
- по снижению младенческой и детской смертности;
- по контролю за эпидемической ситуацией и предупреждению инфекционных заболеваний.

К приоритетным направлениям тактического характера отнесены мероприятия организационного плана, реализация которых имеет целью повышение доступности и качества медицинской помощи на основе развития и внедрения новых организационных технологий и мер по повышению структурной эффективности системы здравоохранения области.

Разработанная модель реализации национального проекта в сфере здравоохранения на уровне субъекта Федерации положена в основу областной целевой программы «Здоровье» на 2006—2010 гг. как механизма комплексного подхода к решению задач развития здравоохранения на региональном и муниципальном уровне с использованием программно-целевого подхода.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОГО МЕТОДА

Москвичева М.Г.

Министерство здравоохранения Челябинской области

Демографическая ситуация в сельских районах Челябинской области по сравнению с городской местностью характеризуется:

- более высоким уровнем смертности во всех возрастных группах, в том числе младенческой;
- неблагоприятными тенденциями уровня естественной убыли населения;
- сравнительно более низким уровнем ожидаемой продолжительности жизни при рождении как мужчин, так и женщин.

Сложившаяся демографическая ситуация позволяет оценить демографическую ситуацию в сельских

районах области как сложную, требующую глубокого изучения и разработки мер по улучшению здоровья населения как краткосрочного, так и долгосрочного характера.

С учетом вышеизложенного в рамках областной целевой программы «Здоровье» на 2006—2010 гг. в Челябинской области нами обосновано выделение в качестве одного из приоритетных направлений комплекса мероприятий по развитию здравоохранения сельской местности. С целью реализации данного приоритета разработаны следующие мероприятия:

- организация общеврачебных практик (ОВП) в сельской местности (на 2006—2010 гг. запланировано открытие 170 ОВП на селе);

- организация дополнительных пунктов скорой медицинской помощи (СМП) в сельской местности (на 2006—2007 гг. запланировано открытие 24 дополнительных пунктов СМП);
- укрепление материально-технической базы фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий и участковых больниц;
- организация межрайонных центров оказания специализированной медицинской помощи жителям сельской местности;
- организация диспансеризации жителей сельской местности;
- организация работы выездных профилактических и специализированных бригад в сельских районах и др.

Реализация вышеперечисленных мероприятий в рамках областной целевой программы «Здоровье» на 2006—2010 гг. в Челябинской области позволила привлечь дополнительные средства бюджета субъекта Федерации и местных бюджетов в систему сельского здравоохранения, а также повысить степень информированной ответственности и заинтересованности всех уровней власти, муниципальных органов управления здравоохранением в развитии и совершенствовании сельского здравоохранения.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Муромкина А.В., Интякова Ю.В.

ГУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

Одной из причин недостаточной эффективности лечения больных с фибрилляцией предсердий является их низкая приверженность лечению. Отчасти это связано с недостаточным уровнем знаний пациентов о своем заболевании, причинах нарушения ритма и необходимости точного выполнения рекомендаций врача во избежание развития осложнений.

Опыт обучения пациентов с артериальной гипертонией, хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом свидетельствует о существенном повышении приверженности лечению в результате обучения. В литературе есть сведения об обучении больных с фибрилляцией предсердий (Сулимов В.А., 2007). Однако, в отличие от школ по артериальной гипертонии, хронической сердечной недостаточности, сахарному диабету, бронхиальной астме, нет единой программы обучения больных с фибрилляцией предсердий, не изучена его эффективность. Это обуславливает необходимость разработки специальной школы для больных с данным нарушением ритма.

Обучение проводится на базе ГУЗ «Кардиологический диспансер». Для занятий в школе приглашаются пациенты как с пароксизмальной, так и с постоянной формой фибрилляции предсердий, независимо от этиологии нарушения ритма. Занятия проводятся подготовленным врачом в группах по 5—6 человек.

Нами впервые разработана программа школы для больных с фибрилляцией предсердий. Курс обучения состоит из трех занятий, каждое из которых включает вступительную часть с разъяснением необходимости обучения, теоретические данные и тренинг практических навыков.

На 1-м занятии пациентам предоставляются краткие сведения о строении сердца и его проводящей системы, об анатомическом субстрате фибрилляции предсердий. Освещается круг заболеваний, являющихся причиной аритмии, а также факторы риска развития нарушения ритма. Практические навыки включают пальпацию пульса на периферических артериях и оценку его частоты.

2-е занятие содержит данные о клинической картине фибрилляции предсердий с описанием симптомов аритмии, ее осложнений. Дается краткая характеристика форм фибрилляции предсердий (пароксизмальная и постоянная). Практические навыки включают выявление симптомов аритмии, в том числе изменений характеристик пульса.

На 3-м занятии рассматриваются виды лечения фибрилляции предсердий (медикаментозное, электрическое, хирургическое), дается информация об основных лекарственных препаратах, используемых при данном виде аритмии, и их побочных эффектах. Пациентам разъясняется порядок действий при возникновении приступа аритмии, правила приема лекарственных препаратов, показания к консультации кардиолога. Практические навыки включают разбор типичных ситуационных задач.

Обучение в школе прошли 50 пациентов (22 мужчины и 28 женщин, средний возраст — $56,4 \pm 3,2$ года). 25 пациентов имели постоянную и 35 — пароксизмальную форму аритмии. Диагноз устанавливался в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и лечению фибрилляции предсердий. Этиологическими факторами аритмии чаще всего были гипертоническая болезнь (40% больных), ишемическая болезнь сердца (24%) или их сочетание (16%). 12% составили лица с идиопатической формой фибрилляции предсердий и 8% — пациенты с дисгормональной миокардиодистрофией на фоне тиреотоксикоза. Анамнез нарушения ритма на момент исследования составлял не менее 1 года. Все больные получали терапию по поводу основного заболевания, а также при необходимости антиаритмические препараты или препараты для контроля частоты сердечных сокращений.

Информированность пациентов о своем заболевании оценивалась с помощью разработанной нами оригинальной анкеты. Анкета включала 3 блока вопросов: факторы риска и причины фибрилляции предсердий; клинические проявления и способы лечения нарушения ритма; порядок действий при приступе аритмии и меры самопо-

мощи. На каждый вопрос анкеты было предложено несколько вариантов ответа, из которых требовалось выбрать правильный. Результаты анкетирования оценивались в баллах (1 — правильный ответ, 0 — неправильный), максимальная сумма — 15 баллов. Исходный уровень информированности пациентов до начала обучения составил $2,4 \pm 0,8$ балла, после посещения 3 занятий этот показатель увеличился до $11,6 \pm 2,1$ балла. До начала обучения лишь 8% больных имели представление о причинах, факторах риска и клинических проявлениях фибрилляции предсердий, и ни

один человек не знал, как вести себя при приступе аритмии. После обучения доля информированных больных возросла до 84%.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что обучение больных с фибрилляцией предсердий приводит к повышению их информированности о своем заболевании. Занятия в школе можно рекомендовать для включения в схему лечения пациентов с данным нарушением ритма, что будет способствовать повышению их приверженности лечению.

ПОВЫШЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ У НАСЕЛЕНИЯ

Наваркин М.В.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава»

В системе здравоохранения за последние десятилетия происходят глубокие реформенные преобразования. Совершенствование оказания медицинской помощи в условиях реформирования системы здравоохранения по всем направлениям, начиная амбулаторно-поликлинической и кончая специализированной помощью населению, осуществляется в последние годы на экономических предпочтениях.

За последнее десятилетие происходит повышение доли инвестиций в здравоохранение, а при реализации приоритетного Национального проекта «Здоровье» доля этих инвестиций увеличилась еще на 85 млрд. рублей в 2006—2007 гг., и ожидается их увеличение до 125 млрд. рублей в год в 2008—2009 гг. Была увеличена оплата труда участковым врачам, врачам общей практики, педиатрам, среднему медицинскому персоналу, а также врачам и фельдшерам «скорой помощи». Медицинские учреждения оснащаются новым медицинским оборудованием, закупаются машины «скорой помощи», строятся медицинские центры высоких технологий, определены параметры дополнительной диспансеризации работающего населения. Все это направлено на повышение оказания качественной медицинской помощи населению, на снижение показателей заболеваемости по всему спектру патологии, снижение смертности населения, на повышение рождаемости и, в конечном счете, на обеспечение положительности естественного прироста населения.

Но финансовые вливания в сферу здравоохранения на совершенствование и модернизацию первичной медико-социальной помощи населению пока не привели к снижению неблагоприятных статистических показателей — заболеваемости, смертности, инвалидности. По прогнозам Госкомстата (2006 г.) в ближайшее время не предвидится изменения этих показателей, а к 2026 г. их дальнейшее ухудшение.

Видимо, только экономические, организационные и управленческие мероприятия, направленные на реформирование системы здравоохранения, не оправдывают себя, и необходимо воздействовать на другие факторы, влияющие на заболеваемость, смертность и инвалидность. К таким факторам

относятся: биологические, экологические, природно-климатические и социальные, и, что самое важное, фактор, от которого зависят 50% здоровья индивидуума в социальной популяции — здоровый образ жизни.

За последние десятилетия, а особенно в годы социальных и экономических потрясений ценность укрепления здоровья, потребность в здоровом образе жизни у населения в системе общественных ценностей переместились на одно из последних мест. На первые места вышли физиологические и социальные потребности, такие как деньги, накопительство, хорошая работа, жилье, автотранспорт. Большая часть населения не понимает или не осознает, что здоровье — это фактор, определяющий трудовой потенциал (человеческий капитал) в современном обществе. Чем лучше будет здоровье индивидуума, тем продолжительнее будет трудовая деятельность, которая и определяет экономическое благополучие, создает основу для удовлетворения социальных потребностей.

Задача врачей, и, в особенности первичного звена здравоохранения переломить отношение населения к своему здоровью. Если у населения в корне изменится система общественных ценностей и оно более обдуманно и адекватно будет относиться к своему здоровью, вести здоровый образ жизни, то при воздействии неблагоприятных факторов, приводящих к развитию заболеваний, будет встречать более высокую сопротивляемость и более высокие адаптационные возможности организма, а деятельность врачей при предоставлении качественной медицинской помощи, способствующей быстрейшему выздоровлению, будет более эффективной.

Работа по изменению отношения населения к здоровью, должна вестись по нескольким направлениям: совершенствование профилактического направления в здравоохранении, разработка государственной стратегии по пропаганде здорового образа жизни, восстановление системы санитарного просвещения и улучшения экономического благополучия большей части населения.

Система санитарного просвещения в начале 90-х гг. была разрушена, но сейчас делаются оп-

ределенные шаги по восстановлению этой системы: возрождается общество «Знание», где начинают читаться лекции населению по проблемам здравоохранения, в лечебных учреждениях, особенно, первичного звена здравоохранения можно уже встретить наглядную агитацию, которая создается медицинским персоналом (врачами, медсестрами) этих учреждений.

Появляется печатная продукция по проблемам профилактики и ведению здорового образа жизни. В средствах массовой информации, в центральной печати, но недостаточно, появляются публикации по вопросам охраны здоровья. Вместе с тем, довольно большая масса печатной продукции (журналы, газеты), касающиеся вопросов

здоровья, является или рекламной продукцией, или посвящены вопросам самолечения и целеительства. На телевидении практически на каждом канале существуют передачи, касающиеся вопросов здравоохранения, но идут они не в прайм-тайм, а в раннее утреннее или в ночное время.

Только работа по всем направлениям: оказание качественной медицинской помощи, профилактика основных заболеваний, высокая гражданская ответственность врачей, государственная политика в сфере здравоохранения и экономические показатели развития общества, помогут восстановить должествующее место здоровья в системе общественных ценностей населения.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ

Нилова О.В.

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Росздрава»

Целью исследования явилось изучение особенностей нервно-психического состояния и показателей высших корковых функций у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от уровня общего холестерина плазмы крови (ОХС).

Обследовали 60 пациентов с АГ II стадии (мужчин — 34, женщин — 26), которые в зависимости от уровня ОХС были разделены на 3 группы: первую (n = 23) составили пациенты с желательным уровнем ОХС ($4,5 \pm 0,7$ ммоль/л), вторую (n = 16) — с пограничным ($4,9 \pm 1,2$ ммоль/л), третью (n = 21) — с высоким ($7,2 \pm 0,8$ ммоль/л).

У обследованных первой группы при оценке эмоционального статуса по шкале HADS симптомы тревоги отсутствовали ($4,0 \pm 1,5$ балла) у 56,4%, субклинически выраженная тревога ($9,2 \pm 0,8$ балла) выявлялась у 21,8%, клинически выраженная тревога ($13,2 \pm 1,8$ балла) — у 21,8%; симптомы депрессии отсутствовали ($4,0 \pm 2,5$ балла) у 69,5%, субклинически выраженная депрессия ($9,0 \pm 1,0$ балла) имела у 8,7%, клинически выраженная депрессия ($12,3 \pm 1,7$ балла) — у 21,8% обследованных. По шкале MMSE нарушения познавательных функций отсутствовали у 21,7%, легкие когнитивные расстройства регистрировались у 34,8%, умеренные — у 26%, деменция легкой степени — у 17,5%. При детальном анализе оказалось, что изменения высших корковых функций чаще проявлялись нарушением памяти (78,2%), письма (69,5%), внимания и счета (56,5%), реже — речи (34,7%), снижением ориентации в пространстве и времени (13%).

У пациентов второй группы нарастала частота субклинически и клинически выраженной тревоги и депрессии. Так, отсутствовали симптомы тревоги у 43,8%, субклинически выраженная тревога была у 25%, клинически выраженная тревога — у 31,5%. Симптомы депрессии отсутствовали у 56,5%, субклинически выраженная депрессия была у 12,5%, клинически выраженная депрессия —

у 31,5% больных АГ. Шкала MMSE отражала увеличение частоты легких когнитивных нарушений. Так, нарушения познавательной функции отсутствовали у 12,5%, легкие когнитивные расстройства регистрировались у 50%, умеренные — у 19%, деменция — у 19% пациентов. Причем расстройства высших корковых функций отмечались в основном за счет нарушения речи (81,5%), памяти (62,5%), письма (50%), внимания и счета (37,5%), реже — снижения ориентации в пространстве и времени (19%). У 12,5% обследованных регистрировались расстройства чтения без нарушения восприятия.

