



МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ ЗАОЧНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ
МЕДИЦИНЫ:
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

Новосибирск, 2012 г.

УДК 61
ББК 5
С56

Рецензенты:

- канд. мед. наук Волков Владимир Петрович;
- д-р мед. наук, профессор Стратулат Петр Михайлович.

С56 «Современные проблемы медицины: теория и практика»:
материалы международной заочной научно-практической
конференции. (05 ноября 2012 г.) — Новосибирск: Изд.
«Сибирская ассоциация консультантов», 2012. — 72 с.

ISBN 978-5-4379-0156-4

Сборник трудов международной заочной научно-практической конференции «Современная медицина: теоретические и практические аспекты» отражает результаты научных исследований, проведенных представителями различных школ и направлений современной медицины.

Данное издание будет полезно аспирантам, студентам, исследователям в области практической медицины и всем интересующимся актуальным состоянием и тенденциями развития медицины.

ББК 5

ISBN 978-5-4379-0156-4

Оглавление

Секция 1. Клиническая медицина	5
1.1. Внутренние болезни	5
ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ О ВЗАИМООТНОШЕНИИ СЫВОРОТОЧНОГО ХОЛЕСТЕРИНА С ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, СТРЕССОМ Гринева Татьяна Яковлевна	5
1.2. Кардиология	11
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ Аникин Виктор Васильевич Изварина Ольга Анатольевна	11
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОВИЗОРА ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ НЕЙРОЛЕПТИКОВ Росман Сергей Владимирович Волков Владимир Петрович Рябова Марина Николаевна	16
1.3. Ревматология	27
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ Василевская Ольга Альбертовна Бажина Ольга Викторовна Арзиманова Наталья Анатольевна	27
1.4. Гастроэнтерология	31
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ВЫЕЗДНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Попова Татьяна Викторовна	31

Секция 2. Профилактическая медицина	39
2.1. Общественное здоровье и здравоохранение	39
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА Галлямова Эльза Вадимовна Кильдебекова Рушания Насгутдиновна Мингазова Лия Равилевна Мурзин Роберт Рамазанович	39
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Подгорбунских Елена Ивановна	43
2.2. Медицина труда	48
ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ РОСПОТРЕБНАДЗОРА В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНЫ (ГИГИЕНЫ) ТРУДА Рузаков Вадим Олегович	48
2.3. Социология медицины	52
СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО В АСПЕКТЕ ТЕЛЕСНОСТИ Барковская Анна Юрьевна Протащик Дина Владимировна	52
ФЕНОМЕНОЛОГИЯ РАБОТЫ ВЫЕЗДНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» Попова Татьяна Викторовна Жуковская Елена Вячеславовна	58
2.4. Медикосоциальная экспертиза и медико-социальная реабилитация	63
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАН НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ Герман Светлана Владимировна	63

СЕКЦИЯ 1.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

1.1. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ О ВЗАИМООТНОШЕНИИ СЫВОРОТОЧНОГО ХОЛЕСТЕРИНА С ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, СТРЕССОМ

Гринева Татьяна Яковлевна

врач-терапевт,

Клиника лечебно-профилактической медицины, НИУ «БелГУ»,

г. Белгород

E-mail: natti-ti@yandex.ru

На протяжении последних двадцати лет в зарубежной научной литературе встречаются исследования, подтверждающие взаимосвязь холестерина сыворотки крови со смертностью от несчастных случаев и такими психическими расстройствами, как импульсивность и агрессия. По мнению многих авторов, агрессивное деструктивное поведение, влекущее за собой насилие и насильственную смерть, давно признано медицинской проблемой, требующей неотложного вмешательства как врачей-психиатров, так и врачей первичной медицинской помощи.

Golomb В.А. с соавт. [3] провела рандомизированный мета-анализ многочисленных экспериментальных исследований, где использовалась гиполипидемическая терапия. Была выявлена зависимость между низким уровнем холестерина и повышением частоты насильственной смерти не только у лиц, получавших гиполипидемическую терапию при сердечно-сосудистой патологии, но и в эксперименте у здоровых.

В публикациях последних лет высказываются предположения о наличии реальной связи низких или сниженных показателей

холестерина от его исходного уровня с нарушением поведения [1]. В исследовании Wardle J. с соавт. [8] была дана оценка влияния низких или сниженных концентраций холестерина сыворотки крови на поведение человека. При этом результаты исследования не подтвердили выдвинутую гипотезу о том, что применение препаратов, снижающих уровень холестерина, приводит к нарушению поведения. В то же время исследования Zureik с соавт. подтверждают наличие взаимосвязи между низкими значениями показателей холестерина и симптомами депрессии [2].

Эпидемиологические исследования связывают сокращение уровня холестерина сыворотки крови с повышением частоты насильственной смерти и увеличением числа несчастных случаев. Kaplan J.R. с соавт. исследовали зависимость между безопасным диетическим способом отказа от потребления насыщенного жира и холестерина и социальным поведением. Проведенные исследования среди групп с низким уровнем холестерина сыворотки крови свидетельствовали об увеличении смертности преимущественно от несчастных случаев. Предварительные исследования показали, что применение диеты или медикаментозных препаратов для снижения холестерина крови и предотвращения сердечно-сосудистых расстройств сопровождается увеличением смертных случаев вследствие аутоагрессии или применения насилия.

Hawthorn K. с соавт., Vovbjerg V.E. с соавт. подтвердили связь повышенного риска агрессивного и аутоагрессивного поведения, обусловленного применением препаратов, понижающих уровень холестерина крови. Подобные результаты были получены Kunigi H. при изучении смертности от сердечно-сосудистой патологии. Несмотря на ее снижение, уровень смертности от несчастных случаев возрастал среди пациентов с пониженным холестерином сыворотки крови [1]. По мнению Golomb B.A с соавт. [3], выгода назначения гипохолестеринемической терапии для предотвращения сердечной патологии достаточно велика. Однако проведенный данной группой авторов анализ литературы позволяет считать, что при назначении гипохолестеринемической терапии могут иметь место как благоприятные, так и неблагоприятные эффекты. Так, прием статина, который являлся наиболее распространенным в США лекарственным препаратом, понижающим уровень холестерина, вызывал негативные последствия, воздействуя на познавательную функцию, настроение, а также приводил к поведенческим нарушениям в виде агрессии и насилия.

Многие исследователи, такие как R. Rozzini, G. Weidner и M. Zureik, связывающие низкое содержание холестерина в сыворотке крови со случаями аутоагрессивного поведения и насильственной смерти, отмечали, что природа их возникновения пока остается не до конца выясненной [1]. Тем не менее, по их мнению, спровоцировать агрессивное и аутоагрессивное поведение могут такие факторы, как депрессия, бедный пищевой рацион или отсутствие аппетита, приводящие к низкому уровню холестерина в сыворотке крови.

Таким образом, вышеупомянутые исследования свидетельствуют о существующей связи низкого уровня холестерина сыворотки крови с травматической смертью при медикаментозном его снижении, что может оказать неблагоприятное влияние на поведение некоторых индивидуумов.

Группа исследователей во главе со Steegmans P.H. [7] задалась целью выявить, имеют ли люди средних лет с низкими уровнями холестерина (< или =4,5 ммоль/литр) более высокий риск депрессивных признаков по сравнению с группой людей, где уровень холестерина находится в интервале между 6 и 7 ммоль/литр. Обследуемые с низкими уровнями холестерина показали более высокий риск наличия депрессивных признаков, чем во второй группе, независимо от возраста, использования алкоголя и наличия хронических болезней. Различий между этими двумя группами в степени проявления враждебности, гнева и импульсивности выявлено не было. На основании проведенных исследований был сделан вывод, что обследуемые с более низкими уровнями холестерина (< или =4.5 ммоль/литр) имеют более высокую распространенность депрессивных признаков, чем те, у которых уровень холестерина находился между 6 и 7 ммоль/литр.

Многочисленные исследования последних лет поддерживают взгляды на единый механизм, при котором острое психологическое напряжение вызывает повышение концентраций общего холестерина и его подфракций. Кроме того, повышение уровня холестерина может возникать в результате изменений в метаболизме самих липопротеинов [1].

Bachen E.A. с соавт. [4] провели оценку двух гипотез. В соответствии с первой, гемоконцентрация вызывает повышение уровня холестерина и его подфракций в результате стресса. В соответствии со второй, подобные изменения холестерина могут быть вызваны изменениями в метаболизме самих липопротеинов. В результате исследования авторы выявили, что повышение уровня общего холестерина и его подфракций ХС_ЛПНП и ХС_ЛПВП

в период острого психологического напряжения связано с гемоконцентрацией, а повышение уровня свободных жирных кислот и триглицеридов является результатом активации симпатических отделов вегетативной нервной системы.

Целью одного из исследований Muldoon M.F. с соавт. [10] являлось выявление наличия взаимосвязи между интеллектуальной деятельностью и липидным обменом. В качестве обследуемых выступили здоровые лица мужского и женского пола в возрасте от 25 до 60 лет, имеющие различные показатели уровня холестерина сыворотки крови. В результате исследования лучшие результаты были обнаружены в информационном и словарном субтестах Векслера у лиц с низким уровнем ХС_СЫВОР, ТГ_СЫВОР и ХС_ЛПНП (r 's = — .24 to —.35, p 's<.005). В свою очередь, при выполнении тестов, требующих проектирования и расчета, лучшие результаты были выявлены у лиц с более высокими концентрациями ХС_ЛПНП и ХС_СЫВОР (r 's = .22 to .23, p 's<.005). Столь противоречивые результаты Muldoon M.F. с соавт. объясняют тем, что, с одной стороны, лица, занятые интеллектуальной деятельностью, потребляют меньшее количество высококалорийной пищи. С другой стороны, по их мнению, концентрация холестерина сыворотки крови может находиться во взаимосвязи с нутриентами, влияющими на интеллектуальную деятельность.

Целью исследования Eliaz P.K. с соавт. [9] являлось определение зависимости между уровнем общего холестерина и познавательной деятельностью. Обследуемыми являлись мужчины и женщины без признаков дементного состояния с сердечными расстройствами на протяжении нескольких лет. Во время тестов оценивалась способность к обучению, память, концентрация внимания, наличие абстрактного мышления, способность к формированию понятий и обобщений, организаторские способности. Полученные результаты указывали на линейную связь между общим холестерином и вниманием, наличием абстрактного мышления, способностью к счету и другими когнитивными функциями. Более неудовлетворительные результаты выполнения предъявленных тестов показали участники с уровнем общего сывороточного холестерина ниже 200 mg/dL, чем лица с погранично высокими (200—239 mg/dL) и высокими уровнями ХС_СЫВОР (240 mg/dL и выше). Было высказано предположение, что естественно низкие уровни ХС_СЫВОР связаны, в большей степени, с недостаточной деятельностью когнитивных функций человека, такими, как абстракция, концентрация внимания и должностное функционирование.

Francis K.T. [5] сравнил показатели беспокойства, враждебности и депрессии с сывороточным холестерином у студентов на протяжении 2,5 университетских семестров во время экзаменов. Исследование позволило выявить три пика стресса, два из которых наблюдались в период между промежуточными и окончательными экзаменами. Обнаружена высокая корреляция с изменениями уровней тревожности и депрессии. Концентрации ХС_СЫВОР и подфракции низкой плотности, начиная с первого дня занятий, были значительно выше контрольного уровня и оставались на тех же величинах в течение семестра, а величины ХС_ЛПВП варьировали. Однако соотношение ХС_ЛПВП к ХС_СЫВОР дважды в квартал были значительно снижены, каждый раз приблизительно на десятый день после стресса.

Grundy S.M. [6] также исследовали воздействие сдачи экзаменов на уровень холестерина сыворотки крови у двух групп студентов. Во время сдачи экзаменов наблюдались более высокие значения показателей холестерина (239,4—248,2 mg/dL) по сравнению с межсессионными периодами (213,0—215,7 mg/dL).

Таким образом, исследование зарубежных научных публикаций по вопросам взаимоотношения холестерина с эмоциональной и интеллектуальной деятельностью, стрессом, позволяет сделать вывод о том, что большое число данных подтверждает наличие зависимости между биологией липидов и психобиологией поведения.

Список литературы:

1. Богданов А.С. Гипохолестеринемия и поведение человека // Вестник ВГМУ. — 2008. — Т. 7. — № 1. — С. 95—102.
2. Brown S.L. Lowered serum cholesterol and low mood // BMJ — 1996. — Vol. 313. — P. 637—638.
3. Conceptual foundations of the UCSD Statin Study: a randomized controlled trial assessing the impact of statins on cognition, behavior and biochemistry / B.A. Golomb [et al.] // Arch. Intern. Med. — 2004. — Vol. 164, № 2. — P. 153—162.
4. Effects of Hemoconcentration and Sympathetic Activation on Serum Lipid Responses to Brief Mental Stress / E.A. Bachen [et al.] // Psychosom. Med. — 2002. — Vol. 64, № 4. — P. 587—594.
5. Francis, K.T. Psychologic correlates of serum indicators of stress in man: a longitudinal study / K.T. Francis // Psychosomatic Medicine — 1979. — Vol. 41, Iss. 8. — P. 617—628.
6. Grundy S.M., Griffin C. Effects of Periodic Mental Stress on Serum Cholesterol Levels / S.M. Grundy // Circulation — 1959. — Vol. 19. — P. 496—498.