Среди обследованных третьей группы, в отличие от больных второй группы, нарастали симптомы субклинически выраженной тревоги и клинически выраженной депрессии. Так, симптомы тревоги отсутствовали у 28,6%, субклинически выраженная тревога была у 42,8%, клинически выраженная тревога — у 28,6%; признаки депрессии отсутствовали у 33,4%, субклинически выраженная депрессия не выявлялась, а клинически выраженная депрессия отмечалась у 66,6% обследованных. Шкала MMSE свидетельствовала о нарастании умеренных когнитивных нарушений и деменции легкой степени. Так, изменения познавательной функции отсутствовали у 23,8%, легкие когнитивные расстройства регистрировались у 23,8%, умеренные — у 28,6%, деменция — у 23,8% больных. Расстройства высших корковых функций проявлялись в виде снижения ориентации в пространстве и времени (23,8%), нарушения внимания и счета (100%), памяти (52,3%), письма (47,6%). Расстройств восприятия, речи и чтения не отмечалось. Таким образом, нарастающая насыщенность эмоциональных и когнитивных нарушений, сочетающихся с увеличением холестерина плазмы крови, участвует в формировании кардиально-церебрального синдрома при АГ, выраженность которого необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий и оценке прогноза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Новосельский А.Н., Быков А.А., Авербух Д.А., Моисеева Н.А.

МУЗ «Городская клиническая больница восстановительного лечения №5», г. Иваново
ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Размещение муниципального заказа и его объем во многом зависят от эффективности работы лечебно-профилактического учреждения, его возможностей и затратности, где показателю эффективность/затратность придается большое значение. Обычно оценка эффективности органами здравоохранения проводится на основании изучения исходов лечения и сроков временной нетрудоспособности в ЛПУ. Мы считаем что эффективность восстановительного лечения при вертеброгенных заболеваниях периферической нервной системы (ВЗПНС) следует оценивать по решению следующих задач: 1) предотвращение инвалидности; 2) изменение течения заболевания, формирование стойкой ремиссии; 3) улучшение функций пациента; 4) сокращение сроков лечения. Мы провели оценку медицинской эффективности восстановительного лечения больных с ВЗПНС на индивидуальном уровне на основании: 1) динамики клиничко-функциональных показателей в процессе лечения; 2) оценки клинических исходов; 3) оценки сроков лечения и временной нетрудоспособности; 4) состояния ремиссии.

Динамика клиничко-функциональных показателей в процессе лечения отражает состояние морфофункционального дефекта пациента, показывает степень эффективности отдельных методов восстановительного лечения применительно к данному больному, т.е. позволяет индивидуализировать и оптимизировать реабилитационную программу. Изучение динамики отдельных клинических проявлений в виде Коэффициента выраженности болезни (КВБ) позволило выделить ведущие показатели, легко применимые в клинической практике — показатели эволюции миофиксации и опорности. У больных при выписке тонус много-раздельных мышц выше, чем у здоровых, но разница статистически недостоверна. Однако при опоре на одноименную ногу тонус много-раздельных мышц с обеих сторон оказался достоверно выше у больных поясничным остеохондрозом позвоночника ($t = 2,33 - 2,78$) по сравнению со здоровыми. По коэффициенту СИН отмечалась достоверная ($t = 3,60 - 4,34$, $p < 0,01$) разница. Отмечается высокая достоверность различий показателей в динамике ($p < 0,001$). Таким образом, у пациентов в процессе лечения формировалась хорошая локальная фиксация, предотвращающая раздражение ПДС при нагрузках, чего не было на стационарной стадии обострения у этих же пациентов при поступлении.

При оценке опороспособности у больных поясничным остеохондрозом позвоночника при выписке выделены две группы больных. В первой произошла нормализация этого показателя, коэффициент фронтальной асимметрии уменьшился с 9,6

до 5,4% и приблизился к норме при $t = 2,34$. У пациентов второй группы этот показатель резко возрос, несмотря на клиническое улучшение, что следует расценивать как плохой прогностический признак, свидетельствующий о неустойчивой компенсации и возможном развитии постуральных нейромышечных синдромов. Проведенное нами углубленное биомеханическое исследование позволило установить, что в период стихания обострения общий центр масс во фронтальной плоскости незначительно смещается в сторону больной ноги, а его девиации значительно превышают норму (10 мм) в обеих плоскостях. Опорность, резко сниженная в остром периоде у больной конечности (на 13% веса тела от нормальной величины и на 26% веса тела по сравнению с интактной конечностью, значительно повышается в подостром и стационарном периоде обострения, достигая 48% веса тела, что практически соответствует нормальным показателям, и к периоду стихания обострения вес тела, приходящийся на больную конечность, становится больше интактной и достигает 52—53% веса тела. Оценка клинических исходов восстановительного лечения проведена с использованием общепринятых показателей: «выздоровление», «улучшение», «ухудшение» и «без перемен». Отсутствие выздоровления при ВЗПНС обосновано, так мы имеем дело с хроническим процессом. В 99,5% случаев было достигнуто «улучшение».

Установлено, что сроки лечения в больнице восстановительного лечения колебались от $15,5 \pm 2,3$ дня до $86,8 \pm 3,6$ дня в зависимости от синдрома, механизма развития вертебрального синдрома и типа течения заболевания. Трудоспособность восстанавливается в 98,81% случаев. Стойкая утрата трудоспособности наступила в 1,2% случаев. Однако стойкая полная утрата (инвалидность II группы) отмечалась лишь в 0,5% случаев, в 0,7% случаев установлена стойкая частичная утрата трудоспособности (инвалидность III группы).

Следует отметить, что исследование динамики показателей инвалидности в районе обслуживания муниципальной поликлиники № 6, входящей в объединение ГКБВЛ № 5, предпринятое А.Н. Богомоловым (020) позволило установить, что удельный вес инвалидов на обслуживаемой территории значительно меньше общеобластного показателя, что косвенно свидетельствует о влиянии сформированной службы восстановительного лечения на примере учреждения муниципального здравоохранения. Эффективность работы отделений восстановительного лечения оценивается длительностью и устойчивостью ремиссий. Социальная эффективность на групповом уровне выявлена

при обследовании 120 пациентов с поясничным остеохондрозом (случайная выборка) с хронически-прогредиентным рецидивирующим течением заболевания, проходивших лечение в ГКБВЛ № 5, 65 женщин и 55 мужчин в возрасте $46,3 \pm 2,3$ года с средней давностью заболевания $10,2 \pm 2,6$ года. Отмечено, что стойкая ремиссия до 2 лет отмечалась у 21%, до 5 лет — у 14%, до 10 лет — у 5% пациентов. У остальных изменился характер течения, оно оставалось рецидивирующим, с той же, либо несколько меньшей частотой, но выраженность рецидивов держалась на одном уровне или была менее интенсивной. Сами больные отмечали улучшение качества жизни, заключающееся в том, что при использовании гигиены поз и движений, а также фиксирующих ортопедических средств им удавалось избегать

болей и выполнять профессиональную и бытовую деятельность.

Таким образом, у исследуемых сменилось течение заболевания на хронически рецидивирующее или хронически рецидивирующее регрессирующее. Показательно, что в исследуемой группе, даже в случаях длительной ремиссии, сохранился неврологический дефицит. Предпринятая нами попытка оценить эффективность восстановительного лечения позволила установить высокое качество лечебно-профилактической помощи в МУЗ ГКБВЛ № 5 г. Иванова. Страховым компаниям целесообразно использовать такой подход к оценке эффективности ЛПУ в своей практике и разработать меры поощрения ЛПУ при высоких показателях эффективности.

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ЧЕЛОВЕКА

Новосельский А.Н., Быков А.А., Пузырев О.И., Новосельская О.И., Белов И.В., Быкова Н.А.

МУЗ «Городская клиническая больница восстановительного лечения № 5», г. Иваново
ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Рост патологии опорно-двигательного аппарата у взрослых и детей обуславливает необходимость комплексных профилактических мероприятий, позволяющих на стадии предболезни остановить развитие возникающих нарушений. Многие исследователи развитие патологических процессов в позвоночнике относят к детскому возрасту (Иванов Г.А., 1995; Сител А.Б., 1999). Нами установлено что наряду с физиологическими изгибами позвоночника в сагиттальной плоскости в норме существует и микроротация вокруг вертикальной оси отдельных позвонков, проявляющееся на уровне всего позвоночного столба как «кручение» (Новосельский А.Н., 2000).

«Кручение» проявляется во фронтальной плоскости небольшими отклонениями. «Кручение» позвоночника является физиологической и конституциональной нормой. Пространственная ориентация позвоночного столба зависит от соответствия структурно-функциональных асимметрий человека. Выявлены четыре основных конституциональных типа пространственной ориентации позвоночного столба. Расположение структур позвоночника фиксировалось с помощью компьютерной кифосколиозграфии на диагностическом комплексе «Стабилан-3D».

Для I типа характерна праворукость-правоность, т. е. правая рука ведущая, относительно длиннее левой, правое плечо опущено, правая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, а нижними отделами — кзади, правая нога длиннее левой, толчковая, ведущая. Левая половина таза наклонена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, правая половина наклонена в меньшей степени. Это типичный правша, здоровый, в популяции встречается у 6—15% населения. С учетом мышечного развития и типа мобильности рекомендованы занятия физической культурой и спортом.

II тип — это правоногий, левая рука ведущая, относительно длиннее правой (может быть «скрытый левша», что выявляется тестированием при ссылаках на ведущую «правость»). Левое плечо опущено и кпереди, может быть симметричная ориентация оси плечевого пояса, проведенной через нижние углы лопаток и оси тазового пояса, проведенной через задние верхние подвздошные ости. Возможна амбидекстрия. Левая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, а правая — кзади. Нижняя половина грудной клетки слева — кпереди, правая — кзади. Правая нога длиннее левой, толчковая, ведущая. Левая половина таза наклонена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, правая половина наклонена в меньшей степени. Леворукий-правоногий, адаптивный тип, близкий к здоровому. Встречается у 20% обследуемых. При нарушениях опорно-двигательного аппарата необходима тренировка координаторной сферы, статические и динамические нагрузки на плечевой пояс, тренировка двоеручия (амбидекстрии).

Для III типа характерна праворукость-левононость, т. е. правая рука ведущая, относительно длиннее левой, правое плечо опущено, правая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, и нижними отделами — кпереди, левая половина ориентирована верхушкой кзади, нижними отделами — кзади. Левая нога длиннее правой или одинаковой длины, толчковая, ведущая. Правая половина таза наклонена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, левая половина наклонена в меньшей степени. Праворукий-левоногий, самый многочисленный (до 35%), неблагоприятный, дезадаптивный тип. Необходима перетренировка нижних конечностей: статические упражнения на левую ногу, динамические — на правую. Возможна нивелировка разницы длин ног стельками, иногда с созданием избыточной длины

справа (только врачом!). Именно при этом типе чаще у девочек в период полового созревания развиваются сколиозы. В некоторых случаях следует вначале тренировать «левоногость», либо усилить «кручение» сверху, от плечевого пояса и лишь затем перейти к перетренировке.

IV тип является «зеркальным» отображением первого типа, встречаемость в популяции — 15—40%. Ему присуща леворукость-левоногость, т. е. левая рука ведущая, относительно длиннее правой, левое плечо опущено, левая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, а нижними отделами — кзади, левая нога длиннее левой, толчковая, ведущая. Возможны варианты «скрытого левши», что выявляется тестированием при ссылках на ведущую «правость», либо амбидекстрия. Правая половина таза накло-

нена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, левая половина наклонена в меньшей степени. Типичный «левша» (в руках — может быть «скрытый левша» или амбидекстр). Развитие патологии может возникать при переориентации кручения в ключевой зоне позвоночника: шейно-грудном переходе. В этих случаях следует тренировать леворукость или амбидекстрию, равномерно используя статические и динамические упражнения справа и слева, а так же «двоеножие», т. е. обучение обеих ног функциям опоры и толчка. Целесообразна тренировка координаторной сферы.

Таким образом, лиц, имеющих III и IV типы пространственной ориентации позвоночного столба, следует относить к группе риска развития нарушений опорно-двигательного аппарата.

ВАРИЦЕЛЛА-ЗОСТЕР-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Подгорнов Д.В., Никуленкова Н.Е.

ОГУЗ «Владимирская областная клиническая больница»

Вирус варицелла-зостер является представителем альфа-герпесвирусов и обладает морфологическими характеристиками сходными с другими вирусами этого семейства. Источником инфекции является человек, большой ветряной оспой или опоясывающим герпесом.

Начало опоясывающего герпеса характеризуется синдромом общей интоксикации, различной степенью выраженности лихорадочным состоянием. Отмечается локальная болезненность в местах высыпаний различной интенсивности. Клинические проявления могут варьировать от незначительных пузырьковых сгруппированных высыпаний до тяжелых гемморогических и некротических проявлений, имеющих, как правило, унилатеральный характер.

Часто данным заболеванием страдают люди пожилого возраста, и первым врачом, к которому обращаются данные пациенты, как показывает опыт, являются участковые терапевты и врачи общей практики. Но малая информированность последних, не умение контролировать кожный статус, не знание современных фармакологических препаратов приводит к достаточно серьезным осложнениям: присоединению пиодермии, стойкой и длительной постгерпетической невралгии и как результат депрессия. Сильно страдает качество жизни таких пациентов.

Цель исследования — оценить эффективность комплексной терапии опоясывающего герпеса комплексом «Валтрекс — Виферон — Мильгамма — Панавир».

Проведен сравнительный анализ терапии двух групп больных, репрезентативных по возрасту, полу и тяжести течения заболевания. Основную группу составили пациенты, которым проводилась комплексная терапия, включающая: «Валтрекс» по 1000 мг 3 раза в сутки 7—10 дней (в первые сутки появления эффоресценций), ректальные свечи

«Виферон» по 1 свече на ночь 10 дней, «Мильгамма» в/м по 1 амп. ежедневно 10 дней, затем 2 раза в неделю 6 недель (препарат обладает не только благоприятным нейропротективным эффектом, но и достаточным анальгетическим действием). Наружно: «Панавир» (гель защитный), туширование элементов фукосептолом, смазывание очагов препаратом «Виру-мерц-серол» (1% гель тромантацина). При выраженных, обширных эрозиях применялся водный раствор метиленовой сини, «Эпиген-спрей», аэрозоль «Пантенол», масло шиповника, солкосерилловый гель.

Группу контроля составили 15 пациентов с опоясывающим лишаем, которым проводилась традиционная терапия (ацикловир местно и наружно, поливитамины, индометацин). Выраженность болевого синдрома оценивалась нами спустя 10 дней по специальному индексу, с использованием универсальной анкеты.

В основной группе после назначения «Валтрекса» в первые сутки появления высыпаний улучшение общего самочувствия наблюдалось уже после первых дней приема препарата, в среднем на 3—5-й день. В группе контроля этот показатель значительно варьировал и тесно коррелировал с тяжестью процесса, составил в среднем 11—18 дней.

Эпителизация дефектов на коже в основной группе составила 6—8 дней, тогда как во второй группе в среднем длилась 13—16 дней. Пациенты основной группы при анкетном опросе, спустя 10 дней от момента дебюта заболевания, показали значения индекса, соответствующие меньшей интенсивности болевого синдрома, чем в группе контроля, что наблюдалось и в результате лонгитудинального наблюдения.

Таким образом, раннее назначение «Валтрекса» (в течение первых суток после появления эффоресценций опоясывающего герпеса) значительно

нивелирует клиническую картину заболевания и уменьшает степень выраженности болевого синдрома. Комплексный подход к терапии данного состояния с применением «Виферона», «Панави-

ра», тромбантацина, эпителизирующих средств, приводит к скорейшему заживлению дефектов на коже.

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ОБУЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Рачкова С.А., Ушакова С.Е., Доброхотова Е.С.
ГУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

Сердечно-сосудистые заболевания и, в частности, артериальная гипертония (АГ) во всем мире являются одной из актуальных проблем. На сегодняшний день в России болезни системы кровообращения лидируют в общей структуре смертности, составляя 56%. Артериальная гипертония — одно из наиболее социально значимых хронических заболеваний. Распространенность АГ в России достигает 40% (39,2% мужчин и 41,1% женщин). В России только 5,7% мужчин и 17,5% женщин поддерживают артериальное давление на уровне целевого. Первичная заболеваемость населения болезнями органов кровообращения имеет устойчивую тенденцию к росту.

Сложная психосоциальная обстановка в обществе, безусловно, влияет на распространение сердечно-сосудистых заболеваний. Однако традиционные факторы риска: гиперхолестеринемия, гиподинамия, АГ, курение, сахарный диабет и другие — играют основную роль. Именно с высоким уровнем традиционных факторов риска связана высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России по сравнению с другими западноевропейскими странами, а также медленно, но растущая динамика смертности.

Целью настоящего исследования было определение частоты встречаемости основных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных АГ для обоснования внедрения лечебно-профилактических технологий в практику кардиологической службы и амбулаторно-поликлинического звена.

В 2006 г. в рамках Национального проекта «Здоровье» проводилась дополнительная диспансеризация работающих граждан. В 2006 г. в ГУЗ «Кардиологический диспансер» был осмотрен 1601 человек, 193 работника сферы здравоохранения и 1408 работников сферы образования, 62,9% из которых составили лица 35—55 лет. Всего выявлено 7083 (в среднем 4,4 на человека) заболеваний. Социально значимых заболеваний (не считая АГ) впервые выявлено 31 (из них 2 — на поздних стадиях), что составляет 1,9% от всех впервые выявленных заболеваний. Среди них лидирует сахарный диабет, на втором месте — онкологическая патология (патология легких, толстого кишечника, мочеполовой системы). Практически здоровых оказалось 8%. Сердечно-сосудистые заболевания были диагностированы у 19,8% пациентов, и в 72,6% случаев выявлена АГ. По данным обследования 52,4% пациентов с АГ имеют

три и более факторов риска и, как следствие, высокий риск ССО. У 8,3% пациентов диагностирован очень высокий риск. Низкий и средний риск сердечно-сосудистых заболеваний выявлен у 17,7 и 21,6% соответственно. Частота встречаемости основных факторов риска ССО среди пациентов с АГ высокого риска оказалась высокой: избыточная масса тела отмечена в 48,9% случаев, гиперхолестеринемия — в 45,5%, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний — в 22,2%, гиподинамия выявлена у 37%, курение — в 11,1% случаев. Поражения органов-мишеней верифицированы у 75,0% больных АГ.

Одной из успешных медицинских технологий при лечении пациентов с АГ является терапевтическое обучение (ТО). Доказана эффективность ТО в коррекции основных модифицируемых факторов риска ССО. Наиболее успешна при проведении ТО борьба с гиподинамией, избыточным потреблением поваренной соли. Мероприятия по контролю и снижению массы тела в рамках школ для пациентов являются весьма эффективными, но полной коррекции избыточной массы тела достичь не удастся. Менее успешной оказывается и коррекция гиперхолестеринемии, крайне низкий процент пациентов изначально информирован о своем уровне холестерина (4%). Борьба с курением как цель работы школ по АГ является самой трудной. Особенно затруднена на практике борьба с курением у пожилых мужчин, а именно эта категория пациентов имеет наиболее высокий риск ССО.

Приверженность лечению на фоне ТО существенно повышается, пациенты начинают чаще контролировать уровень артериального давления, возрастает регулярность применения гипотензивных препаратов. Но отмечено затухание данного эффекта с течением времени, в то время как прием препаратов не только является одной из важнейших составляющих лечения пациентов высокого риска, но и определяет прогноз течения заболевания и его осложнения. Все это требует внедрения непрерывных циклов обучения в течение длительного срока, особенно для данной категории больных. Пациенты с многочисленными факторами риска ССО требуют применения дополнительных мероприятий по их коррекции, таких как специальные тематические циклы занятий, в т.ч. с привлечением узких специалистов (эндокринолога, диетолога, психотерапевта и др.), что обуславливает необходимость внедрения дифференцированного подхода к ТО у таких пациентов. Приме-

нение личностно-ориентированного подхода к обучению — методология организации условий обучения, которая предполагает «включение» собственно личностных функций обучаемого или требование его субъектного опыта, также может способствовать повышению эффективности обучения. Необходима разработка индивидуальных профилактических программ. Все это поможет достичь одну из основных целей обучения — поддержание высокого уровня мотивации боль-

ных, который обеспечит непрерывность терапевтического процесса и улучшение контроля над заболеванием.

Таким образом, для более эффективной борьбы с АГ и снижения риска ССО требуется дифференцированный подход к ТО в зависимости от наличия и сочетания факторов риска, что значительно повысит эффективность обучения.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЖИТЕЛЯМ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

**Романенко И.А., Полятыкина Т.С., Корсун О.Ю., Гринштейн В.Б.,
Богомолова Д.Д., Валатина О.В.**

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

В Ивановской области, как и во всей России, растет число больных с патологией эндокринной системы. Первое место в структуре общей эндокринологической заболеваемости занимают сахарный диабет и ожирение, на втором месте стоят заболевания щитовидной железы, третье место принадлежит гипоталамо-гипофизарной патологии.

Согласно данным регистра сахарного диабета, в области зарегистрировано 20632 больных, из них 103 ребенка и 60 подростков, 20,5% больных сахарным диабетом имеют группу инвалидности в связи с развитием у них сосудистых осложнений заболевания; больных с ожирением выявлено около 45 000. Патология щитовидной железы имеет место почти у 19 тысяч человек, а больных с поражением других желез внутренней секреции — около тысячи.

Эндокринологическая служба в области распределена неравномерно: областной центр — г. Иваново располагает кабинетами эндокринологов в поликлиниках, эндокринологическим стационаром и городским эндокринологическим центром, а в районах областного подчинения всего 30% населения обеспечены поликлиническим приемом эндокринолога. Все остальные жители области имеют возможность получить специализированную помощь лишь на базе областной клинической больницы (ОКБ).

В консультативной поликлинике ОКБ принимают больных взрослые и детский эндокринологи, функционирует диабетологический центр, имеется возможность направления пациентов в специализированные отделения. За год эндокринологи в поликлинике ОКБ консультируют около 8000 человек из районов области, из которых более 3000 больных сахарным диабетом.

Эндокринологические отделения ОКБ, находясь в составе мощной многопрофильной высокоспециализированной больницы, обладают большим потенциалом современных диагностических и лечебных возможностей, используя лазерный центр микрохирургии глаза, радионуклидное отделение, отделение гемодиализа и компьютерной томографии. Специализированные эндокринологическая служба поликлиники (взрослая и детская) и диа-

бетологический центр выполняют лечебно-консультативную и методологическую функции в области. Они являются клинической базой ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», где вместе с врачами трудятся преподаватели ИВГМА — доктора и кандидаты медицинских наук. Огромное значение в лечении эндокринной патологии имеет плодотворное сотрудничество врача и грамотного больного, поэтому в отделениях функционируют школы больных сахарным диабетом, где пациенты учатся правильно питаться, контролировать уровень гликемии, оказывать себе помощь в экстренных ситуациях, предотвращать развитие осложнений заболевания.

В эндокринологическом стационаре ОКБ за год обследуются и лечатся около 10% всех больных эндокринного профиля из районов области. Анализ качественного состава пациентов в специализированном стационаре показал, что 46% — это больные с декомпенсацией основного заболевания, 30% — лица с впервые выявленным заболеванием, 8% — подростки с эндокринными заболеваниями, 7% больных попадает в отделение реанимации ОКБ по экстренным показаниям, 6% пациентов нуждаются в стационарном обследовании для уточнения диагноза, 2% женщин поступают в стационар для коррекции имеющегося эндокринного заболевания в связи с беременностью, 1% больных направляется МСЭК для обследования. Около 70% всех больных, проходящих стационарное лечение, составляют пациенты с нарушениями углеводного и жирового обменов.

В Ивановской области в течение нескольких лет действует целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», приоритетное место в которой занимает улучшение диагностики и лечения больных сахарным диабетом. Выделяются дополнительные финансовые средства, используемые для приобретения сахароснижающих препаратов, средств самоконтроля гликемии, современной аппаратуры при лечении сосудистых осложнений сахарного диабета. Отсутствие эндокринологического приема в ряде районов области компенсируется выездом эндокринологов в эти районы в рамках выполнения На-

циональной программы «Здоровье», где проводятся профилактические осмотры работников бюджетной сферы. За 2006—2007г. эндокринологами осмотрено более 9000 человек. В ситуациях, когда диагностических и лечебных возможностей ОКБ оказывается недостаточно для оказания адекватной специализированной помощи, больные эндокринологического профиля направляются за пределы Ивановской области для лечения с использованием высоких технологий.

На базе эндокринологического отделения ОКБ сотрудниками ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава и врачами отделения в течение пяти лет проводились научные исследования по отраслевой программе Росздрава № 018-057-001 «Разработка научных основ укрепления здоровья и профилактики основных неинфекционных заболеваний, а также методов предупреждения вредных воздействий на здоровье антропогенных факторов окружающей среды», которые были успешно завершены в 2006 г. В рамках этих исследований получен патент на изобретение и оформлено 5 рационализа-

торских предложений, направленных на оптимизацию диагностики и лечения нарушений углеводного обмена, опубликовано 7 научных статей, издано 3 информационных письма и методическое пособие «Вопросы эндокринологии для врача общей практики», которое распространено среди терапевтов Ивановской области.

В результате проведенных исследований обоснована необходимость оценки наиболее вероятных факторов сосудистого риска у лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе и впервые выявленным сахарным диабетом для осуществления первоочередных мероприятий по профилактике сосудистых осложнений. Разработана программа профилактики раннего развития ангиопатий для лиц из группы риска сахарного диабета, внедрение которой позволит предотвратить или замедлить возникновение сахарного диабета 2 типа. Вопросы эндокринологии входят в программу повышения квалификации врачей общей практики, что чрезвычайно актуально для Ивановской области.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ЗАБОЛЕВАНИИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Романчук С.В., Быков А.В., Атрошенко И.Г., Назарова О.А.

ГУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

ГУЗ «Тейковская центральная районная больница», г. Тейково, Ивановская обл.

Знания пациентов о своем заболевании и их готовность следовать рекомендациям врача считаются важнейшими факторами успешного лечения. В последнее время все больше внимания стало уделяться так называемой информированности больных о заболевании.

Нами изучен уровень информированности населения, обращающегося в территориальную поликлинику к терапевту. Исследовалась полнота знаний об артериальной гипертонии и ИБС, факторах сердечно-сосудистого риска и методах борьбы с ними.

Проведен опрос 666 пациентов, обратившихся в поликлинику Тейковской ЦРБ по любой причине в период с 1 марта по 30 мая 2007 г.

Наличие и выраженность факторов риска оценивалась самими пациентами.

491 (73,72%) опрошенных пациентов заявили, что никогда не курили; 96 (14,41%) курят в настоящее время; 79 (11,86%) ранее курили, но бросили. Таким образом, на момент исследования не курило более 85% опрошенных. 434 (65,17%) пациента утверждают, что или никогда не злоупотребляли алкоголем, или не выпивают в настоящее время. 12 (1,80%) пациентов признали, что часто употребляют алкоголь в настоящее время; 220 (33,03%) человек выпивают иногда. Таким образом, доля курящих и регулярно потребляющих алкогольные напитки (определенная на основании опроса) ниже, чем в целом среди населения РФ.

365 (54,80%) из опрошенных пациентов считают, что для своего возраста ведут подвижный образ

жизни, тогда как 301 (45,20%) считают свой образ жизни малоподвижным.

Излишний вес наблюдался более чем у 75% обследуемых, ожирение — у 25% пациентов.