7. Higher Prevalence of Depressive Symptoms in Middle-Aged Men With Low Serum Cholesterol Levels / P. H. A. Steegmans [et al.] // *Psychosom. Med.* — 2000. — Vol. 62, N 2. — P. 205—211.
8. Randomised placebo controlled trial of effect on mood of lowering cholesterol concentration / J. Wardle [et al.] // *B.M.J.* — 1996. — Vol. 313. — P. 75—78.
9. Serum Cholesterol and Cognitive Performance in the Framingham Heart Study cholesterol and cognitive performance in the Framingham Heart study / P.K. Elias [et al.] // *Psychosomatic medicine* — 2005. — Vol. 67. — P. 24—30.
10. Serum cholesterol and intellectual performance / M.F. Muldoon [et al.] // *Psychosomatic Medicine* — 1997. — Vol. 59, Iss. 4. — P. 382—387.

1.2. КАРДИОЛОГИЯ

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Аникин Виктор Васильевич

*д-р мед. наук, профессор ТГМА,
г. Тверь*

Изварина Ольга Анатольевна

*канд. мед. наук, ассистент ТГМА,
г. Тверь*

E-mail: propedeo_tsma@mail.ru

Климактерический период является физиологическим моментом в жизни женщины, во время которого происходит гормональная перестройка организма и переход от репродуктивной фазы к непродуктивной [2, с. 9]. Женские половые гормоны, преимущественно эстрогены, обуславливают не только формирование и регуляцию менструальной и детородной функции, но и влияют на все системы человека, в том числе на сердечно-сосудистую. В результате дефицита эстрогенов снижается их кардиопротективное действие, что приводит к нарушениям липидного и углеводного обмена, гиперкоагуляции, гиперсимпатикотонии и эндотелиальной дисфункции, а также изменениям в психоземональной сфере. В связи с этим у женщин в климактерическом периоде часто возникает артериальная гипертензия (АГ), общесоматические и кардиогемодинамические проявления которой снижают как качество, так и продолжительность жизни больных [1, с. 32, 3, с. 12, 4, с. 994].

Для изучения клинико-функциональных и психологических особенностей АГ при климаксе было проведено комплексное обследование 154 женщин, 118 из которых (средний возраст $49,4 \pm 5,2$ года) имели АГ 1—3 степени, а у 36 климакс протекал без АГ (средний возраст $48,1 \pm 2,6$ года). Все обследованные были разделены на группы: 1-я группа представлена 58 женщинами с АГ в пременопаузе, 2-я — 60 женщинами с АГ в постменопаузе, 3 и 4 группы — лицами без АГ в пременопаузе ($n=19$) и в постменопаузе

(n=17). Наряду с углубленным клиническим обследованием, у всех женщин оценивалась выраженность климактерического синдрома (КС) с помощью общепринятого в клинической практике менопаузального индекса Куппермана (в модификации Е.В. Уваровой). Наличие и степень АГ, а также особенности имеющихся нарушений сердечного ритма подтверждались при суточном мониторинге ЭКГ и АД (аппарат Кардиотехника-04-АД фирмы «Инкарт», Санкт-Петербург). Анализировались детали аритмического синдрома, средние значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, степень его ночного снижения (СНС), скорость (СУП) и величина (ВУП) утреннего подъема АД. Изучение особенностей вегетативного статуса проводилось при регистрации ритмограммы и ее временном и спектральном анализе с расчетом стандартных показателей. При исследовании психологического статуса использовались методики ЛОБИ, СМОЛ, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Установлено, что симптомы климактерического синдрома выявлялись у 86,4 % женщин с АГ и 63,8 % — без АГ ($p < 0,05$). Из представленных в таблице 1 данных следует, что нейровегетативные и обменно-эндокринные проявления КС оказались не только наиболее выраженными у лиц с АГ, но и заметно нарастали в постменопаузе. В свою очередь характер изменений психоэмоциональных нарушений, в большей мере отражающих степень личностной дезадаптации больных, свидетельствовал, что переход к постменопаузе сопровождается некоторой стабилизацией психоэмоциональных расстройств.

Таблица 1.

Средний балл модифицированного менопаузального индекса у женщин в разных группах ($M \pm m$)

Вид нарушений	Модифицированный менопаузальный индекс			
	Женщины с АГ		Женщины без АГ	
	1 группа премено- пауза	2 группа постмено- пауза	3 группа премено- пауза	4 группа постмено- пауза
нейровегетативные	22,17±2,4	28,6±2,4*	18,21±2,7	24,63±2,2 ^в
обменно- эндокринные	10,04±1,6	15,92±2,1*	3,82±0,7*	5,4±0,5 ^{в#}
психо- эмоциональные	16,92±3,0	13,76±1,8	12,35±1,5	8,41±1,6 ^{в#}
Общий балл ММИ	49,13±4,2	58,28±4,6*	34,38±3,5*	38,44±3,8 ^{в#}

Примечание: * — $p < 0,05$ по сравнению с 1 группой

— $p < 0,05$ по сравнению со 2 группой

" — $p < 0,05$ по сравнению с 3 группой

Переход к постменопаузе сопровождался нарастанием степени АГ (рис. 1).

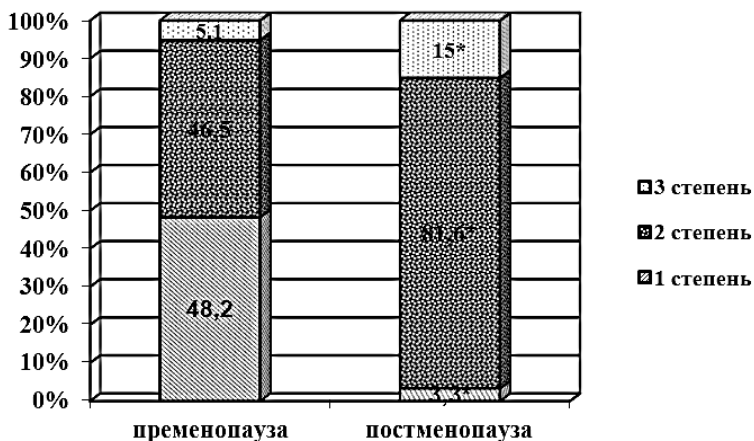


Рисунок 1. Выраженность артериальной гипертонии у женщин в разные фазы климакса (%).

Примечание: * — $p < 0,05$ по сравнению с пременопаузой

Так, в постменопаузе отмечалось почти двукратное увеличение числа лиц с АГ 2 степени и трехкратное — с АГ 3 степени. Кроме того установлено достоверное нарастание уровня систолического АД у женщин в постменопаузе по сравнению с пременопаузой (с $146,4 \pm 6,3$ мм рт. ст. до $163,7 \pm 5,1$ мм рт. ст., $p < 0,05$).

Анализ утренней динамики АД показал, что при переходе к постменопаузе у лиц с АГ достоверно нарастала величина (с $61,4 \pm 1,7$ до $70,1 \pm 2,3$ мм рт. ст., $p < 0,05$) и скорость (с $11,2 \pm 1,1$ до $15,4 \pm 1,6$ мм рт. ст., $p < 0,05$) подъема систолического АД. Выявленные изменения свидетельствуют о лабильности механизмов регуляции АД, что может стать причиной тяжелых цереброваскулярных осложнений. Причем, средние значения ВУП САД и СУП САД превышали норму и до и после менопаузы, что позволяет относить всех женщин с АГ независимо от фазы климакса к группе риска развития васкулярных осложнений.

Известно, что степень ночного снижения АД имеет прогностическое значение. Отсутствие или недостаточная СНС_{АД}

является причиной поражения органов-мишеней, а также может привести к развитию цереброваскулярных осложнений. Как показало проведенное исследование, циркадный ритм АД оказался нарушенным у большинства обследованных. У женщин с АГ в пременопаузе достаточно часто (в 19,64 % случаев) наблюдалось чрезмерное снижение САД во время сна («overdipper»). После наступления менопаузы увеличивалось число женщин с АГ, систолическое давление которых ночью снижалось недостаточно (с 8,93 % до 41,38 %, $p < 0,05$).

При суточном мониторинге ЭКГ была выявлена большая распространенность нарушений сердечного ритма (таблица 2).

Таблица 2.

**Частота встречаемости нарушений ритма
у женщин в разных группах (%)**

Характер аритмии	Женщины с АГ		Женщины без АГ	
	Пременопауза 1 группа	Постменопауза 2 группа	Пременопауза 3 группа	Постменопауза 4 группа
ОдН Э/С	100	100	94,3	100
ГрН Э/С	48,2	65,5*	21,1*	41,2 [#]
ПНТ	17,9	36,2*	15,8	35,3
ОдЖ Э/С	85,7	96,6*	78,9	82,4
ГрЖ Э/С	19,6	62,1*	31,6	47,1
ПЖТ	14,3	56,9*	10,5	17,6 [#]

Примечание: * — $p < 0,05$ по сравнению с 1 группой

[#] — $p < 0,05$ по сравнению с 2 группой

Одиочная наджелудочковая (ОдН Э/С) и желудочковая (ОдЖ Э/С) экстрасистолия наблюдались у женщин во всех группах. Обращало на себя внимание, что переход к постменопаузе сопровождался достоверным нарастанием частоты встречаемости групповой наджелудочковой экстрасистолии (ГрН Э/С), пароксизмальной наджелудочковой тахикардии (ПНТ), групповой желудочковой экстрасистолии (ГрЖ Э/С) и пароксизмов желудочковой тахикардии (ПЖТ). Установлено, что у женщин с АГ в пременопаузе одинаково часто встречались аритмии 2 (частые желудочковые экстрасистолы, более 30 в час) и 3 (политопные желудочковые экстрасистолы) класса, а 4 (парные и групповые экстрасистолы) и 5 (ранние желудочковые экстрасистолы) градации наблюдались значительно реже. Однако при переходе к постменопаузе

отмечалось достоверное нарастание частоты встречаемости прогностически неблагоприятных вариантов экстрасистолии. Можно предположить, что у женщин с АГ прогрессирующая гиповитаминоз приводит к утяжелению аритмического синдрома, который, возможно, имеет у данной группы больных органическую природу, являясь одним из проявлений формирующейся ИБС.

Для большинства женщин была характерна повышенная активность симпатической нервной системы, что подтверждалось при временном и спектральном анализе ритмограмм. Преобладание симпатических влияний на регуляцию сердечной деятельности отмечалось у 84,4 % женщин с АГ в пременопаузе и 95 % лиц в постменопаузе ($p < 0,05$). Выявленные особенности свидетельствуют о том, что вегетативное равновесие находится под влиянием тесно взаимосвязанных отклонений уровня половых гормонов и выраженности АГ.

Углубленное психологическое исследование показало, что в климактерическом периоде на женщин действуют разнообразные психотравмирующие факторы, влияющие на их личностные особенности и течение АГ. Наиболее часто отмечались тревожно-депрессивные расстройства, что подтверждалось повышением профилей СМОЛ по 1, 2 и 7 шкалам и значительным увеличением показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Обращала на себя внимание большая распространенность субклинической симптоматики, особенно в постменопаузе, что может привести к несвоевременной диагностике психологических расстройств.

Таким образом, артериальная гипертония у женщин в климактерическом периоде формируется на фоне снижения кардиопротективных влияний половых гормонов и сопровождается нарушением циркадного ритма АД, сдвигом вегетативного баланса с преобладанием гиперсимпатикотонии, появлением аритмического синдрома, часто протекающего латентно, а также развитием психопатологических расстройств. Выявленные особенности обуславливают необходимость дифференцированного подхода в разработке реабилитационных мероприятий для женщин с АГ при климаксе с использованием ингибиторов АПФ, метаболически нейтральных бета-блокаторов и, в ряде случаев, психотропных средств.

Список литературы:

1. Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В., Морылева О.Н. Клинические особенности и лечение артериальной гипертонии у женщин. // Обзоры клинической кардиологии. — 2006. — № 5. — С. 31—40.

2. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. — 2001. — 685 с.
3. Подзолков В.И., Можарова Л.Г., Хомицкая Ю.В. Артериальная гипертензия у женщин с климактерическим синдромом.// Обзоры клинической кардиологии. — 2005. — № 1. — С. 12—19.
4. Stramba-Badiale M., Fox K.M., Priori S.G. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology // Eur. Heart. J. — 2006. — V. 27, N 8. — P. 994—1005.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОВИЗОРА ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ НЕЙРОЛЕПТИКОВ

Росман Сергей Владимирович

врач функциональной диагностики,

г. Тверь

E-mail: seros2005@mail.ru

Волков Владимир Петрович

канд. мед. наук, зав. патологоанатомическим отделением,

г. Тверь

E-mail: patowolf@yandex.ru

Рябова Марина Николаевна

зав. 1-м мужским отделением

ГКУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница № 1

им. М.П. Литвинова»,

г. Тверь

Все антипсихотические препараты обладают, хотя и в разной степени, свойством кардиотоксичности [6, 13, 16, 27, 28]. При длительной нейролептической терапии у психически больных, подавляющее большинство которых страдают шизофренией, развивается широкий спектр сердечной патологии, обусловленной побочным кардиотоксическим действием антипсихотиков [6]. Наиболее серьёзным следствием кардиотоксического эффекта нейролептиков является развитие нейролептической кардиомиопатии (НКМП) [6, 27].