Была изучена информированность пациентов об артериальной гипертонии. 314 (47,14%) пациентов не смогли дать пояснение, что такое гипертония, 352 (52,85%) пациента достаточно точно определили суть этого заболевания.

606 (90,69%) пациентов подтвердили, что имеют дома тонометр. Почти 40% пациентов располагают автоматическими или полуавтоматическими тонометрами. Более чем 50% пациентов измеряют АД хотя бы один раз в день, но около 9,46% пациентов не измеряют АД вообще, а 21,02% — при ухудшении самочувствия. Однако дневник артериального давления вели только 82 (12,31%) пациента. Более 70% пациентов не знают, что такое дневник давления, а 16,97% знают, но не ведут его.

Большинство пациентов осознает опасность, которую таит в себе артериальная гипертония. В качестве последствий гипертонии 24,92% пациентов назвали инсульт, 16,37% — смерть. Значительная часть (46,7%) пациентов назвала два и более отдаленных последствия. Тем не менее, почти 7% опрошенных затруднились с ответом на этот вопрос.

341 (51,80%) пациент ничего не знал о целевых уровнях артериального давления. 263 (39,49%) пациента смогли правильно назвать целевые уровни АД, 58 (8,71%) пациентов знали о целевых

уровнях, но не смогли назвать правильные значения.

5 (0,75%) пациентов из опрашиваемых заявили, что не принимают никаких лекарственных средств, 65 (9,76%) принимают лекарства при плохом самочувствии. 596 (89,5%) пациентов принимают лекарственные средства ежедневно, но 137 (20,57%) из них отметили, что иногда забывают вовремя принять лекарства.

Таким образом, наблюдается некоторая положительная динамика информированности пациентов с артериальной гипертонией о своем заболевании

и методах его контроля по сравнению с ранее приводимыми данными. Однако имеющиеся о пациентах сведения неполные и недостаточны для того, чтобы сформировать ответственное отношение к своему состоянию и проведению лечению, что определяет все ещё недостаточную приверженность больных терапии.

Полученные данные не только обосновывают целесообразность расширения образовательных программ для пациентов, но и требуют их дальнейшего совершенствования.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Романчук С.В., Быков А.В., Атрошенко И.Г., Назарова О.А.

ГУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

ГУЗ «Тейковская центральная районная больница», г. Тейково, Ивановская обл.

Информация о распространенности и структуре заболеваемости имеет большое значение для организации медицинской помощи в регионе. Среди всех заболеваний сердечно-сосудистая патология имеет определяющее значение. Однако данные о численности и структуре больных с данным видом патологии далеко не полны.

В 2007 г. в Ивановской области было проведено комплексное фармакоэпидемиологическое исследование распространенности основных сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности). В качестве объекта изучения был выбран один из районов Ивановской области (Тейковский район, г. Тейково) численностью около 50 тысяч человек как модель среднего по численности муниципального образования с хорошо развитой медицинской службой, включая кардиологическую помощь.

В качестве точки наблюдения были выбраны все обращения взрослого населения в поликлиническое отделение Тейковской ЦРБ по любой причине в период с 1 марта по 30 мая 2007 г. Учитывались все пациенты, у которых был установлен диагноз гипертонической болезни и/или ишемической болезни сердца.

Всего в исследование было включено 714 пациентов — 203 мужчины (28,4%), 511 женщин (71,6%). Средний возраст пациентов составил 65,3 года.

У всех пациентов была диагностирована артериальная гипертония, у 59,66% — ИБС. Более чем у 70% пациентов с артериальной гипертонией была установлена 2—3 стадия заболевания и очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Сопутствующая ИБС наблюдалась более чем у 70% этих пациентов. Доля пациентов с гипертонической болезнью I стадии составила 1,96% случаев.

Стабильная стенокардия напряжения разных функциональных классов была диагностирована у

50,84% обратившихся пациентов. Стенокардия напряжения II функционального класса зарегистрирована в 78% случаев ИБС, III функционального класса — в 19% случаев.

В анамнезе у 113 (15,83%) пациентов отмечались острые нарушения мозгового кровообращения, у 161 (22,55%) человека — инфаркт миокарда, у 29 (4,06%) — и то, и другое. Ишемический инсульт перенесли 94 (83,19%) пациента. Один инфаркт миокарда был зарегистрирован у 135 (83,85%), три инфаркта — у 4 (2,48%) пациентов.

Хроническая сердечная недостаточность диагностирована у 536 (75,07%) пациентов, из них стадия IIA сердечной недостаточности — в 56% случаев.

93 (13,03%) пациента страдали сахарным диабетом, 20 (21,51%) пациентов пребывали в состоянии компенсации, 65 (69,89%) — в состоянии субкомпенсации, у 8 (8,60%) отмечалась декомпенсация.

У 132 (18,49%) пациентов были отмечены нарушения сердечного ритма. Среди них наиболее часто встречались: желудочковая экстрасистолия — 24,24%, постоянная форма мерцательной аритмии — 16,67%, пароксизмальная мерцательная аритмия — 19,70%.

Различные формы дисциркуляторной энцефалопатии отмечены у 37,68% пациентов, остеохондроз — у 28,29%, хронический гастродуоденит — у 17,37%, хронический бронхит — у 13,59%, хронические заболевания легких (бронхиальная астма и ХОБЛ) — у 10,22%, дыхательная недостаточность — у 7,14%, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки — у 6,16%.

В течение года общий холестерин был измерен у 66% пациентов, креатинин — у 57%, остальные показатели были измерены в 1—12% случаев. Среднее значение общего холестерина в крови — 5,96 ммоль/л.

По отзывам опрашиваемых пациентов, на момент исследования не курили более 85% обследованных, злоупотребляли алкоголем — менее 2%, 33% — иногда выпивали. 54,8% опрошенных считали, что ведут подвижный образ жизни.

Также анализировалась терапия, назначенная по поводу имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний, с точки зрения её адекватности и соответствия действующим стандартам, а также эффективности.

Следует признать, что назначенная по поводу сердечно-сосудистой патологии терапия в целом соответствует современным российским и международным рекомендациям по структуре назначаемых групп лекарственных препаратов и их комбинаций, а также в плане соответствия показаниям к их применению.

Отмечается тенденция к увеличению доли современных форм препаратов — пролонгированных, кишечнорастворимых, с частотой назначения 1 раз в сутки. В то же время крайне редко применяются блокаторы рецепторов к ангиотензину II и новые препараты из групп (β -адреноблокаторов и препаратов центрального действия).

Большинство лекарственных препаратов назначается в дозах, близких к минимально рекомендованным, но не в составе комбинированной терапии, где такой подход оправдан, а в качестве

единственного препарата. Как и в целом по России, крайне недостаточна частота назначения гиполипидемических средств.

Остается низкой частота назначения современных фиксированных комбинаций лекарственных препаратов, преобладают комбинации, не позволяющие осуществлять терапевтический маневр, удовлетворяющий одновременно критериям безопасности и эффективности.

Недооценивается роль низких доз спиронолактона, как средства борьбы с терапевтической резистентностью при гипертонии.

Терапия артериальной гипертонии была эффективна (то есть достигались целевые цифры артериального давления) менее чем в 10% случаев, удовлетворительный гипотензивный эффект (значимое снижение артериального давления, отсутствие гипертонических кризов) отмечен не более чем в 25,8% случаев. Хуже всего артериальное давление контролировалось у больных сахарным диабетом. Лучший контроль отмечен у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе.

Полученные в ходе исследования результаты дают ценную информацию при разработке программ повышения эффективности и оптимизации помощи больным основными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Семенова Л.М., Егорова Л.А., Рябчикова Т.В.

НУЗ «Отделенческая больница на ст. Иваново» ОАО «РЖД», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Для эффективного лечения больных артериальной гипертонией (АГ) требуется не только ее своевременная диагностика и адекватная терапия, но и приверженность самих пациентов выполнению рекомендаций.

Цель исследования — оценить приверженность немедикаментозному лечению пациентов с АГ и выявить его гендерные особенности.

Обследовано 96 человек в равном соотношении мужчин и женщин. Средний возраст женщин — $46,3 \pm 4,8$ лет, мужчин — $44,6 \pm 5,6$ лет. Пациенты были сопоставимы по уровню образования, семейному и социальному положению и хозяйственно-бытовому статусу. Критерии включения: АГ I-II стадии без тяжелой сопутствующей патологии. Все больные были обучены в школе здоровья для пациентов с АГ. Изучение приверженности лечению проводилось методом прямого анкетирования.

Выявлены следующие особенности: пытаются бороться со стрессами, следят за уровнем глюкозы крови более 2/3 женщин и мужчин, контролируют уровень холестерина 31% женщин и только 13% мужчин ($p < 0,05$). Незначительное число пациентов занимаются коррекцией избыточной массы тела — 19% женщин и 4% мужчин ($p < 0,05$).

Все женщины и 77% мужчин не превышают рекомендованные нормы потребления алкогольных напитков. Пытались отказаться от курения 13% пациентов, однако избавились от зависимости только 6% мужчин ($p < 0,05$). Изменили свой двигательный режим, включив в него ходьбу и пешие прогулки, 43% женщин и 17% мужчин ($p < 0,05$). Меньше половины пациентов ограничили потребление поваренной соли. Модифицировали рацион питания 58% женщин и 27% мужчин ($p < 0,05$). Измеряют АД ежедневно 20% женщин и 14% мужчин, один раз в неделю — 16% женщин и 11% мужчин, один раз в месяц — 9% и 11% соответственно. Тонмометр имеют 33% женщин и 25% мужчин, при этом 19% женщин и 16% мужчин обучены технике измерения АД медработниками; 29% женщин и 9% мужчин научились это делать самостоятельно.

Итак, больные АГ не готовы в полной мере совершать усилия, направленные на контроль факторов риска АГ: выявлена низкая приверженность пациентов к немедикаментозному лечению. В целом женщины имеют большую приверженность к немедикаментозному лечению, чем мужчины. Самоконтроль АД осуществляет только 1/3 обследованных. Менее 20% пациентов были обучены методике измерения АД медработниками. Выяв-

ленные гендерные различия в приоритетах модификации факторов риска АГ необходимо учитывать при выборе оптимальной тактики лечения и обучения женщин и мужчин. Для улучшения комп-

лаенса требуется организация более эффективно-го взаимодействия между медработником и пациентом, возможно за счет повышения роли психологического вмешательства.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ДИСПАНСЕРА

Тадтаев В.А., Заславский Д.В.

МУЗ «Психоневрологический диспансер №10», г. Санкт-Петербург

В Государственном докладе «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 г.» отмечается, что сегодня «сведены практически к нулю возможности психиатрической службы по реабилитации психических больных (катастрофическое сокращение числа мест в ЛПМ)». В связи с этим возникает острая потребность в изучении и обобщении опыта работы учреждений, занимающихся организацией реабилитации больных психиатрического профиля, в разработке современных организационных форм оптимизации их деятельности.

Нами изучен опыт работы психоневрологического диспансера № 10 Адмиралтейского района Санкт-Петербурга по организации реабилитации пациентов с психическими расстройствами. Основную роль в реабилитации больных играет открытое в 2005 г. отделение реабилитации, работающее по принципу дневного стационара (ДС № 2). Его главной задачей является расширение сферы жизнедеятельности человека, имеющего психическое расстройство, в типовых жизненных ситуациях, таких как самообслуживание, передвижение, семья, социальные контакты и т.д., а также в трудовой и профессиональной деятельности.

Анализ деятельности ДС № 2 показал, что большая часть пациентов (85,7%) госпитализируется по медицинским показаниям, однако 14,3% были направлены на лечение по социальным показаниям. В нозологической структуре больных, проходивших лечение, 67,5% составили пациенты с психотическими формами психических заболеваний, среди которых 75,2% были больные шизофренией. На долю пациентов с непсихотическими формами психических заболеваний приходилось 29,6% и на пациентов с олигофренией — 2,9%.

При поступлении в дневной стационар, исходя из реабилитационной цели, для каждого больного разрабатывается индивидуальная программа реабилитации. Большинству пациентов (95,9%) во время пребывания в дневном стационаре проводилось медикаментозное лечение. Наряду с ним пациенты отделения реабилитации получали психотерапевтическую, психологическую и социальную помощь. Трудотерапия использовалась при лечении 52,1% больных и включала уборку отделения, уход за цветами, роспись деревянных изделий («функционально-тренирующая терапия» по Р.М. Войтенко) и пр. К релаксационным занятиям, которые способствовали снижению высокого уровня тревоги и психической напряженности, снятию чувства страха, обучению пациентов умению снимать психическое и физическое напряже-

ние, привлекалось 20,2% больных. С 39,3% пациентов проводились индивидуальные психотерапевтические занятия. В отделении реабилитации осуществлялась индивидуальная работа с родственниками 22,1% больных, направленная на формирование у них адекватного представления о психических расстройствах, их течении, лечении данных расстройств, возможностях социальной адаптации и роли семьи в процессе реабилитации пациентов, страдающих нервно-психическими расстройствами.

За год в дневном стационаре было проведено 69 психодинамических групповых занятий, в которых приняли участие 10,9% пациентов, из них 62,1% составили пациенты с шизофренией, 17,2% — с невротическими расстройствами, 10,3% — с ОЗГМ, 6,9% — с аффективными расстройствами и 3,5% — с расстройствами личности.

Важную роль в реабилитации больных с психическими расстройствами играет арт-терапия, при проведении которой использовалась техника тематического или свободного рисования. Разные формы работы с изобразительным материалом имели целью совершенствование сенсомоторных навыков и ассоциативного мышления, а также общую активизацию больных, позволяли невербально выражать свои мысли и чувства, касаться разнообразных проблем, а также развивать коммуникативные навыки. За год было проведено 35 групповых арт-терапевтических занятий. В занятиях по арт-терапии приняли участие 23,7% больных, среди которых 52,1% составили пациенты с диагнозом шизофрении, 29,2% — с ОЗГМ, по 6,3% больных — с аффективными и невротическими расстройствами, 4,2% — с умственной отсталостью и 1,9% — с расстройствами личности.