Вопросы клинической диагностики указанных повреждений миокарда, в том числе НКМП, изучены недостаточно. Заболевание развивается относительно медленно и на первых порах малозаметно. Следует учитывать также психический статус данного контингента пациентов и часто связанное с ним почти полное отсутствие жалоб. Здесь играет также роль длительное пребывание таких больных в состоянии медикаментозного оглушения, вызванного постоянным приёмом психофармакологических препаратов. Нельзя исключить и субъективный фактор — недостаточно внимательную оценку соматического состояния пациентов со стороны медицинского персонала психиатрических больниц. Всё это крайне затрудняет своевременное выявление НКМП.

В силу указанных причин кардиальная патология у данных больных выявляется, как правило, на поздних стадиях, при развитии клинической картины хронической сердечной недостаточности. Нередкая среди подобных лиц внезапная сердечная смерть [8] также заставляет задуматься о наличии патологии сердца, но уже, к сожалению, посмертно.

Существенную роль при выявлении ранних признаков рассматриваемой сердечной патологии играет электрокардиографическое исследование [5, 15, 21], что крайне важно с точки зрения клинической практики. Антипсихотики вызывают глубокие изменения миокарда, обуславливающие разнообразные нарушения функциональной деятельности сердца, отражением которых служат патологические сдвиги на электрокардиограмме (ЭКГ) [5, 6, 7, 9, 11].

По данным наших исследований [7, 9, 11] ЭКГ-признаки повреждения миокарда, вызываемые побочным кардиотоксическим действием нейролептиков, выявляются достаточно часто. Однако электрокардиограмма, как известно, отражает уже возникшие в миокарде патологические изменения [21, 22], а отмеченные сдвиги регистрируются сравнительно поздно после начала психотропной терапии. Так, увеличение интервала QT, являющееся одним из самых информативных показателей нарастающих миокардиальных изменений [16, 21], достоверно наблюдается лишь после 10 лет приёма нейролептиков [9].

Поэтому поиск новых доступных и информативных методов мониторинга сердечной деятельности у пациентов, получающих антипсихотическое лечение, является актуальным. В этой связи представляет несомненный интерес попытка использования аппарата «Кардиовизор-06С» (производство ООО «МКС», Москва, Зеленоград), положительно зарекомендовавшего себя при изучении

различной патологии сердца [12, 14, 18, 19, 23—25], а также при скрининговом обследовании больших контингентов населения или групп специального назначения (спортсменов, лётного состава и т. п.) [3, 12, 17, 20].

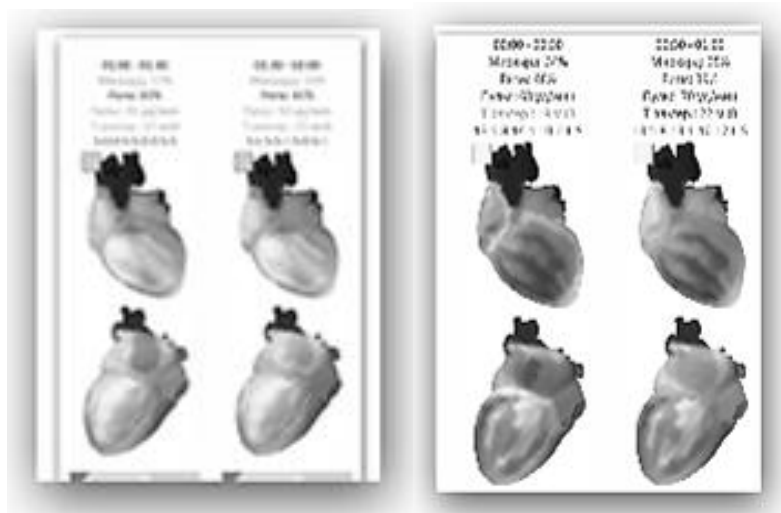
Прибор предназначен для регистрации и дисперсионного анализа микрофлуктуаций (микроальтернаций) одновременно двух показателей ЭКГ — зубцов R и T (метод дисперсионного картирования). Кардиовизуализация является высокочувствительным диагностическим методом, специфичным для мониторингирования функциональной негомогенности и электрической нестабильности миокарда [12].

Кроме того, данная модификация кардиовизора дополнена оригинальным модулем кардиоинтервалографии для исследования variability сердечного ритма по Р.М. Баевскому [2—4]. Эта методика, в основе которой лежит математический анализ структуры зарегистрированных показателей, является более адекватной оценкой ритма сердца, в понятие которого входит не только частота сердечных сокращений, продолжительность интервалов R - R, но и их последовательность. Объединение двух исследовательских модулей в одном комплексе позволяет ускорить получение данных, упростить и удешевить исследование. Вместе с тем, полученная информация из двух источников (дисперсионное картирование и кардиоинтервалография) обогащает друг друга, позволяя комплексно оценивать выявляемые сдвиги [19].

Следует отметить, что в структуре синусового сердечного ритма заложена информация, отражающая состояние адаптационно-компенсаторных механизмов целостного организма [2, 3, 22]. Известно, что в ответ на любой раздражитель эндогенной или экзогенной природы в живом организме возникают реакции, являющиеся по своей сути защитно-приспособительными. Характер этих реакций определяется, прежде всего, изменениями нервной и гуморальной регуляции кровообращения, которые предшествуют энергетическим сдвигам. В свою очередь, указанные изменения регуляции кровообращения находят отражение в структурных соотношениях показателей синусового сердечного ритма [2, 3, 22]. Таким образом, при помощи кардиовизора имеется реальная возможность комплексно оценить как функциональное состояние сердечной мышцы, так и адаптационные возможности организма в целом.

Преимуществом данной модели кардиовизора является также высокая наглядность представления результатов исследования

не только в цифровом, но и в графическом выражении. Результаты работы прибора по дисперсионному картированию приводятся в таблице с графическим выведением на экран (каждые 30 сек. На протяжении 3—5 мин.) результирующего показателя «Миокард» (МК), отражающего изменения в деятельности сердечной мышцы (рис. 1)



А

Б

**Рисунок 1. Фрагмент вывода графических данных в кардиовизоре:
А — норма, Б — патология**

Результаты кардиоинтервалографического исследования представлены несколькими таблицами и графиками анализа вариабельности сердечного ритма, а так же суммирующим рисунком (рис. 2), представляющим в символической форме уровень состояния адаптационных механизмов организма с оценкой функциональной достаточности симпато-адреналовой системы — так называемый «показатель активности регуляторных систем» (ПАРС).



Рисунок 2. Символическое представление уровня функциональной способности адаптационных механизмов по данным варибельности сердечного ритма

Возможно получение упрощённого результирующего заключения для контроля общей динамики изучаемых показателей (рис. 3).

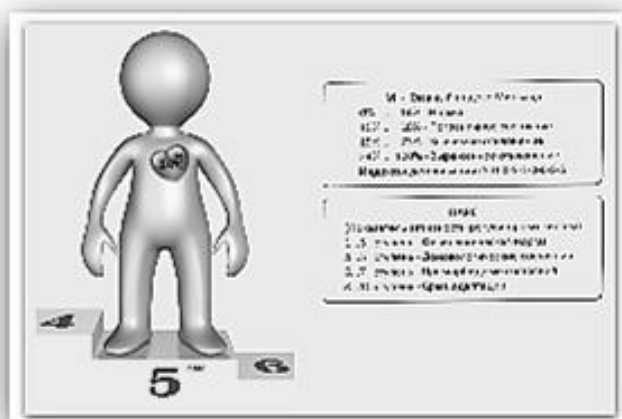


Рисунок 3. Форма упрощённого представления отчёта по исследованию в кардиовизоре

Кроме того, выдаётся 20-секундная запись ЭКГ в стандартных отведениях. Для углублённой статистической обработки полученной информации и корреляции с клиническими данными существует система её экспорта в стандартные компьютерные программы (Microsoft Word, Microsoft Excel) в виде таблиц.

Методика съёмки максимально упрощена. На конечности пациента накладываются клеммы с зажимами по методике снятия ЭКГ в стандартных отведениях. В базу данных заносятся паспортные данные и любая клиническая информация. Съёмка длится 30 сек., 3 или 5 мин. в зависимости от цели исследования. Результат получается немедленно в виде заключения трёх степеней детализации на бумаге и/или хранится в электронном виде.

Данных о применении кардиовизора для мониторинга сердечной деятельности у психически больных, получающих нейролептическое лечение, в литературе нет. Следует полагать, что подобного рода исследования не проводились.

Цель настоящей работы — изучить возможности кардиовизора для раннего (в доклинической стадии) выявления повреждений миокарда, обусловленных кардиотоксичностью антипсихотических препаратов.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели обследованы 35 мужчин в возрасте от 16 до 58 лет (в среднем $36,9 \pm 2,0$ лет) с различной психопатологией, из которых 25 страдали шизофренией. Средний возраст последних составил $38,4 \pm 2,0$ лет, а при других заболеваниях — $33,0 \pm 4,6$ года.

В качестве первого опыта применения кардиовизора в психиатрической клинике отслежены два определяемых им параметра: 1) МК, отражающий результаты дисперсионного картирования, и 2) ПАРС, дающий общее представление об уровне адаптационных возможностей организма. Градации указанных показателей следующие [22, 29].

МК: менее 16 % — норма; 16—19 % — пограничное состояние; 20—23 % — невыраженная патология; 24—47 % — патология; более 47 % — выраженная патология.

ПАРС: 1—3 — физиологическая норма; 4—5 — донологическое состояние; 6—7 — преморбидное состояние; 8—10 — срыв адаптации.

Изучены изменения МК и ПАРС по таким позициям: 1) возраст пациентов; 2) характер основной психической патологии; 3) длительность нейролептической терапии; 4) число используемых

антипсихотиков (их дозировка соответствовала обычным терапевтическим стандартам).

Полученные количественные данные обработаны статистически с помощью пакета прикладных компьютерных программ “Statistica 6.0”. Различие показателей считалось статистически достоверным при уровне значимости 95 % и более ($p \leq 0,05$).

Результаты и обсуждение

Средние значения изученных показателей представлены в объединённой таблице.

Таблица.

Показатели кардиовизуализации при нейролептической терапии

Позиция исследования	Число наблюдений	МК [%]	ПАРС
Возраст			
до 20 лет	3	15,67±0,67	6,67±0,88
21—30 лет	7	16,71±0,57	6,71±0,84
31—40 лет	13	14,15±0,93	5,69±0,67
41—50 лет	7	19,71±2,7	7,7±0,84
51—60 лет	5	15,4±1,12	6,2±1,02
Патология			
Шизофр.	25	17,28±0,81	6,92±0,45
Прочие	10	14,1±1,03	5,3±0,6
Сроки тер.			
до 0,5 лет	8	16,5±0,65	7,88±0,61
0,5—5 лет	18	15,17±0,63	5,78±0,53
> 5 лет	9	18,78±2,22	6,56±0,77
Число препарат.			
0	1	15	7
1	9	15±0,47	6,22±0,87
2	13	16,15±1,48	6,31±0,65
3	10	18,2±1,3	6,8±0,71
4	2	15,5±0,5	6,5±1,5

Анализ полученных данных позволяет выявить определённые тенденции или даже закономерности динамики МК и ПАРС при нейролептической терапии, связанные, нужно полагать, в известной мере с побочным кардиотоксическим действием

антипсихотиков. Вместе с тем, вследствие лишь первого опыта применения кардиовизора в подобном аспекте, остаются, что вполне естественно, недостаточно понятные моменты, требующие для своего объяснения дальнейших исследований.

Прежде всего, следует отметить, что ни МК, ни, в особенности, ПАРС, в целом, практически не зависят от возраста больных: коэффициенты корреляции (r) равны 0,19 и 0,013 соответственно. Причём при шизофрении $r_{\text{МК}}=0,22$ (слабая положительная корреляция), а $r_{\text{ПАРС}}=-0,29$ (слабая отрицательная корреляция), в то время, как при другой психопатологии соответствующие значения r отражают умеренно выраженную (-0,47) и значительную (-0,52) отрицательную корреляцию с возрастом пациентов. Эти факты могут свидетельствовать о возможности определённой стабилизации состояния организма в старшем возрасте в связи с компенсаторным усилением активности регуляторных систем в ответ на воздействие неблагоприятных факторов, в частности, побочное действие нейролептиков, что наблюдается у больных, страдающих различной психопатологией, но не шизофренией. В то же время шизофренический процесс, по-видимому, действует нивелирующим образом на адаптивные возможности организма, что приводит к выравниванию его реакций во всех возрастных группах.

Последний тезис подкрепляется результатами сравнения изучаемых показателей при шизофрении и при другой психопатологии. Их различия статистически значимы с высокой степенью достоверности ($p<0,001$). У больных шизофренией имеет место патологическое влияние на миокард, который находится, по данным нашего исследования, в пограничном состоянии (МК=17,28 %). При других психических заболеваниях значения МК остаются в пределах физиологической нормы (МК=14,1 %). Уровень ПАРС при шизофрении соответствует преморбидному состоянию организма.