В отделении организовано кафе самообслуживания, где с пациентами проводится тренинг бытовых навыков, в ходе которого больные учатся готовить, приобретают навыки самообслуживания, учатся более рационально расходовать средства. В тренинге бытовых навыков в кафе самообслуживания участвовали 25,6% пациентов. Особенностью данных занятий явилась инициатива больных обсуждать различные виды инфекционных заболеваний, возможные способы избежать инфицирования. В помещении кафе пациенты самостоятельно (под контролем медицинского персонала) организуют различные праздники, отмечают дни рождения, что также имеет большое значение для социальной адаптации. В этих мероприятиях принимали участие 52,2% проходивших лечение.

Более четверти (28,8%) больных принимали участие в занятиях эстетического развития, в ходе которых они самостоятельно выступали с сообщениями о жизни и творчестве известных художников, музыкантов и т.д. 41,9% пациентов принимали участие в экскурсиях, посещениях театров, музеев. Перед выходом на все мероприятия сотрудниками социальной службы, которые сопровождали больных, проводился инструктаж о правилах поведения на дороге при переходе улицы, о поведении в общественных местах.

С целью оценки качества деятельности отделения медицинскими психологами был проведен социологический опрос 127 больных. В соответствии с режимом работы, пациенты находятся в отделении с 9 до 16 часов и получают двухразовое питание (завтрак и обед). Проведенный социологический опрос показал: 75,8% респондентов полагают, что объем выдаваемой пищи вполне достаточен, лишь для 19,4% больных предлагаемого объема не хватало. По качеству пациенты оценили питание следующим образом: 65,0% считают, что оно вкусное, 23,5%, что не очень вкусное и 6,7% — что невкусное. На то, что питание разнообразно, указали 76,2% опрошенных, 11,5% ответили, что питание было не всегда разнообразное и 7,5% — что питание было однообразным. 4,8% пациентов больничную пищу не ели и питались тем, что приносили из дома. Таким образом, несмотря на

трудности с финансированием, большая часть больных, проходивших лечение в дневном стационаре, была удовлетворена объемом, качеством и разнообразием ассортимента предлагаемого питания.

Средняя продолжительность пребывания больных на койке в отделении реабилитации в 2005 г. составила 40,6 дня. Проведенный социологический опрос показал, что 93,0% пациентов лечились в дневном стационаре с желанием и лечение им понравилось, 88,9% хотели бы еще раз пройти такое лечение. В течение года 90,1% пациентов было выписано из отделения реабилитации с улучшением, 3,3% госпитализировано в психиатрическую больницу, 6,6% переведено в дневной стационар № 1. Все случаи госпитализации были осуществлены по направлению отделения реабилитации или ПНД, случаев госпитализации по СПП не отмечалось.

Таким образом, реабилитация больных с психическими расстройствами в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера является эффективной формой ресурсосберегающих медицинских технологий. Дальнейшее развитие сети реабилитационных отделений, действующих по принципу дневного стационара при ПНД, во многом позволит решить проблему реабилитации больных психиатрического профиля.

ТРУДНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Тереничев А.И.

МУЗ «Шуйская центральная районная больница», г. Шуя, Ивановская обл.

Единственным и всем понятным термином можно обозначить настоящее состояние здравоохранения — дегенеративно-дистрофическое заболевание в фазе полиорганной недостаточности.

Основные симптомы

1. Ветхость помещений, расстройства системы канализации и водоснабжения.
2. Неукомплектованность первичного звена, старение кадров, отсутствие мотивации к получению образования.
3. Невозможность выполнить требования, предъявляемые проверяющими органами (пожарная инспекция, Росздравнадзор, Ростехнадзор).
4. Невозможность обеспечить доступность для населения и высокое качество медицинских услуг.

На этом фоне появились признаки косметического лечения. Фасад областной больницы со стриженными газонами и медными табличками. Рентгеновские кабинеты, оборудованные по последнему слову техники, стоящие в разваливающихся корпусах, участковые терапевты со средней зарплатой в 16 000 рублей, сидящие в кабинетах с драным линолеумом (последние ремонты проводились в этих кабинетах в середине 80-х гг.). Громадный

поток документации и отчетов, в которых должно отражаться улучшение и обеспечение.

Этиология заболевания ясна. Патогенез же сложен и требует детального изучения.

Патогенез

1. Управленческий хаос.
 - В моей больнице отсутствуют менеджеры среднего звена. Нет заведующих поликлиническими отделениями, которые должны контролировать работу участковых врачей. По непонятной логике национального проекта этот слой управленцев остался нетронутым. Лучшие участковые врачи, контролирующие работу средних и худших участковых врачей, не должны получать меньше средних и худших.
 - Отсутствие вертикали власти. Кому подчиняется главный врач? Главе муниципального образования? Департаменту здравоохранения? Росздравнадзору? Финансовому отделу областной администрации? Фонду медстрахования? У семи нянек дитя без глаза.
 - Политических ангажемент. К управлению больниц лезут лица, приближенные к правящей политической партии, а не лица, выдвинутые врачевными сообществами. Отсутствие внятной политики в отношении к здравоохра-

нению. То делается монетизация, то она превращается в то же самое извращенное льготное обеспечение. Вместо реформы пенсионного обеспечения с повышением пенсий государство делает выгодным инвалидность пенсионеров, тех, которые уже по определению пенсионеры и уже являются инвалидами.

- Отсутствие зрелого медицинского коллектива, который был бы способен обсуждать, осуждать, оправдывать и принимать решения.

2 Финансовая недостаточность: сметное финансирование.

- Денег никогда не хватает. Но это когда их нет. А когда на одних статьях их зашкаливает, а там, где напрямую зависит само существование медицинского учреждения, их нет.
- Поступление денег зависит от наполняемости местного бюджета. Первый и второй квартал сидишь без денег, третий и четвертый начинаешь их бешено расходовать. Четвертый квартал часть денег снимают как неизрасходованные.

3 Украшательство. Мы украшаем фасады, оставляя учреждения без необходимого.

Пути лечения

1. Автономность медицинских учреждений с попечительским советом (муниципальным, областным).
2. Подушевое финансирование на основании федеральных стандартов. Если субъект федерации не справляется, то адресные федеральные субвенции.
3. Продолжать адресную поддержку амбулаторного звена с включением заведующих поликлиническими отделениями. Стимулирование перехода на ВОП адресной федеральной помощью.
4. Вопрос о лицензировании ЛПУ должен находиться на уровне субъекта федерации. Областная власть должна быть авторитетом, прекратить террор чиновников надзорных органов.
5. Монетизация льгот с повышением пенсионного обеспечения.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ С ВЕДУЩЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тихомолов М.В., Струнников В.Г.
г. Палех, г. Плес, Ивановская обл.

Социальное здоровье населения сельского района, помимо гигиенической характеристики факторов, влияющих на заболеваемость на всех уровнях оказания медицинской помощи, должно в обязательном порядке включать исследование параметрических показателей информированности пациентов об имеющейся патологии (Щепин В.О., 1996, Медик В.А., 2003). Нами было проведено изучение уровня информированности сельских жителей, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения района по поводу ведущей на селе терапевтической патологии (болезни системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой системы).

Самый высокий показатель отмечен в отношении информированности жителей села о принципах ведения здорового образа жизни. В отношении большинства вопросов профилактики и диагностики заболеваний уровень информированности респондентов расценивался как удовлетворительный.

Низкую компетентность жители села показали по таким вопросам, как: новые лекарственные препараты для лечения имеющегося заболевания, новые методы лечения и диагностики, возможности диетотерапии, нетрадиционные методы лечения, лечебная физкультура и фитотерапия.

Крайне низкая оценка знаний пациентов сельского района была дана в отношении методов массажа и самомассажа, о нововведениях в области профилактики и диагностики имеющейся у респондентов патологии.

Негативная оценка, характеризующаяся как неудовлетворительный уровень знаний жителей села, имеющих заболевания терапевтического профиля, зарегистрирована в возможности получения социальной помощи, знаний и умений использования приемов психотерапии и аутотренинга, о школах здоровья, о здоровьесберегающих технологиях.

В социальном здоровье сельских жителей по поводу болезней системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой системы выявлены следующие тенденции.

В целом социальная удовлетворенность сельского населения оказываемой лечебно-профилактической помощью учреждениями здравоохранения районов отмечена как хорошая. Оценка стационарного звена значительно превышает оценку деятельности лечебно-профилактических учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и доврачебную медицинскую помощь. Наиболее низкие показатели социальной удовлетворенности медицинской помощью получены по фельдшерско-акушерским пунктам, сельским врачебным амбулаториям, отделениям скорой и неотложной медицинской помощи.

Удовлетворительный уровень знаний пациентов и их родственников отмечен в области диспансеризации, профилактики, диагностики и лечения имеющихся заболеваний. Сравнительный социальный анализ динамики показателей информированности пациентов с ведущей на селе терапевтической патологией позволил выявить, что по таким классам, как «Болезни органов дыхания», «Бо-

лезни системы кровообращения» и «Болезни мочеполовой системы» наблюдался рост заболеваемости.

Выявленные обратные взаимосвязи удовлетворенности качеством медицинской помощи оказываемой жителям сельских районов с показателями высоких уровней заболеваемости являются неос-

поримым свидетельством необходимости усиления работы по повышению уровня профессионализма медицинских кадров сельского здравоохранения. Одним из направлений оптимизации социального здоровья сельских жителей является дополнительная подготовка по вопросам социальной медицины.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Фоменкова О.С., Шихова Е.В.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрова»

В последние годы серьезной проблемой для здравоохранения России и бывшего СССР явился рост стоимости медицинского обслуживания населения. Вместе с тем действующая система медицинского страхования не справляется с решением возложенных на нее задач улучшения состояния здоровья нации. Объективные процессы, такие как: расширение потребностей населения в медицинской помощи, растущее использование новейших эффективных лечебных и диагностических технологий и лекарственных средств, повышение удельного веса пожилых категорий населения, растущая стоимость медпомощи при ограниченности финансовых и материальных ресурсов, которыми располагает система здравоохранения — привели к необходимости реструктуризации системы здравоохранения в целом, а в первую очередь — амбулаторно-поликлинического звена.

Вводимые изменения должны затрагивать как структуру и принципы оказания первичной медицинской помощи, так и систему финансирования. И в первую очередь необходимо обеспечить прозрачность финансовых потоков и рациональное использование ресурсов системы ОМС, сформировать законодательно закрепленные механизмы предоставления гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. Повысить экономическую эффективность использования ресурсов здравоохранения можно за счет перераспределения части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный. Работники амбулаторно-поликлинического звена должны выступать не просто в роли «диспетчеров», а являться основными в деле сохранения и поддержания здоровья населения.

Для осуществления этой задачи возможно создание диагностических центров при каждом амбулаторном учреждении, оснащенных новейшей аппаратурой, а соответственно — расширение спектра услуг, предоставляемых на уровне первичного звена медицинской помощи; более активное и

широкое использование стационарозамещающих технологий, которые не уступают по своей эффективности стационарам круглосуточного пребывания при лечении широкого спектра хронических заболеваний, а экономически намного выгоднее.

Для оказания высокотехнологичных и дорогостоящих диагностических и лечебных процедур необходимо создание крупных федеральных медицинских центров. Данные затраты со временем оправдают себя, так как это повлечёт за собой существенное снижение диагностических и лечебных нагрузок на стационар.

Необходим и контроль над нерациональным потреблением медицинских услуг и регулирование порядка получения населением медицинской помощи. Для этого возможно создание единой системы взаимодействия врачей первичного звена с врачами-специалистами, врачами стационаров и крупных федеральных лечебно-диагностических центров. Консультации специалистов должны осуществляться только по направлению врача первичного звена.

Основой оптимизации использования лекарственных средств должно явиться внедрение формулярной системы, соответствующей международным стандартам. Изменения должны затронуть и систему ДЛО. Список препаратов, получаемых на льготных условиях, может включать только дорогостоящие препараты, используемые для базисной терапии хронических заболеваний.

Необходимо отметить, что все вводимые изменения должны подробно разъясняться потребителям медицинских услуг, в связи с чем необходимо повысить доступность для населения информации о правах на медицинскую помощь, состоянии своего здоровья и сведений об объемах оказанной медицинской помощи и финансовых расходах за медицинские услуги в системе ОМС.

ИТОГИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТНИКОВ БЮДЖЕТНОЙ СФЕРЫ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2006 Г.

Французова Т.М., Костерина М.Е.

Департамент здравоохранения Ивановской области

В 2006 г. муниципальными учреждениями здравоохранения Ивановской области было выполнено государственное задание по проведению дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы в возрасте 35—55 лет. Благодаря поддержке Правительства Ивановской области осмотры работников бюджетной сферы возрастной категории старше 55 лет были проведены за счет средств областного бюджета.

В ходе дополнительной диспансеризации в полном объеме осмотрено 40 462 работников бюджетной сферы, из них 30968 человек в возрастной категории 35—55 лет и 9 494 человек старше 55 лет. В возрастной категории 35—55 лет в сфере образования количество человек, прошедших осмотры, к числу подлежащих проведению диспансеризации составило 86,2%, в сфере здравоохранения — 95%, в сфере культуры — 89%, в научно-исследовательских учреждениях — 76%. В возрастной категории старше 55 лет — 97,8, 104,9, 77,7, 89,1 и 54,9% соответственно.

Распределение лиц, прошедших дополнительную диспансеризацию, по группам здоровья, несколько отличается в возрастных категориях 35—55 лет и старше 55 лет. 50,8% из всех работников бюджетной сферы в возрастной группе 35—55 лет являлись практически здоровыми и были отнесены к I и II группам здоровья, в возрастной группе старше 55 лет их количество несколько меньше — 40,5%. Основная часть бюджетников, прошедших диспансеризацию (46,4% осматриваемых в возрасте 35—55 лет и 55,9% в возрасте старше 55 лет) была причислена к III группе здоровья. В IV группе оказалось соответственно 2,7 и 3,5%, в V группе здоровья — по 0,1% лиц, прошедших диспансеризацию.

В оказании стационарной помощи нуждалось 1168 человек, из них 836 человек в возрасте 35—55 лет и 332 человека в возрасте старше 55 лет; в высокотехнологичных видах медицинской помощи — 27 человек (16 человек в возрасте 35—55 лет, 11 человек старше 55 лет). Необходимость в санаторно-курортном лечении выявлена у 8675 работников (из них до 55 лет — 6720 чел., старше 55 лет — 1955 чел.).

При анализе состояния здоровья по сферам деятельности установлено, что самое большое количество практически здоровых людей (I и II группы здоровья) выявлено среди работников культуры и спорта — 51%, далее — среди работников научно-исследовательских институтов — 48,3% (до 55 лет — 48,5%, старше 55 лет — 37,9%). Наименьшее количество практически здоровых людей среди работников социальной защиты населения — 43,2% (до 55 лет — 48,5%, старше 55 лет — 37,9%). Очевидно, с этим связана и наиболее высокая нуждаемость в санаторно-курортном ле-

чении у работников социальной защиты в возрастной группе 35—55 лет (27%). На втором месте по нуждаемости в санаторно-курортном лечении этой возрастной группы находятся работники здравоохранения (нуждаемость 22,7%). В возрастной группе старше 55 лет самая высокая нуждаемость в санаторно-курортном лечении у работников научно-исследовательских институтов — 27,1%, затем у работников здравоохранения — 23,4%.

Во время проведения дополнительной диспансеризации на стационарное лечение были направлены 517 человек (1,3% от общего числа осматриваемых).

В ходе диспансеризации выявлено 45 516 заболеваний, в среднем 1,1 заболевание на 1 человека (до 55 лет — 1,0, старше 55 лет — 1,3). Общая заболеваемость составила 1124,9 на 1000 осматриваемых. Поздние стадии заболевания выявлены у 292 человек, что составило 0,7% от числа обследуемых (в возрастной группе 35—55 лет — в 0,5%, у лиц старше 55 лет — в 1,4% случаев). На первом месте в структуре заболеваний на поздней стадии стоят болезни системы кровообращения (43,8% к числу выявленных заболеваний на поздней стадии), далее следуют болезни костно-мышечной системы — 14,2%, затем болезни органов пищеварения — 13%, болезни глаз — 8,6%.

Структура заболеваемости в обеих возрастных группах работников бюджетной сферы (в возрасте 35-55 лет и старше 55 лет) практически одинаковая. Первое место по частоте занимают болезни системы кровообращения: они выявлены соответственно у 22 и 27% прошедших диспансеризацию, далее следуют болезни глаз — отмечены у 15,2 и 18,6% пациентов этих возрастных групп. Болезни костно-мышечной системы установлены у 15,2% работников в возрасте 35—55 лет и у 13% лиц старше 55 лет. На четвертом месте по частоте болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ соответственно в 14,7 и 13% случаев. Далее следуют болезни мочеполовой (10,8 и 7,4%), нервной (6%) систем и органов пищеварения (5,3%).

Следует отметить, что при дополнительной диспансеризации не выявлено ни одного случая туберкулеза. Злокачественные образования диагностированы у 29 пациентов (0,07% от числа осматриваемых), сахарный диабет у 440 человек (1,1%), гипертоническая болезнь выявлена у 5923 осматриваемых (14,6%). Под диспансерное наблюдение взято 10303 человек — 25,5% от числа прошедших диспансеризацию (каждый четвертый).

Выявленные в ходе проведения дополнительной диспансеризации в 2006 г. организационные проблемы и недостатки, связанные с недостаточной

заинтересованностью работодателей в проведении осмотров, некачественно подготовленными списками подлежащих диспансеризации, а также со слабой оснащенностью поликлиник лабораторно-диагностическим оборудованием и компьютерной техникой, недостатком врачей-специалистов, и прежде всего эндокринологов и урологов, наличие очередей в ряде лечебных учреждений для паци-

ентов и пр., учтены при продолжении этой работы в 2007 г.

Результаты проведенной дополнительной диспансеризации доказывают ее актуальность, своевременность и большую социально-экономическую значимость в плане сохранения трудовых ресурсов страны.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Хоптян Д.А., Степанов В.В., Финченко Е.А., Гусев М.В., Левин О.Б.
ОГУЗ «Новосибирская областная клиническая больница»

Состояние здоровья населения определяется его главными параметрами — общественным и индивидуальным здоровьем и выполняет важнейшую функцию связи систем здравоохранения и общества.

Недоучет значения фактора здоровья населения делает неэффективным планирование и ненадежной реализацию социально-экономических программ (Разумов А.Н., Пономаренко В.И., Пискунов В.А., 1996; Модестов А.А., Ямщиков А.С., Шевченко В.В., 2005).

Воспроизводство здорового населения, несмотря на увеличение продолжительности жизни, является актуальной проблемой. На уровне страны она предстает как проблема сохранения здоровья нации. Следовательно, необходима новая, адекватная сложившимся социально-экономическим условиям государственная стратегия охраны и улучшения здоровья населения. Вместе с тем, существующие в настоящее время подходы к отраслевому и межотраслевому планированию уже не позволяют объективно оценивать ситуацию, а следовательно, и прогнозировать ее развитие (Щепин О.П., 2005).

Сибирский экономический регион занимает 38% всей территории РФ, а проживает здесь 16,5% населения. Если за последние 75 лет количество жителей Сибири увеличилось более чем в 2 раза, с 10,5 млн. в 1926 г. до 24 млн. человек в 2001 г., то в последующие годы ожидается тенденция сокращения населения. По прогнозам к 2015 г. общая численность жителей в Сибири уменьшится более чем на 1,5 млн. и составит чуть более 22 млн. человек.

Перспектива изменения структуры населения Сибири такова, что, с учетом резкого снижения рождаемости в 90-е гг., будет идти сокращение удельного веса детей и увеличение доли лиц пожилого возраста, что приведет к снижению реальных трудовых ресурсов. Сегодня показатель детности на всех территориях Сибири ниже необходимого для простого воспроизводства на 40—50%. В перспективе показатель детности будет сокращаться, и в ближайшие 20—30 лет существенного изменения характера воспроизводства не предвидится.

Прогноз характера замены поколений показал, что у каждого последующего поколения женщин реализация деторождения в наиболее оптимальном для этого возрасте (20—29 лет) сокращается. С одной стороны, это ведет к еще большему сокращению показателя детности, с другой, при условии компенсации деторождения у женщин старше 30 лет, повлечет определенные издержки в здоровье женщин, детей, адекватной организации медицинской помощи (Денисов В.Н., 2003).

Охрана здоровья матерей и детей, репродуктивного здоровья населения РФ при сложившейся социально-демографической ситуации в последние годы становится одним из основных критериев эффективности здравоохранения.

Несмотря на положительные тенденции ряда показателей, характеризующих деятельность службы родовспоможения (снижение материнской, перинатальной смертности), отмечается рост гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста, заболеваемости беременных, новорожденных и детей первого года жизни.

Высока распространенность перинатальной патологии у новорожденных, выхаживание которых обходится государству в 250—300 раз дороже, чем доношенных детей и является основной причиной младенческой смертности, а также последующей стойкой инвалидизации детей.

Существующий потенциал службы охраны здоровья беременных женщин и новорожденных детей и организационные формы не обеспечивают высокий качественный уровень медицинской помощи беременным женщинам, особенно из группы высокого риска, а ее материально-техническое оснащение не адекватно современным требованиям. Система динамического наблюдения за детьми в различные периоды детства до конца не отработана, а ее отдельные фрагменты не позволяют обеспечить необходимый уровень раннего выявления патологии и своевременного начала медицинской и психолого-педагогической помощи этому контингенту пациентов.

Опыт здравоохранения зарубежных стран и отечественной системы охраны здоровья матери и ребенка свидетельствует о рациональности трехуровневой системы организации акушерской и

неонатологической помощи с включением в третий уровень перинатальных центров, оказывающих медицинскую помощь беременным из группы высокого риска, а также ведущего организационно-методическую работу по вопросам перинатологии на уровне субъекта РФ.

В соответствии с федеральными законами № 95-ФЗ от 04.07.03 г., № 131-ФЗ от 06.10.03 г. и № 122-ФЗ от 22.08.04 г. организация оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов отнесена к компетенции муниципальных образований в сфере здравоохранения. Однако медицинская помощь беременным, роженицам и родильницам по объемам включает в себя доврачебную, врачебную, квалифицированную и специализированную помощь.

Специализированная помощь оказывается при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и применения сложных медицинских технологий. В акушерской практике это экстрагенитальные заболевания, различные осложнения беременности, родов и послеродового периода.

В связи с этим в структуре амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений муниципальных образований могут быть организованы кабинеты и отделения специализированной медицинской помощи, финансируемые из средств ОМС, муниципальных бюджетов и иных источников.

Кроме того, оказание медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам требует применения специализированной помощи, включая высокие технологии: при невынашивании беременности, гестозах, тромболитических осложнениях и др.

Поэтому организация специализированной медицинской помощи в перинатальных центрах, областных родильных домах и акушерских стационарах при многопрофильных больницах необходимо отнести к рубрике «в других специализированных медицинских учреждениях» (ст. 26.3, п. 2, подп. 21 Федерального закона № 184-ФЗ от 06.10.99 г.).

При пересмотре нормативных документов с учетом принципов разграничения полномочий и взаимодействия между различными уровнями органов государственного управления чрезвычайно важно обеспечить доступность медицинской помощи женщинам и детям путем сохранения существующей системы и объемов ее оказания на всех уровнях, начиная с первичного звена службы (женские консультации, детские поликлиники и т. д.).

Следует также обеспечить приоритетное финансирование государственных мер по охране здоровья женщин и детей, государственные гарантии бесплатной медицинской помощи матерям и детям; эффективность и качество этой помощи, включая высокотехнологичные виды помощи (Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г., 2005).

ФОРМИРОВАНИЕ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Цыцорина И.А.

Департамент здравоохранения Новосибирской области

Для формирования эффективно функционирующей системы охраны здоровья населения на уровне субъекта РФ требуются экономические и административно-правовые механизмы воздействия органов исполнительной и законодательной власти на медико-социальную и демографическую ситуацию в субъекте РФ, четкие механизмы взаимодействия управленческих структур по «вертикали». Это в свою очередь требует совершенствования структуры администрации субъекта РФ, определения приоритетов, задач и функций управления. Управление, координация и финансирование деятельности социальных институтов по вопросам охраны здоровья населения требуют организации в структуре органа исполнительной власти субъекта РФ не комиссии или комитета по охране здоровья населения с неопределенным статусом, задачами, функциями и полномочиями, а нового подразделения — департамента охраны здоровья населения.

В ведении департамента охраны здоровья населения должен быть создан информационно-аналитический центр, который может быть создан на базе центра социально-гигиенического мониторинга центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъекте РФ и

информационно-аналитического центра департамента здравоохранения. В ведение департамента также должен быть переведен территориальный центр медицинской профилактики. Основная деятельность департамента направлена на прогнозирование, координацию и проведение политики в области охраны здоровья населения.

Основными целями департамента охраны здоровья населения являются:

- обеспечение долгосрочного планирования и прогнозирования развития системы охраны здоровья населения в субъекте РФ;
- формирование предложений по реализации государственной политики в области охраны здоровья населения во взаимодействии с федеральными, государственными и муниципальными органами исполнительной и законодательной власти;
- обеспечение санитарно-гигиенического благополучия на территории субъекта РФ;
- обеспечение эффективной медицинской и медико-социальной помощи населению.

Основными задачами департамента охраны здоровья населения являются:

- определение приоритетов и осуществление мер по практической реализации государственной политики в области охраны здоровья населения на территории субъекта РФ;
- обеспечение условий для эффективного взаимодействия государственных структур и внебюджетных фондов, относящихся к ведению департамента охраны здоровья населения;
- координация деятельности администраций территориальных (муниципальных) образований субъекта РФ;
- формирование, определение приоритетности финансирования и контроль за реализацией целевых программ по решению проблем в области охраны здоровья населения, а также оценка их эффективности;
- осуществление координации деятельности научных и учебных заведений по подготовке кадров и проведению научных исследований в области охраны здоровья населения;
- организация эффективного взаимодействия с другими подразделениями администрации субъекта РФ, государственными и негосударственными учреждениями и организациями, деятельность которых в той или иной степени направлена на решение проблем в области охраны здоровья населения;
- проведение кадровой политики в государственных учреждениях и организациях, деятельность которых в той или иной степени направлена на решение проблем в области охраны здоровья населения (в основном это касается руководителей этих учреждений и организаций);
- прогнозирование и определение приоритетных направлений в области охраны здоровья населения (разработка территориальных целевых программ);
- создание и ведение единой информационной базы по вопросам охраны здоровья населения;
- взаимодействие со средствами массовой информации (СМИ) по вопросам охраны здоровья населения;
- перспективное планирование сети медицинских, фармацевтических учреждений и учреждений, занимающихся вопросами охраны здоровья населения;
- подготовка предложений по совершенствованию законодательства в области охраны здоровья населения;
- содействие развитию негосударственных форм медицинского обслуживания и улучшения здоровья населения;
- обеспечение единой политики в области оказания медицинской, медико-социальной помощи и мероприятий по улучшению здоровья населения в учреждениях и организациях всех форм собственности;
- анализ состояния здоровья населения и медико-демографической ситуации в субъекте РФ;
- оценка эффективности деятельности, подразделений администрации субъекта РФ, в своей деятельности касающихся вопросов охраны здоровья населения, и администраций территориальных (муниципальных) образований в области охраны здоровья населения;
- определение фармацевтической и медико-технической политики в области обеспечения медицинской и медико-социальной помощи;
- разработка и контроль над реализацией государственной семейной и молодежной политики;
- формирование общественного мнения по приоритетным направлениям политики в области охраны здоровья населения;
- обеспечение контроля за санитарно-эпидемиологической ситуацией на территории субъекта РФ, качеством медицинской и медико-социальной помощи;
- подготовка ежегодного доклада администрации субъекта РФ о реализации политики в области охраны здоровья населения.