Характеристика изменений миокарда в зависимости от длительности антипсихотической терапии, полученная с помощью кардиовизора, позволяет считать, что кратковременный приём нейролептиков вызывает отклонения, относящиеся к пограничному состоянию (МК=16,5 %). Затем, в период от 0,5 до 5 лет лечения, состояние сердечной мышцы несколько улучшается, приближаясь к верхней границе нормы (МК=15,17 %). Однако длительная психотропная терапия, приводящая к значительным нарушениям структуры миокарда [9, 10], сопровождается заметным сдвигом показателя МК в сторону увеличения (МК=18,78 %). Отмеченные колебания величин статистически значимы ($p<0,01$). Примерно

аналогичную динамику демонстрирует и ПАРС, но при этом практически колеблется в рамках, характеризующих преморбидное состояние защитных сил организма.

Следует отметить, что сдвиги МК и ПАРС выявляются с помощью кардиовизора уже на раннем этапе лечения нейролептиками, когда обычный метод ЭКГ-исследований не даёт надёжных результатов. Уже один этот факт даёт право считать применение кардиовизора для мониторинга состояния сердца у больных, получающих нейролептическую терапию, вполне оправданным и перспективным.

Что касается связи выявленных изменений величин МК и ПАРС с числом получаемых больными препаратов, то можно отметить следующее. МК демонстрирует значительно выраженную корреляцию с числом используемых антипсихотиков ($r=0,5$), в то время как ПАРС почти не зависит от этого. Слабая отрицательная корреляция ($r=-0,2$) говорит, скорее всего, о том, что к моменту, когда терапия психоза требует комбинации нейролептиков (это бывает, чаще всего, на сравнительно позднем этапе лечения), организм больного уже относительно адаптировался к побочному кардиотоксическому действию антипсихотических средств.

Заключение

Представленные результаты исследования, являющегося первым опытом проведения мониторинга сердечной деятельности у психически больных, получающих антипсихотическое лечение, с помощью кардиовизора, показывают высокую информативность и чувствительность метода. Кардиовизуализация позволяет улавливать изменения миокарда в доклиническом латентном периоде развития сердечной патологии, обусловленной кардиотоксичностью нейролептиков, когда с помощью обычного ЭКГ-исследования ещё не представляется возможным получить убедительные диагностические данные.

Настоятельно необходимо дальнейшее накопление практического опыта использования кардиовизора для нужд психиатрической клиники, а также научное обобщение результатов с целью разработки адекватных алгоритмов применения указанного метода и надёжных диагностических критериев кардиальной патологии, вызываемой побочным кардиотоксическим действием нейролептических препаратов.

Список литературы:

1. Амосова Е.Н. Кардиомиопатии. — Киев: Книга плюс, 1999. — 424 с.
2. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на границе нормы и патологии. — М.: Медицина, 1979. — 295 с.
3. Баевский Р.М. Научно-теоретические основы использования анализа variability сердечного ритма для оценки степени напряжения регуляторных систем организма. // Вест. Аритмологии. — 1999. — № 11. — С. 116—119.
4. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Variability сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения // Ультразвук. функц. диагностика. — 2001. — № 3. — С. 108—127.
5. Волков В.П. Фенотиазиновая дилатационная кардиомиопатия: некоторые аспекты клиники и морфологии // Клин. мед. — 2009. — № 8. — С. 13—16.
6. Волков В.П. Кардиотоксичность фенотиазиновых нейролептиков (обзор литературы) // Психиат. психофармакотер. — 2010. — Т. 12, № 2. — С. 41—45.
7. Волков В.П. Особенности электрокардиограммы при фенотиазиновой кардиомиопатии // Клин. мед. — 2011. — № 4. — С. 27—30.
8. Волков В.П. Внезапная сердечная смерть при шизофрении // Community Ruspsy 13 августа 2012 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа — URL: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?t=357>.
9. Волков В.П. К вопросу о кардиотоксичности нейролептиков: морфо-электрокардиографические параллели // Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2012; 8(3): 441—446.
10. Волков В.П. Миокардиальные проявления кардиотоксичности нейролептических препаратов // Арх. пат. — 2012. — Т. 74, вып. 2. — С. 37—39.
11. Волков В.П. Электрокардиографические проявления нейролептической кардиомиопатии у больных шизофренией на этапах её морфогенеза // Верхневолжский мед. журн. — 2012. — Т. 10. — № 1. — С. 13—16.
12. Дисперсионное картирование в мониторинге состояния миокарда больных ИБС при нагрузочных пробах: тезисы Всерос. конгресса «Неинвазивная электрокардиология в клинической медицине» / Семенов В.А., Мальцев В.А., Семенова Т.Б. [и др.]. — М., 2007. — С. 21—22.
13. Дробижев М.Ю. Кардиологические проблемы переносимости и безопасности нейролептиков // Психиат. психофармакотер. — 2004. — Т. 6, № 2. — С. 13—17.
14. Иванов Г.Г., Сула А.С. Дисперсионное ЭКГ-картирование: теоретические основы и клиническая практика. — М.: Техносфера, 2009. — 190 с.
15. Кушаковский М.С. Хроническая застойная сердечная недостаточность. Идиопатические кардиомиопатии. — СПб.: Фолиант, 1997. — 320 с.

16. Лиманкина И.Н. Электрокардиографические феномены в психиатрической практике. — СПб.: СпецЛит, 2009. — 176 с.
17. Метод экспресс-оценки функционального состояния миокарда у спортсменов / Фудин Н.А., Глазачев О.С., Гуменюк В.А. [и др.] // Сборник тезисов докладов I Международной научно-практической конференции «Медицинские аспекты физической культуры и спорта высших достижений». — Тула, 2004. — С. 101—02.
18. Наговицын А., Годило-Годлевский В., Пономаренко К. Применение метода дисперсионного картирования для оценки состояния здоровья летного состава // Функциональная диагностика — 2007. — № 1. — С. 47—51.
19. Новые методы электрокардиографии / под ред. С.В. Грачева, Г.Г. Иванова, А.Л. Сыркина. — М.: Техносфера, 2007. — 549 с.
20. Опыт использования прибора «Кардиовизор-06С» для скрининговых обследований населения в условиях сельской местности / Вишнякова Н.А., Рябыкина Г.В., Кожемякина Е.Ш. [и др.] // МКС. — 2008. — № 4. — С. 22—30.
21. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. — М.: Медицинское информационное агентство, 1997. — 528 с.
22. Оценка уровня здоровья при исследовании практически здоровых людей: метод. рук-во / Баевский Р.М., Берсенева А.П., Лучицкая Е.С. [и др.]. — М.: Слово, 2009. — 100 с.
23. Рябыкина Г.В., Сула А.С. Использование прибора «Кардиовизор-06с» для скрининговых обследований: пособие для врачей. — М., 2004. — 23 с.
24. Рябыкина Г.В., Сула А.С., Щедрина Е.В. Опыт использования прибора Кардиовизор в кардиологической практике // Кардиол. вестник. — 2006. — № 1. — С. 14—18.
25. Скрининг сердечно-сосудистой патологии и ассоциированных поведенческих факторов риска у жителей г. Ростова-на Дону / Глова С.Е., Катальницкая Л.И., Хаишева Л.А. [и др.] // Рос. кардиол. журн. — 2006. — № 3. — С. 89—94.
26. Antipsychotic drugs and heart muscle disorder in international pharmacovigilance: data mining study / Coulter D.M., Bate A., Meyboom R.H.B. [et al.]. // Br. Med. J. — 2001. — V. 322. — P. 1207—1209.
27. Buckley N.A, Sanders P. Cardiovascular adverse effects of antipsychotic drugs // Drug Saf. — 2000. — V. 23. — P. 215—228.
28. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use // Circulation. — 1996. — Vol. 93. — P. 1043—1065.

1.3. РЕВМАТОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ

Василевская Ольга Альбертовна

ассистент кафедры урологии с нефрологией ЯГМА,

г. Ярославль

E-mail: v-olga76@yandex.ru

Бажина Ольга Викторовна

канд. мед. наук, доцент кафедры урологии с нефрологией ЯГМА,

г. Ярославль

Арзимова Наталья Анатольевна

канд. мед. наук, врач-нефролог, ООО «ЯДЦ»,

г. Ярославль

Актуальность проблемы

Системная красная волчанка (СКВ) является системным ревматическим заболеванием, которое характеризуется клинически развитием полиорганной патологии, а серологически — появлением антиядерных аутоантител, аутоантител к белкам цитоплазматической и клеточных поверхностям, а также к циркулирующим белкам плазмы крови. Традиционно считается, что концентрация С-реактивного белка (СРБ) значительно повышается при острых формах СКВ, а незначительное возрастание уровня СРБ у больных со стабильным течением отражает вялотекущее хроническое воспаление в сосудистой стенке и развитие субклинического атеросклероза [1].

Задачей данного исследования было проанализировать клиническое значение С-РБ у больных СКВ с поражением почек.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 48 больных с люпус-нефритом в возрасте 36(18—58) лет. Наличие нефротического синдрома обнаружено у 25 % пациентов. Среднее значение протеинурии составило 1,2 (0,04—4,46) г/л. Снижение скорости клубочковой

фильтрации было у 27 %. Патогенетическая терапия применялась у 75 % пациентов.

Концентрацию высокочувствительного СРБ в сыворотке человека твердофазным иммуноферментным методом с использованием реактивов фирмы ДАКО (Дания). Результаты рассчитывали по калибровочной кривой и выражали в мг/л. Верхняя граница нормы составляла 5,6 мг/л.

Результаты и обсуждения

У больных СКВ уровень СРБ в целом по группе составил 5,1(2,5—31,4) мг/л. Нормальные значения СРБ менее 5,6 мг/л имели 24 человека, а у 24 обследованных (50 %) значения СРБ были повышены. Медианы в группах составили 2,5(1,5—3,6) и 31,4(14,1—107,05).

У больных СКВ уровень СРБ не зависел от пола, возраста, стажа и активности заболевания, а также от характера проводимого лечения. Положительные корреляции отмечены только между концентрацией СРБ и частотой выявления суставного синдрома ($R=0,36$, $P=0,07$) и плевритов ($R=0,42$, $P=0,03$).

Концентрации СРБ у больных сопоставляли с нарушением функции почек по таким параметрам, как протеинурия, клубочковая фильтрация, реабсорбция, креатинин в сыворотке крови.

Протеинурия у больных СКВ достигла значения 0,61(0,22;1,56) г/л. У больных с нормальными значениями СРБ (<5,6 мг/л) протеинурия была 1,0(0,66—3,45) г/л. У лиц с повышенными значениями СРБ протеинурия составила 0,35(0,12—1,2) г/л. Критерий Хи-квадрат равнялся 4,04 ($p=0,044$). Непараметрический коэффициент корреляции Спирмана между значениями СРБ и протеинурии был $-0,39$ ($t=-2,1$, $p=-0,04$).

Тяжелая протеинурия ($>3,0$ г/л) встречалась у 4 больных (33,3 %) с нормальными значениями СРБ и только у 1 больного (8,3 %) с повышенными (Хи-квадрат=1,01, $p=0,31$).

Таким образом, у больных СКВ отмечена обратная корреляционная зависимость между значениями протеинурии и СРБ. При этом у лиц с нормальным уровнем СРБ протеинурия достоверно выше, чем у больных СКВ с повышенными значениями СРБ. Концентрация СРБ не влияла на встречаемость тяжелой протеинурии у больных СКВ.

Концентрация СРБ у больных СКВ имело достоверную корреляционную зависимость с абсолютными значениями клубочковой фильтрации. Коэффициент корреляции Спирмана равнялся 0,39 ($t=2,05$, $p=0,05$).

В среднем, скорость клубочковой фильтрации равнялась 86,7 (15;151) мл/мин. У лиц с нормальными значениями СРБ, она была 76,8(15;142) мл/мин, с повышенной концентрацией СРБ — 89,7 (56;151) мл/мин. При этом, у первых, низкая клубочковая фильтрация (менее 80 мл/мин.) обнаруживалась у 9 больных (75 %), у вторых — у 2 пациентов (16,7 %). Критерий Хи-квадрат между группами был 4,26 ($p=0,038$). Число больных с высокой клубочковой фильтрацией (>120 мл/мин.) в обеих группах были сравнимы (8,3 %).

Таким образом, гиперпродукция СРБ у больных СКВ ассоциировалась с нормальной клубочковой фильтрацией, а для лиц с нормальной концентрацией СРБ было характерно снижение клубочковой фильтрации.

Величина канальцевой реабсорбции и концентрации креатинина, а также частоты выявления гематурии, полиурии, никтурии, снижения удельного веса мочи, ХПН не зависели от уровня СРБ.

Подводя итоги представленным выше данным, можно констатировать, у больных СКВ повышенная экспрессия СРБ представляется более благоприятным событием, чем нормальная. Именно у лиц с нормальной концентрацией СРБ протеинурия достоверно выше, чем у больных с повышенными значениями СРБ. Кроме того, для них характерно большая частота выявления случаев сниженной клубочковой фильтрации и снижения канальцевой реабсорбции.

Среди пациентов с СКВ была выявлена прямая корреляционная зависимость концентрации СРБ с содержанием общего белка ($R=0,67$, $P=0,005$) и альбумина ($R=0,59$, $P=0,018$) в плазме крови. У больных СКВ не существовало достоверной зависимости между уровнем СРБ и такими показателями, как ФНО-альфа, МСР-1, TGF- β 1, анти-нДНК ($P>0,05$). Имелась положительная зависимость СРБ и антител кардиолипину IgG ($R=0,41$, $P=2,16$).

Изучение взаимосвязи СРБ с маркером нарушенной активации эндотелия фактором Виллебранда и предиктором раннего атеросклероза утолщением КИМ показало, что у больных СКВ концентрация СРБ находилась в прямой корреляционной зависимости от фактора свёртывания крови VIII ($R=0,59$, $P=0,0016$) и не зависела от КИМ сонных артерий.

Наиболее существенными итогами проведенного статистического анализа можно представить следующие положения:

Во-первых, у больных с волчаночным нефритом СРБ находятся в прямой корреляционной зависимости с маркером эндотелиальной дисфункции фактором Виллебранда;

Во-вторых, у больных СКВ уровень СРБ корреляционно связан с антителами к кардиолипину, но, самое главное, зависит от концентрации общего белка и альбумина в сыворотке крови.

Объяснение факта снижения сывороточного уровня СРБ у больных с волчаночным нефритом в зависимости от нарушения функции почек может быть повышенная экскреция СРБ с мочой [4] или связывание СРБ и анти-СРБ тканями поврежденных почек.

В целом, важность участия СРБ в качестве ключевого фактора, участвующего в реализации острого и хронического сосудистого воспаления при СКВ несомненна [3]. Отсутствие (или наличие) математической зависимости между концентрацией СРБ и многочисленными, часто не учитываемыми клиническими параметрами малоинформативно, поскольку свидетельствует лишь о несовершенстве применяемых исследователями методологических подходов к анализу получаемых результатов и недостаточной изученностью патогенеза СКВ.

Список литературы:

1. Ревматология: Клинические рекомендации / Под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2011. — 752 с.
2. Kiani A.N., Post W.S., Magder L.S., Petri M. Predictors of progression in atherosclerosis over 2 years in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology* (Oxford). 2011; 50(11):2071—9.
3. Plazak W., Pasowicz M., Kostkiewicz M. et al. Influence of chronic inflammation and autoimmunity on coronary calcifications and myocardial perfusion defects in systemic lupus erythematosus patients. *Inflamm Res*. 2011; 60(10):973—80.
4. Rezaieyazdi Z., Sahebari M., Hatef M.R., et al. Is there any correlation between high sensitive CRP and disease activity in systemic lupus erythematosus? *Lupus*. 2011; 20(14):1494—500.
5. Williams R.C. Jr, Harmon M.E., Burlingame R., Du Clos T.W. Studies of serum C-reactive protein in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2005 Mar; 32(3):454-61.

1.4. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ВЫЕЗДНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Попова Татьяна Викторовна

*главный специалист, Управление по г. Челябинску ЧОФОМС,
г. Челябинск*

E-mail: popovenkov@rambler.ru

Заболевания органов пищеварения занимают пятое место в структуре заболеваемости детского населения Российской Федерации, в Челябинской области — второе место. Боль в животе — одна из частых причин посещения доктора. У детей разного возраста цифры обращения по поводу болей в животе различны, дети младшего возраста не могут чётко локализовать место болей, дети школьного возраста более детально локализуют боли, по поводу них обращаются к врачу в 10—15 % случаев. Абдоминальный болевой синдром сопровождает более 1000 заболеваний, в том числе глистно-паразитарную инвазию. По данным ВОЗ, ежегодно заражаются глистно-паразитарной инвазией около одного миллиарда людей [3].

Согласно оценке Всемирного банка, экономический ущерб от кишечных гельминтозов занимает четвертое место среди наносимого урона всеми болезнями и травмами, особенно в сельской местности, что связано с разными санитарно-гигиеническими условиями, а также степенью загрязнённости яйцами гельминтов окружающей среды [2]. Самым распространённым среди протозоозов является лямблиоз. Среди заболевших по данным Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора 70 % составляют дети [4, 5].

Основными причинами недостаточной эффективной борьбы с глистно-паразитарными заболеваниями является недооценка влияния паразитарных болезней на здоровье населения, неадекватного проведения профилактических мероприятий [6].

Цель исследования. Проанализировать выявление глистно-паразитарной инвазии и *Helicobacter pylori* (далее — НР) среди детского населения, проживающего в сельской местности, по данным выездной работы специалистов Челябинской областной детской клиники.

Материалы и методы. В Челябинской области (далее ЧО) проживало на 01.01.2009 — 3 508 733 чел., дети в возрасте от 0 до 14 лет — 529 128 чел. (15 %), подростки — 226 814 (6,5 %). Удельный вес городского населения — 81,4 %, сельское население — 18,6 %. Доля детей в общей структуре сельского населения увеличивается (1990 — 19 %, 2000 — 21 %, 2009 — 22 %), в связи с этим возрастает значимость доступности качественной педиатрической медицинской помощи в сельской местности.

«Челябинская клиническая детская областная больница» (далее ЧОДКБ) является основным учреждением области, которое помимо функций многопрофильного стационара, оказывающего специализированную медицинскую помощь детям, одновременно осуществляет оперативные управленческие функции в масштабах области. В условиях ограниченных финансовых возможностей возникла необходимость ресурсосберегающей организационной медицинской технологии. Выездная форма работы специалистов возникла непосредственно в ходе практической работы врачей в 1996 году.

Статистическая обработка. Данные исследования были обработаны с применением прикладных пакетов Microsoft Excel for Windows.

Результаты исследования и обсуждение. Для повышения доступности медицинской помощи детям, проживающих в отдалённых сельских районах, была организована выездная консультативная поликлиника, в состав которой входили высококвалифицированные специалисты областной детской клиники, в том числе гастроэнтеролог.

На приём к гастроэнтерологу выездной поликлиники обращались дети с жалобами на боли в животе, диспепсическими проблемами. Нозологический спектр выявленной патологии желудочно-кишечного тракта представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Структура выявленной гастроэнтерологической патологии

№	Нозологическая форма	%
1	Хронический гастродуоденит	48,4
2	Функциональное расстройство желудка	13,3
3	Функциональные нарушения кишечника	9,6
4	Гастро-эзофагальный рефлюкс	1,6
5	Врожденная патология кишечника	3,9
6	Дискинезия желчевыводящих путей	5,9
7	Язвенная болезнь двенадцатипёрстной к-ки	1,8
8	Не выявлено патологии ЖКТ	15,5

В структуре заболеваний преобладала патология верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

В ходе выездной работы гастроэнтеролога для уточнения диагноза было проведено обследование 82 детей в возрасте от 10 до 14 лет по выявлению: лямблиоза, токсокароза, эхинококкоза, описторхоза, трихинеллеза, *H. pylori* инфекции. Забор венозной крови проводился после проведения консультации, предварительно получив согласие родителей.

Определялись специфические антитела к антигенам лямблий иммуноферментным методом в сыворотке крови (таблица 2).

Таблица 2.

Результаты определения специфических IgG и IgM к Ag лямблий

Кол-во	Ig G	%	Ig M	%
82	42	51,2	4	5

Несмотря на невысокую информативность иммуноферментного анализа, полученные результаты свидетельствует о высокой инвазированности детей, что соответствует данным Бандуриной Т.Ю., Самариной В.Н (35 %) [1].

У одного ребёнка выявлены антитела к антигенам трихинелл. Специфические антитела к антигенам токсокар выявлены в 18 %

сывороток крови (у 15 детей). Не обнаружено специфических антител к антигенам эхинококков, описторхисов.

При работе выездной поликлиники на первом этапе пациентам при показаниях было проведено ультразвуковое обследование органов брюшной полости и определение антител к НР-инфекции. Обнаружены специфические антихеликобактерные антитела в 40,2 % пробах.

Гастроэнтеролог направлял пациентов с длительно рецидивирующими болями в животе в стационар для проведения эндоскопического, гистологического исследования слизистой желудка и двенадцатипёрстной кишки, определения секреторной функции желудка.

На обследование доезд составил 57—71 % из разных территорий, в зависимости от социально-экономических возможностей семьи ребёнка.

Проведена фиброгастроскопия 120 пациентам в возрасте от 10 до 14 лет (49 — мальчики, 71 — девочек). При эндоскопическом исследовании визуально было оценено состояние слизистой желудка и двенадцатипёрстной кишки. Корреляционная связь между эндоскопическим описанием слизистой и обсеменённостью НР не выявлена.

Гистологический метод признан «золотым» стандартом диагностики НР.

При морфологическом исследовании слизистой желудка выявлена различная степень обсеменённости НР в антральном отделе (таблица 3,а) и теле желудка (таблица 3,б).

Таблица 3,а.

Выявление *H. pylori* в антральном отделе желудка

Пол	Кол-во	Антральный отдел желудка	
		количество	процент
Мальчики	49	34	69
Девочки	71	49	69
Итого	120	83	69

Диагностирована НР-инфекция в антральном отделе желудка у 83 детей, что составило шестьдесят девять процентов обследованных детей.

Таблица 3,б.

Выявление *H. pylori* в слизистой тела желудка

Пол	Кол-во	Тело желудка	
		количество	процент
Мальчики	49	20	41
Девочки	71	22	31
Итого	120	42	35

Бактерии *HP* в слизистой тела желудка выявлены у 42 детей, что составило тридцать пять процентов обследованных пациентов.

Степень воспаления слизистой антрального отдела желудка и выраженности обсеменённости *HP*-инфекции представлены в таблицах 4, 5.

Таблица 4.

Степень воспаления антрального отдела желудка и наличие *HP* у мальчиков

Наличие <i>HP</i>	Кол-во	Степень воспаления слизистой антрального отдела желудка							
		мал	%	сред	%	выраж	%	неакт	%
<i>HP</i> +++	26	2	8	5	19	15	58	4	15
<i>HP</i> ++	7	3	43	3	43	1	14	0	0
<i>HP</i> +	4	1	25	1	25	1	25	1	25
<i>HP</i> -	12	0	0	3	25	0	0	9	75

Таблица 5.**Степень воспаления антрального отдела желудка
и наличие НР у девочек**

Наличие НР	Кол-во	Степень воспаления слизистой антрального отдела желудка							
		мал	%	сред	%	выраж	%	неакт	%
НР+++	29	2	6	7	24	20	70	0	0
НР++	12	1	8	6	50	3	25	2	17
НР+	8	1	12,5	1	12,5	5	62,5	1	12,5
НР-	22	1	4,5	3	13,5	0	0	18	82

Таким образом, можно говорить о взаимосвязи между степенью обсеменённости НР и выраженностью воспаления слизистой желудка.

Для определения кислотообразующей функции желудка проводилась рН-метрия. При стандартной схеме исследования после введения зонда, регистрировалась базальная секреция (межпищеварительный период) и после воздействия стимулятора (в качестве стимулятора использовался лимонтар). Одновременно изучалась внутриполостной уровень рН в районе тела желудка (кислотообразующая зона) и в антральном отделе (кислотонейтрализующая зона). Для оценки базальной и стимулированной кислотности использовали критерии, предложенные Е.Ю. Линаром, 1968; А.В. Яковенко, 2001.

Сопоставление показателей НР обсеменённости и показателями рН желудочного сока представлено в таблице 6.

Таблица 6.**Соотношение степени НР-обсеменённости и показателей рН
желудочного сока**

Фаза секреции	гиперацидность		нормоацидность		гипоацидность	
	базал	стимул	базал	стимул	базал	стимул
НР+	80%	100%	20%	0	0	0
НР++	85%	85%	15%	15%	0	0
НР+++	82%	94%	12%	6%	6%	0
НР-	75%	85%	15%	10%	10%	5%

При статистической обработке данных не выявлено корреляции между степенью обсеменённости и кислотообразующей функции желудка. Было замечено, что при увеличении обсеменённости снижался щелочной тест Неллера, что косвенно свидетельствует об увеличении объёма продукции соляной кислоты.

Обсуждение результатов:

- Благодаря государственным программам на фоне отрицательной демографической ситуации, отмечается положительная динамика увеличения доли детей в возрасте от 0 до 4 лет в общей структуре детского населения с 16 % (2000 г.) до 26 % (2009 г.), что свидетельствует о повышении рождаемости в Челябинской области.

- Выездная форма работы врачебной бригады соответствует современной социальной и экономической ситуации, учитывая рациональное использование имеющихся кадровых и материально-технических ресурсов.

- Существует взаимосвязь между обсеменённостью *Helicobacter pylori* слизистой желудка и степенью её воспаления.

Выводы:

1. В Челябинской области в когорте детей от 10 до 14 лет распространённость *H.pylori* до 70 %, что сопоставимо с показателями в других территориях России.

2. В настоящее время востребована разработка областной программы профилактики глистно-паразитарной инвазии и *H.pylori* инфекции у детей Челябинской области.

Список литературы:

1. Бандурина Т.Ю. Лямблиоз у детей. / Бандурина Т.Ю., Самарина В.Н. // Пособие для врачей. — СПб — 2008. — 38 с.
2. Инвестиции в здравоохранении. / Всемирный банк. — Вашингтон: Всемирный банк. — 1993. — 240 с.
3. Копанев Ю.А. Глистные инвазии у детей. / Ю.А.Копанев // Практика педиатра. — № 10. — 2006. — С. 5—9.
4. Корниенко Е.А. Клиника, диагностика и лечение лямблиоза у детей / Е.А. Корниенко, С.Н. Минина, С.А. Фаина, Т.Б. Лобода // Педиатрическая фармакология. — 2009. — т. № 6.—№ 4 — С. 2—7.
5. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году. Государственный доклад. — М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора. — 2009. — 467 с.