Департамент курирует федеральные структуры, расположенные на территории субъекта РФ, а также предприятия, учреждения и организации независимо от формы собственности, касающиеся в своей деятельности вопросов охраны здоровья населения.

Реализацию политики в области охраны здоровья населения департамент проводит через территориальные целевые программы, которые предусматривают решение наиболее актуальных проблем в области охраны здоровья населения на территории субъекта РФ.

ФОРМИРОВАНИЕ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ

Цыцорина И.А.

Департамент здравоохранения Новосибирской области

Для обоснования структурно-организационной модели системы медико-социальной профилактики факторов риска заболеваний, в значительной

мере обусловленных образом жизни, на муниципальном уровне разработан комплексный подход, включающий в себя этапы как лечебного, так и

профилактического воздействия, а также учитывающий основную стратегию снижения уровня заболеваний, в значительной мере обусловленных образом жизни различных контингентов населения.

Комплексный подход включает в себя:

- пропагандистско-воспитательное сопровождение оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий у лиц, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) или медицинские негосударственные организации (МНО);
- организацию лечебно-диагностической помощи, включающую восстановление основных функций организма после перенесенных заболеваний;
- проведение медицинской реабилитации лиц, перенесших острые заболевания;
- организацию профилактики заболеваний, в значительной мере обусловленных образом жизни.

Структурно-организационная модель системы профилактики заболеваний, в значительной мере обусловленных образом жизни и формирования рационального (здорового) образа жизни, представлена следующими структурами и направлениями деятельности.

Первый уровень (социальный) системы охраны здоровья населения и профилактики заболеваний, в значительной мере обусловленных образом жизни, представлен учреждениями и организациями культуры, образования, молодежной политики, общественными организациями и СМИ.

Основными направлениями работы являются формирование позитивной установки на:

- внимательное отношение граждан к своему здоровью;
- формирование адекватной модели социального и физического поведения;
- отказ от вредных привычек;
- своевременное информирование о своих проблемах медицинских работников.

Второй уровень (медико-социальный) представлен муниципальными центрами здоровья. Наряду с направлениями, реализуемыми на социальном уровне, основным направлением работы является профилактика заболеваний, в значительной мере обусловленных образом жизни, формирование и поддержание рационального (здорового) образа жизни у населения.

Третий уровень (медицинский/немедицинский) представлен двумя подуровнями:

- первичной медико-санитарной помощью (ПМСП) — общая врачебная практика (ОП);
- специализированной медицинской и немедицинской помощью (подростковые центры, центры охраны репродуктивного здоровья (как для женщин, так и для мужчин), геронтологические центры, медицинские некоммерческие и коммерческие организации).

Основным направлением работы ОВП является регулярное обследование, учет, диспансерное наблюдение и лечение больных заболеваниями, в значительной мере обусловленными образом жизни (вторичная профилактика).

Основным направлением работы специализированных учреждений, медицинских некоммерческих и коммерческих организаций (МНО и МКО) являются профилактика и лечение отдельных заболеваний, в значительной мере обусловленных образом жизни, а также проведение оздоровительных мероприятий.

С учетом вышесказанного нами выделены этапы медицинской профилактики.

На первом этапе происходит заполнение анкет самооценки здоровья самими гражданами, при необходимости, проводятся соответствующие консультации. Потоки пациентов предварительно распределяются на больных, лиц с преморбидными состояниями, практически здоровых и здоровых.

На втором этапе проводится оценка состояния здоровья на основе анкеты самооценки и данных объективного обследования. На этом этапе окончательно формируется группа здоровых, лица, признанные больными и лица, находящиеся в преморбидном состоянии, формируют поток третьего этапа.

На третьем этапе (лечебно-профилактическом) происходит уточнение диагноза и проводится профилактическое лечение. При этом часть больных будет нуждаться в госпитализации (острые больные или требующие проведения специальных методов исследования, запущенные случаи заболеваний).

В зависимости от сложившейся потребности должны создаваться комплексные оздоровительные программы для пациентов повышенного риска (лиц, находящихся в преморбидном состоянии). В случае, если эта потребность не сформирована или нет возможности реализации такой программы, необходимо использовать имеющиеся учреждения и организации, в том числе МНО и МКО, для создания организационно-функциональной структуры с четко определенными задачами и функциями.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Чебыкина А.В., Зонов О.А., Зонина Ю.А.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Качество жизни — наиболее универсальный метод оценки состояния здоровья, позволяющий продемонстрировать эффективность терапии с точки зрения пациента. Следует подчеркнуть, что большое количество лекарственных средств далеко не всегда сопровождается улучшением качества жизни, а у 1/3 больных приводит к появлению новых жалоб, связанных с побочным действием препаратов. В свою очередь недостаточная приверженность к лечению приближает риск обострения бронхиальной астмы (БА), риск осложнений артериальной гипертензии (АГ) у таких пациентов к уровню его у тех, кто вообще не получает лечения. Тем не менее, основная задача врача — достичь адекватного контроля АД, применяя при этом методы и подходы, позволяющие предотвратить поражение органов-мишеней, развитие деменции и ухудшение качества жизни.

SF-36 относится к неспецифическим вопросникам для оценки качества жизни, он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Цель работы: оценить физические и психологические компоненты здоровья у пациентов во время обострения БА на фоне АГ. Создать быстрый и удобный метод подсчета результатов SF-36.

Обследовано 20 пациентов (17 женщин и 3 мужчины, средний возраст 52 ± 7 лет), страдающих БА (у 55% пациентов — неаллергическая форма, у 45% — смешанная форма БА) средней степени тяжести на фоне АГ. 10% пациентов имели I стадию АГ. Частота выявленных необратимых изменений органов-мишеней при БА составляет 20%. Средний стаж бронхообструктивного синдрома составлял $11,3 \pm 6,2$ года, средний стаж АГ — $7,25 \pm 4,1$ года.

Терапия БА и АГ требовала коррекции. Для оценки тяжести обострения БА на фоне АГ проводился опрос и анкетирование пациентов, пикфлоуметрирование, спирография, тонометрия, контроль ЧСС. Для оценки показателей качества

жизни использовался опросник SF-36. Оценивался физический компонент здоровья — физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH) и психологический компонент здоровья — психическое здоровье (MH), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), социальное функционирование (SF), жизненная активность (VT).

На момент анкетирования пиковый экспираторный поток (ПЭП) составлял в среднем $72,88 \pm 8,63\%$ от наилучшего показателя, потребность в ингаляторе скорой помощи была 5 ± 2 раза за день, и до 2 раз в ночное время. Показатели функции внешнего дыхания были следующими: ОФВ1 = $57,67 \pm 14,11\%$ от должного, ТТ = $68,55 \pm 11,48\%$ от должного, ЖЕЛ = $67,65 \pm 10,02\%$ от должного.

Средний уровень сатурации кислорода был в пределах нормы и составлял $95,53 \pm 0,78\%$. У 75% пациентов наблюдалось повышение давления выше 140/90 мм рт. ст. Средняя ЧСС составляла $79,6 \pm 6,72$ уд/мин. Показатели качества жизни оценивались относительно максимально возможного, равного 100. Физический компонент здоровья оказался сниженным: PF = $49,7 \pm 20,3$, R = $6,9 \pm 11,5$, BP = $37,6 \pm 10,2$, GH = $42,3 \pm 8,5$. Показатели психологического компонента здоровья так же оказались низкими: MH = $40,9 \pm 13,8$, RE = $18,5 \pm 26,5$, SF = $36,8 \pm 18,8$, VT = $33,6 \pm 10,9$.

Таким образом, существует тесная взаимозависимость между обострением БА на фоне АГ и ухудшением качества жизни больных. Зафиксированы отличия между субъективной оценкой больным тяжести своего состояния и объективными данными обследований. Данный метод оценки показателей качества жизни может использоваться в практике для работы с пациентами, страдающих различными заболеваниями.

ОЦЕНКА ПУЛЬМОГЕННОГО ХАРАКТЕРА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПО ДИНАМИКЕ ПИКОВОГО ЭКСПИРАТОРНОГО ПОТОКА И МОНИТОРИНГУ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Чебыкина А.В., Зонина Ю.А., Зонов О.А.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Существуют различные точки зрения на патогенетические взаимоотношения бронхиальной астмы и артериальной гипертензии: оба заболевания развиваются независимо друг от друга под влиянием

факторов риска; бронхиальная астма является причиной развития артериальной гипертензии, причем данная артериальная гипертензия должна рассматриваться как симптоматическая. В данном

случае можно говорить о существовании вторичной (пульмогенной) артериальной гипертензии у больных бронхиальной астмой, развитие которой связано с гипоксией, гиперкапнией, изменениями состояния симпатoadrenalовой системы, ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, особенностями центральной и периферической гемодинамики. Отмечено взаимное влияние бронхиальной астмы и артериальной гипертензии прежде всего на состояние гемодинамики, что усложняет лечение больных бронхиальной астмой, ведет к более тяжелому течению этого заболевания и ухудшает прогноз жизни.

Целью работы являлось выявить особенности течения артериальной гипертензии у больных с обострением бронхиальной астмы. Обследовано 43 пациента, средний возраст — 54,5 лет. Бронхиальной астмой тяжелой степени страдали 53,5% больных, у 39,5% пациентов диагностирована бронхиальная астма средней степени тяжести и у 7% — бронхиальная астма легкой степени. В анамнезе у 4,7% пациентов регистрировалась 1 степень повышения артериального давления, у 44,2% — 2 степень, и у 51,1% пациентов — 3 степень. У 20,9% пациентов, страдающих бронхиальной астмой, выявлена I стадия артериальной

гипертензии, у 72,4% пациентов — II стадия, у 6,7% больных — III стадия. Проводилось пикфлоуметрирование, спирография, мониторинг артериального давления, опрос пациентов. В анамнезе у 79% пациентов артериальная гипертензия манифестировала позднее бронхообструкции, у 14% пациентов — бронхиальная астма дебютировала раньше артериальной гипертензии, и у 7% больных стаж артериальной гипертензии и обструкции примерно одинаковый.

При обострении бронхиальной астмы 86,1% больных отмечали изменение артериального давления. Среднее артериальное давление при поступлении $109,2 \pm 7,5$ мм рт. ст. При купировании обострения бронхиальной астмы прирост пикового экспираторного потока составил $89,2 \pm 53,5$ л/мин, снижение среднего АД — 12,4 мм рт. ст.

Таким образом, у большинства больных, страдающих бронхиальной астмой и артериальной гипертензией, отмечен пульмогенный характер артериальной гипертензии. При купировании обострения бронхиальной астмы имеется тенденция к снижению артериального давления на фоне прироста пикового экспираторного потока.

СОСТОЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Чернобровый В.Ф., Баликин В.Ф., Караваев В.Е., Шибачева Н.Н., Гордеев Н.Н., Альпер И.А., Козырева И.И., Федоровых Л.П., Федосеева Е.С., Лебедев С.Е.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Иваново

Удельный вес инфекционной патологии в структуре общей заболеваемости достаточно высокий. И хотя, в целом, эпидемиологическая ситуация в стране и в Ивановской области сохраняется стабильной, инфекционные заболевания ежегодно регистрируются с высокой частотой, по некоторым нозологическим формам периодически отмечается вспышечная и даже эпидемическая заболеваемость (грипп и ОРВИ, острые кишечные инфекции, природно-очаговые инфекции и др.). Учитывая, что многие инфекционные болезни характеризуются высокой контагиозностью, обслуживание этой категории пациентов требует особого внимания.

В России создана и функционирует четкая система обслуживания больных инфекционного профиля:

- амбулаторная помощь (в поликлиниках города и районов функционируют кабинеты инфекционных заболеваний — КИЗы, обслуживающие больных инфекционного профиля);
- стационарная помощь (инфекционные больницы, инфекционные отделения в составе многопрофильных городских больниц или ЦРБ).

Инфекционная служба Ивановской области представлена в 16 районах инфекционными отделениями в составе ЦРБ; в г. Иваново — в составе городской клинической больницы (МУЗ ГКБ № 1).

К сожалению, последние годы в связи с реструктуризацией здравоохранения произошло сокращение инфекционной службы ряда административных территорий области. Это привело к расширению зоны обслуживания инфекционных стационаров г. Иваново (МУЗ ГКБ № 1 обслуживает инфекционных больных г. Иваново, Ивановского района, г. Кохмы и п. Лежнево, а также диагностически сложных больных инфекционного профиля из районов области), г. Кинешмы (МУЗ Кинешемская ЦРБ — инфекционных больных г. Кинешмы и Кинешемского района, г. Наволоки, г. Заволжска и Заволжского района), и г. Шуи (инфекционное отделение Шуйской ЦРБ кроме больных своего района обслуживает инфекционных больных из Палехского, Пестяковского, В.-Ландеховского районов).

Вопрос об амбулаторном обслуживании больных инфекционного профиля не во всех районах организован в соответствии с приказом МЗ РФ № 220 от 17.09.93 г. «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в РФ», по которому оказание специализированной помощи инфекционным больным в поликлинике: взрослым — должно осуществляться в КИЗе, детям — в составе детской городской поликлиники организуется кабинет или отделение профилактики инфекционных заболеваний. В то же время КИЗы функционируют лишь в гг. Иваново, Кохма, Кинешма,

Шуя, Тейково, Вичуга, Родники, Заволжск, Приволжск.

Вследствие уменьшения населения ежегодно сокращается число инфекционных коек в области. Так, если в 2001 г. их было — 944, то в 2006 г. — 625, а планируемое количество коек на 2007 г. — 508. В конечном итоге подобная тенденция в дальнейшем может привести к сокращению инфекционной службы еще в ряде районов области, а в целом приведет к резкому ухудшению качества лечебно-диагностической работы в клинике инфекционной больницы. Чтобы эта тенденция не отразилась на качестве обслуживания больных, необходима своевременная реорганизация инфекционной службы в Ивановской области.

Варианты могут быть различными. Мы предлагаем организовать межмуниципальные центры по оказанию специализированной инфекционной помощи больным, организационно-методической помощи инфекционистам в районах области.

Одним из таких центров может быть инфекционная служба МУЗ ГКБ № 1 г. Иваново, так как это многопрофильная больница, на базе которой расположены две кафедры инфекционных болезней ИвГМА (лечебного и педиатрического факультетов); существует высокий кадровый потенциал врачей, большие лабораторные диагностические возможности своей базы и в областных учреждениях в черте города; специалисты узкого профиля; областной центр гигиены и эпидемиологии, на базе которого осуществляется лабораторная диагностика вирусных и зоонозных инфекций. Кроме того, в ходе реализации программы борьбы с социально-значимыми инфекциями возможно расширение показаний к госпитализации больных с хроническими вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией для углубленной диагностики и проведения этиотропного лечения; функционирование кабинета диспансерного наблюдения за реконвалесцентами вирусных гепатитов и других инфекционных заболеваний. В рамках реализации Национального проекта «Здоровье» на базе центра в МУЗ ГКБ № 1 возможно развертывание коек для проведения вакцинации пациентам из группы риска, и для госпитализации пациентов с поствакцинальными осложнениями.

Второй центр целесообразно создать на базе инфекционного отделения Фурмановской ЦРБ (до 2007 г. — типовая инфекционная больница). Ма-

териально-техническое состояние отделения удовлетворительное, число квалифицированного медицинского персонала достаточное, на территории больницы есть клиничко-биохимическая лаборатория, в плане на 2007 г. предусмотрено строительство бактериологической лаборатории.

Третьим межмуниципальным центром может быть инфекционное отделение Кинешемской ЦРБ, учитывая удовлетворительный кадровый потенциал, лабораторные возможности; а также соседство районов, где отсутствует инфекционная служба (г. Наволоки, г. Заволжск и Заволжский район), отдаленность ряда районов от областного центра (Пучежский и Юрьевецкий, соответственно на 170 и 183 км) и более близкое их расположение к Кинешемской ЦРБ.

Четвертым центром может быть инфекционное отделение Шуйской ЦРБ, так как в ряде соседних районов отсутствует инфекционная служба (В. Ландех, Пестяки, Палех) или она представлена малым количеством коек, например в инфекционном отделении Южской ЦРБ — 5 инфекционных коек. При отделении есть лаборатории: клиническая, биохимическая бактериологическая; иммунологические исследования осуществляются в ЦРБ. Отделение укомплектовано врачами-инфекционистами высшей квалификационной категорией, есть врач-бактериолог.

Нами разработаны алгоритмы тактических и организационных мероприятий при диагностике различных нозологических форм инфекционного профиля у пациентов, проживающих в разных по уровню медицинского обслуживания и отдаленности районах; по оказанию специализированной помощи инфекционным больным разного возраста; действий при организации перевода больных инфекционного профиля на различных этапах медицинского обслуживания.

Таким образом, с открытием межмуниципальных центров будет упорядочен режим оказания специализированной помощи инфекционным больным во всех районах области.

Предлагаемые межмуниципальные центры не являются юридическим лицом; и могут быть организованы при хорошо оснащенном инфекционном отделении за счет средств муниципалитета, в котором расположен межмуниципальный центр, с дополнением финансирования из бюджета области.

ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И КЛАПАННОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Шишкина И.А., Немцов Б.Ф.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель исследования — оценить состояние сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидным артритом (РА), при отсутствии ранее диагностированной кардиоваскулярной патологии, по структурно-функциональным показателям левых отде-

лов сердца и наличию клапанной регургитации у больных РА.

Исследование было проведено у 30 больных (23 женщины и 7 мужчин) с достоверным диагнозом РА: иммунологическая характеристика: серопозитивный — 28, серонегативный — 2 больных;

степень активности заболевания: I — 5 больных, II — 25; рентгенологическая стадия: I — 4; II — 9; II — 17 больных; функциональная недостаточность: I — 4, II — 26 больных. Средний возраст больных РА $44,1 \pm 10,3$ года. Средняя длительность заболевания — $5,9 \pm 3,4$ года. У всех больных отсутствовала ранее диагностированная кардио-васкулярная патология. В качестве базисной терапии пациенты принимали: метотрексат — 27 исследуемых, сульфасалазин — 1, азатиоприн — 1, делагил — 1, причем 12 из 30 больных дополнительно использовали преднизолон в дозе, не превышающей 10 мг в сутки. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы проводилась посредством выполнения эхокардиографии аппаратом HDI (США), при этом определялась геометрическая модель левого желудочка (ЛЖ) (по массе миокарда ЛЖ, индексам сферичности и относительной толщины стенок); диастолическая дисфункция ЛЖ (по времени изометрического расслабления ЛЖ и отношению пиков E/A); систолическая дисфункция ЛЖ (фракция выброса по Тейхольцу, %), клапанная регургитация.

В целом по группе больных РА получены следующие результаты: 7 (23,3%) больных имели диастолическую дисфункцию ЛЖ; систолическая дисфункция ЛЖ среди обследованных пациентов не была выявлена (фракция выброса по Тейхольцу составила: $68,6 \pm 6,8\%$). У 21 пациента из 30 обследованных (70%) определено повышение сферичности левого желудочка. При оценке геометрической модели ЛЖ сформировались следующие группы больных: 5 человек (16,7%) имели эксцентрическую гипертрофию миокарда ЛЖ, 2 (6,7%) — концентрическое ремоделирование, 2 (6,7%) — концентрическую гипертрофию.

При оценке клапанной регургитации выявлено, что у всех больных имеет место митральная и трикуспидальная регургитация, причем митральная регургитация у 19 пациентов (63,3%) — I степени, у 11 (36,7%) — II степени; на трикуспидальном клапане у 21 пациента (70%) — I степени, у 9 (30%) — II степени. На клапане легочной артерии регургитация выявлена у 13 пациентов (43,3%): I степени у 10 (33,3%), II — у 3 (10%) человек. На аортальном клапане регургитация выявлена у 4 пациентов (13,3%): I степени у 3 (10,0%), II — у 1 человека (3,3%).

Итак, у больных РА с ранее не диагностированной кардиальной патологией в процессе углубленного обследования в большинстве случаев (70%) обнаружено нарушение геометрии сердца в виде повышения сферичности левого желудочка, что является ранним признаком повреждения сердца и пусковым моментом для развития хронической сердечной недостаточности. 16,7% больных РА имели эксцентрическую гипертрофию миокарда ЛЖ, 6,7% — концентрическое ремоделирование, 6,7% — концентрическую гипертрофию. Систолическая дисфункция ЛЖ среди обследованных пациентов не была выявлена, 23,3% больных имели диастолическую дисфункцию ЛЖ. У всех больных выявлена митральная и трикуспидальная регургитация I и II степеней, на клапане легочной артерии регургитация выявлена у 43,3% пациентов, на аортальном клапане — у 13,3%, гемодинамически не значимые. Таким образом, даже при отсутствии жалоб и клинических проявлений у больных РА требуется проведение тщательного инструментального обследования со стороны сердечно-сосудистой системы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ЗНАЧЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шутемова Е.А., Ушакова С.Е., Рачкова С.А., Романчук С.В.
ГУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

Артериальная гипертония (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний людей старших возрастных групп. В то же время в России только 1,3% больных АГ старше 55 лет контролируют артериальное давление (АД) на уровне ниже 140/90 мм рт. ст. Причины неэффективного лечения АГ у пожилых многочисленны и до конца не ясны. Предполагают целый ряд факторов, таких как низкий комплаенс, наличие сопутствующих заболеваний, тяжесть АГ, стоимость терапии, возраст. Имеются сообщения о возможности улучшения контроля АГ в результате терапевтического обучения больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния обучения на эффективность контроля АГ у больных пожилого возраста.

В исследование было включено 425 больных, удовлетворяющих критерию включения — возраст старше 60 лет. Пациентам группы обучения предлагалось посещать занятия в «Школе для больных АГ». Больные обеих групп прошли необходимое

клинико-инструментальное обследование по поводу АГ и получали адекватную гипотензивную терапию. Программа обучения предусматривала ежедневные занятия с больными в группах из 7—9 человек. Общая продолжительность занятий составляла 10 часов на протяжении 5 дней. Общая продолжительность наблюдения за пациентами обеих групп составила 12 месяцев.

Из 215 человек согласились пройти обучение 142 (65,9%). Причинами отказа от обучения у 73 человек служили отсутствие свободного времени (57%) или недостаточность знаний об АГ (29%). Остальные 14% больных не объяснили причины отказа от обучения. Пациенты, отказавшиеся принять участие в исследовании, не различались по возрасту, длительности заболевания, уровню АД, типу медикаментозной терапии, наличию сопутствующих заболеваний. Имелись достоверные отличия по уровню образования и полу. Чаще отказывались от обучения работающие мужчины с высшим образованием. Из 142 согласившихся на обучение приступил к занятиям 131 больной. Полный

курс обучения в школе прошли 126 пациентов, 5 человек прекратили занятия в связи с потерей к ним интереса. Достоверных различий по изучаемым параметрам между не приступившими к занятиям, прервавшими обучение и закончившими его больными выявлено не было.

При анализе исходного уровня знаний больных об АГ оказалось, что 44% из них правильно ориентированы в критериях нормального АД. В то же время уровень давления 140/90 мм рт. ст. нормальным для себя признают только 18% больных. Женщины лучше, чем мужчины, информированы о наличии у них заболевания и оптимальных значениях АД ($p < 0,01$). В то же время к нормальному значению АД наиболее часто стремились мужчины с высшим образованием (57%).

Выявлен низкий уровень осведомленности пожилых больных о факторах риска (ФР) АГ (34,5%). Только небольшой процент пациентов до начала обучения следовал рекомендациям по изменению модифицируемых ФР (3,4%). Чаще всего больные ограничивали потребление соли (35%). Из всех опрошенных, имеющих избыточный вес, диету соблюдали только 16%. Информированы об уровне холестерина крови были всего 4% больных. В результате обучения возросла информированность о ФР АГ (через 6 месяцев — до 87,4%), однако к концу наблюдения отмечено затухание знаний (65,6%). Связи затухания знаний с полом и уровнем образования больных выявлено не было, имелась связь с возрастом пациентов ($r = 0,32$, $p < 0,05$). После обучения достоверно увеличилось число лиц, ежедневно измеряющих АД (с 28,7 до 56,7% через 6 месяцев), однако к концу периода наблюдения их количество уменьшилось практически до исходного уровня (31,2%). Возрос процент больных, начавших соблюдать рекомендации по изменению образа жизни. Контроль веса исходно проводили 11% больных. Сразу после обучения их количество достоверно увеличилось до 64%, но через 12 месяцев вновь уменьшилось до 25% ($p < 0,05$). Чаще всего прекращали контролировать ФР мужчины более старшего возраста, имеющие высшее образование. Следует отметить, что для пожилых больных АГ наиболее трудным было понять значение и выполнить на практике такие мероприятия по нормализации образа жизни, как увеличение физической активности и соблюдение диетических рекомендаций. Среди больных, вошедших в исследование, было мало курильщиков. После обучения никто из курящих больных курить не прекратил. В контрольной группе статистически достоверных различий в контроле ФР в процессе наблюдения выявлено не было.

При включении в исследование регулярно принимали гипотензивные препараты 11,6% пациентов, 65% опрошенных принимали их только при ухудшении самочувствия. Регулярно лечилось лишь 2,4% мужчин без высшего образования. В ре-

зультате обучения процент больных, начавших лечиться регулярно, достоверно увеличился, однако к концу периода наблюдения уменьшился практически до исходного уровня (с 11,6 до 45,2% через 6 месяцев, к концу года — 12,6%). В контрольной группе изменения приверженности пациентов к медикаментозному лечению зафиксировано не было. Сразу после обучения было отмечено достоверное увеличение числа больных, достигших целевого значения АД (с 1,5 до 26,4%). В процессе наблюдения число пациентов с целевым уровнем АД уменьшалось (до 11,4%), однако оставалось достоверно выше аналогичного показателя до обучения. В контрольной группе достоверного изменения количества больных с целевым уровнем АД не произошло.

В результате обучения в основной группе уменьшилось количество обращений в поликлинику по поводу АГ (с $6,4 \pm 2,9$ до $2,5 \pm 1,3$ через год) и госпитализаций, связанных с этим заболеванием (с $1,6 \pm 0,6$ до $0,7 \pm 0,2$ через год). В контрольной группе больных достоверных различий в этих показателях отмечено не было.

Данные, полученные в нашем исследовании, показывают, что больные АГ в течение ближайшего времени после прохождения обучения имеют достаточно высокий уровень мотивации к выполнению полученных рекомендаций. Однако в дальнейшем значительное число пациентов перестает соблюдать рекомендации по питанию, физической активности, приему гипотензивных препаратов. Поэтому более целесообразно не ограничивать обучение единственным циклом, а сделать этот процесс непрерывным. Решением данной задачи при снижении уровня мотивации больных может стать организация с периодичностью в 1,5—2 года поддерживающих циклов обучения, проведение тематических циклов (например, «АГ и инсульт», «АГ и инфаркт миокарда», «Немедикаментозные методы лечения АГ»). Все это будет способствовать достижению одной из основных целей обучения — поддержанию высокого уровня мотивации больных для обеспечения непрерывности терапевтического процесса с целью достижения наилучшей степени контроля заболевания. Согласно данным анкетирования, 49% пожилых больных АГ хотели бы продолжить свое обучение.

Обучение в школе больных АГ повышает информированность о заболевании и приверженность к лечению, что приводит к увеличению числа пациентов, эффективно контролируемых АД, и позволяет снизить частоту госпитализаций и обращений в поликлинику по поводу АГ. Однако эффект обучения носит краткосрочный характер: через 6—12 месяцев после обучения происходит затухание знаний, уменьшается число больных, поддерживающих АД на целевом уровне. Это требует разработки новых методик обучения, в том числе методов непрерывного обучения.