6. Сергиев В.П. Регистрируемая и истинная распространённость паразитарных болезней/ В.П.Сергиев // Медицинская паразитология . — 1992. — № 2. — С. 3—5.
7. Циммерман Я.С. Очерки клинической гатроэнтерологии. / Я.С. Циммерман // Пермь: Издательство Пермского университета. — 1992. — 336 с.

СЕКЦИЯ 2.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

2.1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

***Галлямова Эльза Вадимовна**
преподаватель БГМУ,
г. Уфа*

***Кильдебекова Рушания Насгутдиновна**
д-р мед. наук, профессор БГМУ,
г. Уфа*

***Мингазова Лия Равилевна**
канд. мед. наук, БГМУ,
г. Уфа*

***Мурзин Роберт Рамазанович**
канд. мед. наук, БГМУ,
г. Уфа
E-mail: ya.elza82@yandex.ru*

Экологические проблемы характерны для всего мирового сообщества, в том числе и для Республики Башкортостан, которая является старейшим нефтегазодобывающим регионом РФ. В разработке находится около 160 месторождений углеводородного сырья, где проводится добыча нефти и газа. Экологические проблемы характерны и для г. Уфы, насыщенную предприятиями нефтедобычи, нефтепереработки, химии и машиностроения.

Загрязнение окружающей среды влияет на всё живое: изменяется экологический состав воздуха, воды и почвы, гибнет растительность, разрушаются экосистемы. Неблагоприятная экологическая обстановка приводит к появлению аллергических реакций, воздействует на органы дыхания и желудочно-кишечный тракт. По заболеваемости Республика Башкортостан обгоняет Россию в целом, так болезни органов пищеварения в 1,4—1,6 раза выше, сердечно-сосудистые заболевания — в 1,5 раза, болезни крови 2,3—2,6 раза. Основными причинами этого многие авторы отмечают повышенное содержания нитратов в продуктах и воде, высокую концентрацию оксида азота в воздухе [1, 3, 4].

В настоящее время все более актуальной становится проблема взаимоотношения человеческого общества со средой обитания и их взаимного влияния. У лиц молодого возраста отсутствует системный подход к формированию научного мировоззрения о месте и роли экологической проблематики в современной концепции сохранения здоровья человека в условиях высокоурбанизированного общества [4]. Оценка и контроль состояния здоровья студентов, проживающих в условиях крупнопромышленного города остается актуальной.

Цель исследования.

Оценить состояние здоровья студентов медицинского университета, проживающих в условиях крупного промышленного города.

Материалы и методы.

Объектом обследования были 894 студента медицинского университета 1 и 5 курсов. Факторы риска, оказывающие неблагоприятное влияние на здоровье студентов оценивали по специально разработанной анкете на основе ВОЗ CINDI Health Monitor. Показатели здоровья изучали по самооценке своего здоровья, наличию хронических и перенесенных заболеваний, частоте обращений к врачу. Оценка заболеваемости осуществлялась по данным официальной статистики. Признаки вегетативных нарушений выявляли с помощью вопросника А.М. Вейна (2003) [2]. Психоэмоциональное состояния определяли, используя методику (САН) — самочувствие, активность, настроение, впервые разработана В.А. Доскиным и соавторами (1973).

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 6,0. Нормальность распределения проверялась с помощью критерия Шапиро-Уилка.

Результаты исследования.

Нами были обследованы 894 студента медицинского университета: 1 курс — 374, 5 курс — 520 человек. Из них 650 (72,8 %) девушек и 244 (27,2 %) юношей. Проведенный нами анализ данных официальной статистики выявил, что в структуре общей заболеваемости среди студентов ведущее место занимали болезни органов дыхания — 150 (16,8 %), пищеварения — 130 (14,5 %), болезни костно-мышечной системы — 109 (12,2 %), а также болезни мочеполовой системы — 81 (9,1 %). Среди студентов 1 курса, поступивших из сельской местности здоровыми было признано 114 (30,5 %), а среди жителей города 86 (23,2 %). Первое место в структуре заболеваемости, независимо от места жительства, занимали болезни глаз и их придаточного аппарата.

Среди первокурсников жителей городов Республики Башкортостан, второе место занимали болезни органов пищеварения и далее — нервной и костно-мышечной системы, а у студентов из сельской местности — болезни крови, болезни костно-мышечной и нервной системы. Среди студентов 5 курса у 60 % имелось одновременно не менее двух хронических заболеваний, а в 20 % даже три и более. За последние 12 лет структура заболеваемости претерпела изменения. Так, согласно данным Кайбышева В.Т. с соавторами в 2000 г. среди студентов ведущее место в структуре соматической патологии занимали болезни органов пищеварения, второе место — болезни органов дыхания, далее болезни нервной системы, а по нашим данным в настоящее время преобладают заболевания глаз и придаточного аппарата.

Наряду с неблагоприятной экологической обстановкой среди учащейся молодежи отмечен рост негативных поведенческих факторов риска: на низкую физическую активность указали 689 (77,1 %) респондента, употребление алкоголя — 405 (45,3 %), курение — 278 (31,2 %). На 1 курсе курили — 71 (28,3 %) из них юноши — 48 (68,1 %) и девушки — 23 (31,9 %), а на 5 курсе — 134 (33,9 %), 52 (37,6 %) и 83 (62,4 %) соответственно. Количество курящих девушек на 5 курсе увеличилось в 2 раза. Жалобы на состояние здоровья предъявляли 165 (59,2 %) курящих, наиболее значимыми были: головная боль, слабость, плохой сон по сравнению с некурящими 55 (21,3 %).

Отмечен значительный рост числа употреблявших алкоголь (в основном за счет слабоалкогольных напитков), если на 1 курсе — 76 (30,3 %) то к 5 курсу увеличилось до — 204 (51,6 %) студентов.

На недостаточную продолжительность ночного сна указали 595 (66,5 %) респондентов.

В ходе исследования у 653 (73,1 %) студентов — медиков установили синдром вегетативной дисфункции, из них на 1 курсе учились — 214 (57,2 %) и 5 курсе — 413 (79,5 %) респондентов. Распределение синдрома вегетативной дисфункции по гендерному типу: юноши 146 (59,8 %), девушки 507 (78,1 %).

По данным самооценки здоровья 44 (4,9 %) студента считали его отличным, 63 (6,9 %) — очень хорошим, 469 (52,5 %) — хорошим, 299 (33,5 %) — удовлетворительным и 19 (2,2 %) — плохим. При этом, считая свое здоровье вполне удовлетворительным, за медицинской помощью к врачу 1 раз в год обращались 353 (39,5 %), 1—3 раза в год 282 (31,5 %), 4—6 раз в год 58 (6,5 %), а 201 (22,5 %) респондентов сами корректировали свое здоровье.

Тестирования по опроснику САН показало отрицательную динамику психологического здоровья в процессе обучения, показатели самочувствие, активность, настроение, ухудшались к 5 курсу. Уровень «самочувствия» среди студентов — медиков на 1 курсе был $5,78 \pm 0,12$ баллов, на 5 курсе $5,12 \pm 0,18$ баллов, уровень активности снизился с $5,92 \pm 0,14$ до $4,45 \pm 0,16$ баллов, уровень настроения с $6,06 \pm 0,12$ до $5,09 \pm 0,18$ баллов соответственно, что свидетельствует о нарушении функционального состояния организма.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что состояние здоровья учащейся молодежи в настоящее время является неудовлетворительным, их организм не всегда справляется с проблемами адаптации к условиям обучения и быта, а низкий уровень знаний о здоровом образе жизни, факторах риска развития заболеваний и социально-экологических проблемах современности не соответствует возрастающим требованиям жизни. Сочетание неблагоприятной экологической обстановки крупного промышленного города и негативных поведенческих факторов риска приводит к снижению функциональных резервов организма и срыву компенсаторно — адаптационных механизмов.

Список литературы:

1. Байтмирова Э. Здоровый образ жизни / Э. Байтмирова, Г.З. Нафикова // Вопросы теоретической и практической медицины. Уфа — 2010. — С. 120—121.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. — М., 2003. — С. 749.

3. Гаджиев Р.С. Образ жизни подростков в условиях крупного города / Р.С. Гаджиев, З.Н. Айвазова // Здравоохранение РФ. — 2006.— № 5. — С. 44—47.
4. Кайбышев В.Т. Образ жизни и здоровье студентов высших учебных заведений в крупном промышленном городе: проблема экологического образования / В.Т. Кайбышев, З.З. Макаев, А.М. Магасумов// Среда обитания и здоровье человека. Матер. всеросс. науч.-практич. конф. — Оренбург. — 2001. С. 341—345.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Подгорбунских Елена Ивановна

канд. мед. наук.

врач-терапевт приемного отделения ГБУЗ ГКБ № 36 ДЗМ,

г. Москва

E- mail: [mexciti @rambler.ru](mailto:mexciti@rambler.ru)

В нормативно-правовых актах Министерства здравоохранения и социального развития РФ (МЗ РФ) за последнее десятилетие широко представлены вопросы организации работы медицинских организаций (МО).

Однако в нормативно — правовых документах и публикуемой литературе проблемы и пути их решения в организации работы и оказания качественной медицинской помощи в приемном отделении многопрофильных больниц практически не освещены.

Основными факторами, определяющими проблемы в работе врачей приемных отделений многопрофильных больниц можно назвать как внутренние факторы — подготовка кадров, низкая мотивация к труду и прочее, так и внешние факторы.

Снижение качества жизни из-за невозможности самостоятельно удовлетворять свои потребности поддержания жизнеобеспечения в российском обществе является следствием снижения важной социальной функции — трудоспособности (Быкова Ж.Е. с соавторами, 1997; Власов В.В., 1999; Саркисов К.А., Николаева Е.В. 2002). Основными факторами, определяющими уровень трудовой занятости населения, могут быть: безработица (недостаток рабочих мест),

отсутствие мотивации к трудовой деятельности, высокая степень социальной дезадаптации отдельных социальных групп (больные алкоголизмом, наркоманией, бомжи), миграция (беженцы, вынужденные переселенцы), а также высокий уровень заболеваемости с потерей трудоспособности (Максимова Т.М., Гаенко О.Н., 2001; Голубева А.П., 2003).

Как следствие сложившейся в РФ социально — экономической ситуации увеличился поток обращений в приемные отделения многопрофильных стационаров по установленным каналам госпитализации больных с хронической патологией, более длительным и тяжелым течением заболеваний, лиц в состоянии алкогольного опьянения, бомжей, трудовых мигрантов и членов их семей. Все это требует создания таких моделей организации работы приемного отделения многопрофильного стационара г. Москвы, которые существенно улучшат качество оказания медицинской помощи.

С учетом вышеизложенного нами был проведен анализ деятельности приемного отделения многопрофильного стационара в современных социально — экономических условиях.

В ходе исследования был выделен ряд проблем правового регулирования в вопросах управления качеством медицинской помощи и медико-социальной защиты населения при оказании медицинской помощи врачебным персоналом приемного отделения многопрофильной медицинской организации:

- оказание помощи пациентам с хроническими заболеваниями старшей возрастной группы;
- оказание медицинской помощи терапевтического профиля лицам в состоянии алкогольного опьянения (одурманивания);
- оказание медицинской помощи терапевтического профиля лицам без определенного места жительства;
- консультативный прием врачом — терапевтом приемного отделения.

С учетом современных требований практического здравоохранения разработаны и внедрены новые квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения [2], в которых, однако, отсутствует квалификация «врач приемного отделения».

В настоящее время некоторые спорные вопросы лицензионно — аккредитационной деятельности и требований к медицинским организациям и медицинской деятельности позволили решить Федеральный закон Российской Федерации (ФЗ РФ) от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»

и Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности» (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»). Однако в них не регламентированы конкретно виды деятельности приемного отделения, которые обусловлены задачами работы приемного отделения многопрофильной больницы.

В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (утв. постановлением Правительства РФ от 21 октября 2011 г. № 856) определяются виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структура тарифов на медицинскую помощь, а также предусматриваются критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации (далее — граждане) на территории Российской Федерации бесплатно. Однако при этом вновь не выделяется раздел по приемному отделению больниц.

ФЗ РФ от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в Статье 3 дает основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе: «обязательное медицинское страхование (ОМС) — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования». Следует отметить недостаточное внимание и обоснование к разработке медико-экономических стандартов (МЭС) по приемному отделению медицинской организации, а также МЭС оказания медицинской помощи в приемном отделении врачом терапевтом или иным специалистом.

Однозначно упорядочивают оказание медицинских услуг врачей специалистов и ЛПУ Приказ Минздрава РФ от 16 июля 2001 г. № 269 «О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги» (Отраслевой стандарт ОСТ

91500.09.0003-2001). Согласно данному приказу «в том числе к настоящему времени разработаны «Отраслевой классификатор простых медицинских услуг (ОК ПМУ)» и «Отраслевой классификатор сложных и комплексных медицинских услуг (ОК СКМУ)».

ОК СКМУ решил поставленную задачу структурирования, определения классификационных групп и установления кодов для сложных и комплексных медицинских услуг. Опытное использование ОК СКМУ и практическое внедрение ОК ПМУ показали необходимость установления их взаимосвязи посредством определения состава сложных и комплексных медицинских услуг.

Эксперты обосновывали необходимость определения, что же представляют собой сложные и комплексные медицинские услуги, обозначенные в ОК СКМУ. Какой перечень простых медицинских услуг должен, например, выполнить врач при оказании сложной медицинской услуги «Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта, первичный». Данный отраслевой стандарт является составной частью комплекса работ по обеспечению реализации закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства о Программе государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью.

Медицинская услуга — мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость [7].

Выделяют простую, сложную и комплексную медицинские услуги. Прием характеризуют «как осмотр, производимый по определенному плану (действия врача, консультация) при возникновении у пациента потребности в медицинской помощи, представляющий собой сложную или комплексную медицинскую услугу, дающий возможность составить представление о состоянии организма пациента, результатом которого является профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания, синдрома».

Следовательно, прием врача — терапевта или иного врача специалиста в приемном отделении является комплексной услугой, оказание которой регламентировано множеством нормативно — правовых документов, определяющих функции специалистов и границы процессов их деятельности.

При анализе проблем, возникающих в современных социально-экономических условиях, нами выявлено, что наиболее остро стоит вопрос оказания медицинской помощи пациентам в состоянии алкогольного опьянения. В штате приемного отделения

многопрофильной больницы, как правило, отсутствуют врачи психиатры и наркологи. В связи с этим возрастают риски в работе врача терапевта приемного отделения многопрофильного стационара (риск врачебной ошибки, психоэмоциональная нагрузка), а также снижается качество медицинских услуг.

На наш взгляд, специфика работы медицинского персонала требует наличия навыков по экспертизе и организации распределения поступающих больных в отделения стационара по профилю оказания медицинских услуг.

В связи с этим считаем целесообразным внести дополнения в Положение о лицензировании медицинской деятельности (Приложение к Постановлению Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности») в виде самостоятельной позиции — «Медицинское освидетельствование на наличие показаний к госпитализации» [7]. Для обеспечения качества оказания медицинских услуг в условиях модернизации здравоохранения предусмотреть организацию циклов тематического усовершенствования специалистов приемных отделений по данному профилю

Список литературы:

1. Минздравсоцразвития РФ Приказ от 14 июля 2003 г. № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 07.09.2004 № 115, от 10.01.2006 № 1, от 14.07.2009 № 512н, с изм., внесенными решениями Верховного Суда РФ от 09.10.2008 № ГКПИ08-1450, от 28.04.2009 № ГКПИ09-461).
2. Минздравсоцразвития РФ Приказ от 23 июля 2010 г. № 541н г. Москва «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
3. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности» (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).
4. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год (утв. постановлением Правительства РФ от 21 октября 2011 г. № 856).
5. ФЗ РФ от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (в ред. Приказа Минздрава РФ от 22.10.2003 № 502).
6. ФЗ РФ от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
7. ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. МЕДИЦИНА ТРУДА

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ РОСПОТРЕБНАДЗОРА В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНЫ (ГИГИЕНЫ) ТРУДА

Рузаков Вадим Олегович

*начальник отдела надзора по гигиене труда
Управления Роспотребнадзора по Свердловской области.*

г. Екатеринбург

E-mail: rv.medicine@gmail.com

Вопросы эффективности деятельности органов исполнительной власти, как организаций и ведомств в целом, так и отдельных государственных служащих, является одной из основных проблем аппарата государственного управления с момента его формирования как социального явления и института. Крайне сложно оценить, насколько хорошо или плохо выполняет конкретная организация свои функции и какие критерии необходимо заложить в механизмы оценки. В частности, для Российской Федерации характерно отсутствие единообразных статистически оправданных механизмов выбора этих критериев, механизмов оценки, основанных на соотношении «затраты-выгоды», и последовательности в принятии этих решений. При этом необходимо отметить, что, с точки зрения формального подхода, если в зону ответственности ведомства вводится какой-либо показатель, то предполагается, что ведомство способно влиять на его динамику, хотя, как показывает практика, зачастую это не так: в большинстве случаев попытки органов исполнительной власти повлиять на динамику показателей сводится к работе с методами сбора информации и формирования отчетности. Довольно часто выбор показателей основан на субъективном восприятии определённых трендов в политике и заявлениях высших руководителей, что порождает включение в структуру и постановку во главу угла оценочных параметров, несвойственных и неприоритетных для основной функции организации. Так, на текущем этапе в силу напряжённой ситуации в экономическом секторе и проблем формирования сбалансированного бюджета практически все ведомственные программы в первую очередь апеллируют параметрами, прямо или косвенно отвечающими задачам повышения эффективности

и своевременности расходования средств. «Прошу всех коллег, всех, кто имеет отношение к принятию решений, ещё раз посмотреть, что нужно сделать с точки зрения повышения результативности расходов, отдачи от вложения бюджетных средств, чёткого выстраивания внутренних, отраслевых приоритетов» [1].

В данной статье хотелось бы рассмотреть действующие показатели оценки эффективности органов Роспотребнадзора Российской Федерации — правопреемника системы санитарно-эпидемиологического надзора СССР в разделе медицины (гигиены) труда, и подходы к их формированию.

Медицина (гигиена) труда — один из разделов профилактической медицины, основной целью которого является сохранение и профилактика здоровья трудоспособного населения. Основными показателями, заложенными на федеральном уровне, характеризующими эффективность работы ведомства, в том числе в рамках ведомственных целевых программ в данном направлении, были выбраны показатели, характеризующие показатели заболеваемости, показатели, дающие представления об организации профилактических мероприятий, например, «Удельный вес лиц, прошедших периодические и углубленные медицинские осмотры», а также показатели, характеризующие динамику воздействия средовых факторов, например, «Доля проб в воздухе рабочей зоны (на промышленных предприятиях), превышающих ПДК». В силу проводимых изменений в ходе административной реформы ведомства и пересмотра его роли в сторону уменьшения профилактического компонента деятельности и усиления формализованных надзорных функций, Роспотребнадзор теряет влияние и способность к эффективному достижению заявленных показателей по следующим причинам:

1. Все заявленные показатели являются относительными, т. е. имеют в своём составе несколько компонентов, каждый из которых испытывает собственное влияние со стороны внешних факторов. В частности, показатели заболеваемости рассчитываются на определённое количество населения, например, на работающее население, т. е. любое колебание в системе учета населения, уход его в теньевую экономику, отсутствие учёта (трудоустройство мигранты) приводит к резкому изменению значения без фактического изменения ситуации в данной сфере.

2. Все указанные показатели разрабатывались в период стабильной плановой экономики Советского Союза с четкой отраслевой структурой, предсказуемой демографической ситуацией и относительно стабильного и предсказуемого уровня развития

технологий. В данный же момент имеется значительная степень вариабельности данных показателей: ввиду ориентации на внешние рынки основной приоритет в промышленности смещен в сторону сырьевой компоненты и первого-второго передела, сфера услуг растёт темпами, немислимими для советской экономики, объём износа основных производственных активов достигает по отдельным отраслям 70 %, при этом за последние 20 лет в той же сфере услуг фактически с нуля возникли новые отрасли с абсолютно новым спектром и парком оборудования. В данной ситуации представленные показатели в принципе не отражают значимую динамику, и ценность оценки этих показателей во времени сводится к нулю — сравнение показателя профессиональной заболеваемости в 1973 г. с показателем 2011 г. становится абсолютно бессмысленным.

3. Немаловажным аспектом в данном вопросе является объём полномочий и их прикладная способность в вопросе управления ситуацией. На данный момент, в отличие от советского периода, органы Роспотребнадзора лишены возможности влияния на эти показатели: ликвидирована система превентивного надзора — ранее проводимая оценка проектных решений позволяла до этапа создания объекта решить значительное количество проблем, которые в дальнейшем могли обусловить рост заболеваемости; система контроль-надзорных мероприятий в значительной степени усложнена, эффективный выход на объект стал практически невозможен, к тому же существующие схемы оптимизации работы с контрольно-надзорными организациями и проблемы несовершенства законодательства практически превратили ведомство в стороннего наблюдателя.

4. Неадекватная оценка результатов. По большинству представленных параметров, в первую очередь заболеваемости, основной задачей поставлено их количественное снижение, при этом не учитывается тот факт, что на данном этапе основной проблемой отрасли является не проблематика имеющихся «высоких» уровней, а отсутствие общей картины и искусственное занижение этих параметров. «В развитых странах, где на здравоохранение выделяется ассигнований больше, чем у нас, официально регистрируемая профессиональная патология в 15—17 раз выше, чем в нашей стране» [2].

5. Распределение ответственности между ведомствами, ответственными за контроль в сфере медицины труда. На данный момент в ходе реорганизации Министерства здравоохранения и социального развития, выделением в отдельную структуру Министерства Труда и социальной защиты и выводом из состава Министерства

здравоохранения Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека сложилась ситуация с неопределённостью зон ответственности каждого из ведомств в разделе медицины труда. Так, вопросы формирования информационных банков по фактическим условиям труда находятся в ведении двух надзорных ведомств: система производственного контроля в ведении Роспотребнадзора, подконтрольного Правительству Российской Федерации, система аттестации рабочих мест в ведении Государственной инспекции труда, подконтрольной Министерству труда и социальной защиты. Вопросы организации медицинских осмотров в равной степени могут контролироваться Роспотребнадзором, Государственной инспекцией труда и Федеральной службой в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации. Такая многополярность включает возможность эффективного исполнения возложенных функций и однозначного определения ответственных за конкретную функцию лиц.

Подводя итоги, необходимо отметить, что, с учётом введения системы эффективного контракта для государственных служащих, система критериев оценки деятельности и показателей её эффективности требует пересмотра немедленно, в максимально сжатые сроки, т. к. отсутствие адекватных механизмов интерпретации результатов на входе и выходе в рамках управленческой системы приведёт к дальнейшему усугублению проблем управления государственным аппаратом на всех уровнях как с финансовых позиций, так и с позиций достижения поставленных целей и задач, в первую очередь сохранения здоровья населения.

Список литературы:

1. Путин В.В. Совещание по проекту федерального бюджета на 2013—2015 годы. [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://www.kremlin.ru/news/16493>.
2. Скрипкин Ю.К., Селинский Г.Д., Федоров С.М., Кулагин В.И., Орлов Е.В., Шарыпова И.В. Актуальные проблемы современной дерматопрофпатологии // Вестник дерматологии и венерологии, № 2-1998, С. 4—6. [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1172049&uri=index.html>.

2.3. СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО В АСПЕКТЕ ТЕЛЕСНОСТИ

Барковская Анна Юрьевна

*канд. филос. наук, доцент, докторант ВолгГМУ,
г. Волгоград
E-mail: anna_bark@mail.ru*

Протащук Дина Владимировна

*аспирант СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург*

Обозначив тему статьи как социальное неравенство в аспекте телесности, мы хотим заострить проблему реальных дискриминационных практик и теоретизаций в отношении людей с инаковой телесностью (т.е. отличной от тела-канона), а именно людей с избыточной массой тела и ожирением. Выбранный нами аспект, безусловно, не является единственным, проблема неравенства в отношении телесности может быть рассмотрена для различных социальных, гендерных, возрастных, этнических групп, субкультур, с выявлением устойчивых стереотипов в сфере «телесного сознания». В самом общем виде социальное неравенство означает такую форму дифференциации, при которой отдельные индивиды, социальные группы обладают неравными жизненными шансами и возможностями удовлетворения потребностей. Социальное неравенство воспринимается и переживается многими людьми (не только теми, кто имеет проблемы с избыточным весом) как проявление социальной и экономической несправедливости в отношении тучных людей.

Обращение к проблемам полных людей не случайно, поскольку лишний вес в настоящее время является эпидемией мирового масштаба. Приведем некоторые глобальные оценки Всемирной Организации Здравоохранения [4]:

- С 1980 г. число лиц во всем мире, страдающих ожирением более чем удвоилось.
- В 2008 г. 1,5 млрд. взрослых людей страдали от избыточного веса. Из этого числа свыше 500 млн. имели диагноз ожирение.

- В 2010 г. почти 43 млн. детей в возрасте до 5 лет имели избыточный вес.

За последнее десятилетие в России наблюдается рост социально-значимых заболеваний, к которым относятся и болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. Среди них особое место занимает ожирение, так как половина взрослого населения имеют избыточную массу тела [2]. В связи с этим отмечен рост медицинской, экономической и социальной значимости проблемы ожирения. С медицинской точки зрения, ожирение является ведущим фактором риска артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2 типа, значительным фактором риска смерти. Экономические аспекты избыточного веса обусловлены огромными финансовыми затратами на оказание лечебно-профилактической помощи данной категории больных, которые в развитых странах составляют до 10 % всех расходов на здравоохранение. Избыточная масса тела служит фактором социальной дезадаптации и низкой самооценки, что в итоге снижает качество жизни, кроме того служит основанием для воспроизводства социального неравенства.

Избыточный вес и ожирение определяются как аномальные и излишние жировые отложения, которые могут нанести ущерб здоровью [4]. Стандартизированным показателем для оценки степени ожирения ВОЗ принят индекс массы тела (ИМТ), который разработан бельгийским социологом А. Кетле еще в 1869 г. и рассчитывается как отношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах ($\text{кг}/\text{м}^2$). При индексе более 25 вес считается избыточным, от 30 и более — следует говорить об ожирении.

Организация экономического сотрудничества и развития стран (ОЭСР) представила последние данные по динамике распространения ожирения в мире. Согласно полученным данным, сейчас среди жителей наиболее развитых стран каждый второй человек страдает избыточным весом, а один из шести — ожирением. Возглавляют рейтинг США и Мексика. В этих странах лишний вес — примерно у 70 % граждан, а ожирением страдают более трети населения. Далее следуют такие страны, как Люксембург, Исландия, Чили, Ирландия, Канада, Великобритания, Австралия и Новая Зеландия. Здесь число людей с лишним весом колеблется от 55 до 65 %, а доля людей страдающих ожирением — в диапазоне от 20 до 30 %. Что касается России, то у нас доля людей с лишним весом составляет 54 %, а с ожирением — 15 % [7].

На глобальном уровне избыточный вес и ожирение относятся к числу пяти основных факторов риска смерти и становятся причиной смерти 2,8 млн. взрослых, ежегодно. Кроме того, они служат причиной заболеваемости: сахарным диабетом 2 типа — 44 %, ишемической болезни сердца — 23 %, онкологическими заболеваниями от 7 до 41 % [4].

Полнота может быть по-разному воспринята самим человеком и окружающими и иметь разные последствия для участников взаимодействия в зависимости от культурных традиций и социальных условий. Несмотря на то, что людей с избыточным весом становится все больше, в современном мире полнота не в моде. С. Гроган пишет: «В богатых западных обществах стройность обычно ассоциируется со счастьем, успехом, молодостью и привлекательностью. Чрезмерный вес связывается с ленью, недостатком воли и неспособностью к самоконтролю. Идеальное женское тело хрупкое, мужское — стройное и умеренно мускулистое» [11]. Избыточный вес связывается с отрицательными чертами личности: ленью, глупостью, плохим характером. В то же время, в не-западных культурах худоба продолжает рассматриваться как признак бедности и недостаточного питания, а к полным людям относятся более позитивно. Об этом свидетельствуют результаты опросов, проведенных в Японии и Кении [10].

Тело, прошедшее социализацию, перестает быть просто физическим телом, о нем нужно говорить как о социальной телесности. «Переход от тела как естественно природного к телесности как социально сконструированному феномену осуществляется на уровне движения в физическом пространстве и на уровне социального действия в социальном пространстве, определяясь социальным контекстом, культурной ситуацией», — справедливо полагают В.Н. Ярская и др. [8, с. 101]. Телесность определяется не как биологический организм, а как культурно-исторический и семиотический феномен, т. е. определенный модус тела, своеобразный текст. Интерпретация тела как текста нередко имеет социальные последствия. По телу судят о важных качествах индивида и результаты такого прочтения оказывают влияние на формы социального и личностного взаимодействия, в которые оказывается вовлеченным данный человек. Тело, приближающееся к существующим в данном социокультурном поле эталонам, привлекает, вызывает симпатию, восхищение, стимулирует сближение. И наоборот, тело, противоречащее этим эталонам, вызывает реакцию отталкивания, желание дистанцироваться, по крайней мере физически, провоцирует злые

насмешки. Полные люди встречаются с большим числом негативных стереотипов, чем стройные. Люди с избыточным весом испытывают затруднения не только в поиске сексуальных и брачных партнеров, но и при трудоустройстве, а ряд профессий, в которых параметры тела близки к эталонным, становятся попросту не доступными (телеведущие, модели). Полные люди встречают больше трудностей при приеме в престижные учебные заведения, клубы, на высокооплачиваемую работу, при найме жилья, на них не ориентирована индустрия моды, да и потребительский сектор слабо учитывает их потребности.

Социокультурная перспектива анализа устанавливает, что полнота в большинстве случаев производится обществом, стимулируется факторами современного образа жизни: неправильное, зачастую высококалорийное питание и употребление в пищу ненатуральных продуктов, малоподвижный образ жизни (гиподинамия), предубеждения профессиональных оценок, неудачная социализация, противоречивые нормы и ценности. Многие исследования доказывают и роль генетической предрасположенности — при наличии ожирения у обоих родителей, дети страдают им в 80 % случаев. Можно утверждать, что телесность социально сконструирована, связана с исторически меняющимся контекстом производства и потребления.

Ярлыки — полный, толстый, тучный, жирный (с определенным диапазоном политкорректности) — может приклеить человеку конкретная социокультурная система, в которой данное состояние принято считать отклонением от нормы. Но еще большую проблему представляет, как отмечает Е.Р. Ярская-Смирнова, закрепление в современной повседневности стереотипа идентификации индивида с типом личности, в соотношении с телом-каноном, которое становится базовым для формирования дискриминационных практик [9, с. 49]. Рассмотрим некоторые из них, а именно: дополнительная плата за авиаперелеты, повышенная медицинская страховка, дополнительные налоги, штрафы и увольнения за избыточный вес.

В настоящее время плату за лишний вес с тучных клиентов уже берут индонезийские авиаперевозчики, британская компания Virgin Atlantic, Southwest Airlines США требуют полных пассажиров приобретать сразу два места. Авиакомпания Air France пока только предлагает взимать с толстых пассажиров помимо оплаты за основное место еще и 75 % стоимости дополнительного места. «Чем больше весит пассажир, тем больше топлива необходимо на его перевозку, — полагает бывший высокопоставленный сотрудник австралийской авиакомпании Qantas Т. Уэббер. — В этих условиях логично, что те,

кто страдает лишним весом, должен заплатить больше за авиабилет». С ним в полемику вступает глава Австралийского общества по изучению ожирения Т. Гилл: «Заставлять полных людей платить за лишний вес — нечестно. Он и так доставляет немало хлопот. Зачем же заставлять полных людей чувствовать себя изгоями» [1].

Вынужденные дополнительные расходы ожидают полных людей также и в сфере здравоохранения. С инициативой поднять цены на медицинскую страховку для полных людей выступила швейцарская страховая компания Swiss Re, одна из ведущих в мире, которая рекомендует коллегам поднимать стоимость страховки в зависимости от веса клиента [6]. Аргументы просты, подвергая свое здоровье риску, полные люди должны нести сами за него ответственность, однако данный подход не учитывает, так называемое, вторичное ожирение, вызванное другими заболеваниями, в том числе эндокринными.

Шведский политик С. Хана изложил концепцию повышенной справедливости социума [5], в которой предлагает ввести для толстых людей повышенный налог. Объясняется это тем, что диагноз ожирение предполагает дополнительные медицинские услуги в связи большим количеством сопутствующих заболеваний. В настоящее время в Швеции идет дискуссия о целесообразности претворения в жизнь новой социальной доктрины.

В Британии власти решили штрафовать и увольнять полисменов за лишний вес и плохую физическую форму. Например, в Лондоне среди полицейских-мужчин более половины чересчур упитанны, 22 % страдают ожирением, а у 1 % ожирение носит «болезненный» характер [3].

Таким образом, символическая классификация людей относительно заданной нормы способствует реальному воспроизводству структурированного социального и экономического неравенства. Возникает вопрос: насколько оно справедливо? Соглашаясь с юристами и профсоюзами, нужно констатировать, что в отношении тучных людей имеет место нарушение прав человека, дискриминация, оскорбление личности и убытки граждан, связанные с дополнительными расходами. Американский теоретик Дж. Ролс сформулировал теорию справедливости как теорию честности, утверждая, что социальное и экономическое неравенство допустимо лишь тогда, когда оно приносит пользу тем, кто имеет наименьшие преимущества. Но о какой пользе для полных людей может идти речь, если они, обладая меньшими преимуществами, оказываются дискриминированы, причем не большинством, а во многих западных странах «худым» меньшинством и созданными социокультурными идеалами и нормами.

Список литературы:

1. Авиакомпании заставляют тучных пассажиров доплачивать за каждый лишний килограмм. [Электронный ресурс] — Режим доступа — URL: <http://www.aviaport.ru/digest/2012/01/16/227972.html> (дата обращения: 11.06.2012).
2. Алексеева Н.С. Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с избыточной массой тела и ожирением: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.33 Новокузнецк, 2009. 158 с.
3. В Британии власти решили штрафовать и увольнять полисменов за лишний вес и плохую физическую форму. [Электронный ресурс] — Режим доступа — URL: <http://www.itv.ru/news/world/201730> (дата обращения: 14.06.2012).
4. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень №311. Март 2011 г. [Электронный ресурс] — Режим доступа — URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/> (дата обращения: 13.06.2012).
5. Политики Швеции выступают против толстых людей. [Электронный ресурс] — Режим доступа — URL: http://www.novostimira.com.ua/news_4191.html (дата обращения: 11.06.2012).
6. Проблема лишнего веса становится эпидемией мирового масштаба. [Электронный ресурс] — Режим доступа — URL: http://www.bigsize.life.ru/index.php?view=article&id=69%3A2010-06-27-16-17-18&option=com_content&Itemid=67 (дата обращения: 11.06.2012).
7. Россия попала в рейтинг самых «толстых» стран. 02.10.2010 [Электронный ресурс] — Режим доступа — URL: <http://www.vesti.ru/doc.html?id=396604> (дата обращения: 13.06.2012).
8. Ярская В.Н., Яковлев Л.С., Печенкин В.В., Ежов О.Н. Пространство и время социальных изменений. Саратов, 2003. [Электронный ресурс] — Режим доступа — URL: http://ecsocman.hse.ru/data/337/685/1219/2_razdel_yarskaya_so_str..pdf (дата обращения: 18.04.2012).
9. Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов, 1997.
10. Furnham A., Alibhai N. Cross-cultural differences in the perception of male and female body shapes // Psychological Medicine. — 1983. — Vol. 13. — P. 829—837; Iwawaki S., Lerner R.M. Cross-cultural analysis of body-behavior relations // Psychologia. — 1974. — Vol. 17. — P. 75-81.
11. Grogan S. Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children. 1999.

**ФЕНОМЕНОЛОГИЯ РАБОТЫ
ВЫЕЗДНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ
ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ
ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

Попова Татьяна Викторовна

*главный специалист, Управление по г. Челябинску ЧОФОМС,
г. Челябинск*

Жуковская Елена Вячеславовна

*д-р мед. наук, кафедра детских болезней и поликлинической педиатрии
№ 2 ЧГМА,
г. Челябинск*

E-mail: popovenkov@rambler.ru

Медицина в целом — это многогранное гуманитарное явление. Традиционно анализ медицинских проблем не учитывает сложную структуру интеграции медицины в смежных отраслях общественной жизни, такие как психология, экономика, культурология и т. д. В то же время гносеологическая составляющая медицинских знаний обуславливает необходимость изучения психологических эффектов лечебно-диагностического процесса.

Феноменология (греч., буквально — учение о феноменах) — одна из философских дисциплин, позднее — идеалистическое философское направление, стремившееся освободить философское сознание от натуралистических установок (резко расчленяющих объект и субъект). Феноменологические отчёты субъективны, а потому не застрахованы от искажений, вследствие своей близости к эмпирическим источникам. Они отражают всё многообразие и уникальность личности, восстанавливают те эмпирические качества, которые утрачиваются при традиционном накоплении и объединении статистических данных. Феноменологический метод находит своё применение в психологии, социологии, других дисциплинах.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная детская клиническая больница» (далее ЧОДКБ) является центральным учреждением по оказанию специализированной медицинской помощи детям области. Выездная форма работы специалистов ЧОДКБ создана для улучшения доступности квалифицированной специализированной педиатрической

помощи детскому населению Челябинской области и применяется с 1996 года. Финансирование работы проводится в рамках целевых программ, постепенно переходя в рамки системы обязательного медицинского страхования.

Цель нашей работы — проанализировать структуру медико-социальных феноменов деятельности специалистов выездной поликлиники ГБУЗ ЧОДКБ.

Объектом исследования являются паттерны отношений (паттерн — регулярно повторяемый при определенных условиях шаблон поведения): в отношениях специалист бригады/специалист бригады; специалист бригады/специалист по месту жительства; специалист бригады/пациент/семья; специалист бригады/население населённого пункта.

Методы исследования:

интервьюирование/анкетирование врачей, пациентов, представителей семьи пациентов, административных работников населённых пунктов.

Проведено анкетирование 25 специалистов выездной бригады, 30 врачей на местах, 76 родителей пациентов. Анкетирование проводилось анонимно. Обработка данных осуществлялась в соответствии с общепринятыми методами общей статистики.

Результаты.

В ходе выездной работы происходит расширение информационного поля индивидуума (пациента/семьи) за счёт общения со специалистами, владеющими теоретическими знаниями и практическими навыками по отношению к заболеванию, возможности лечения, здорового образа жизни, восстановительного лечения, а также членов семьи.

По сравнению с ранее существующим «потребительским» подходом активизируется социальное перераспределение ответственности индивидуума и общества за здоровье ребёнка. Повышается самооценка граждан, чувство значимости и ответственности родителей за собственное здоровье и здоровье детей.

Значимость общения индивидуумов в ходе консультативного приёма повышает уровень взаимопонимания и единения в решении общей проблемы для группы лиц (семья, медицинские работники, педагоги), участвующих в процессе воспитания, развития и формирования здорового образа жизни, с учётом имеющегося заболевания у ребёнка. В микросоциуме происходит конгломерация персоналий на основе наличия у детей аналогичных заболеваний. В дальнейшем формируются контакты между родителями для решения совместных

вопросов воспитания, социальной адаптации детей, что особенно важно в случае наличия у ребёнка хронических форм неинфекционной патологии, инвалидности. Данный феномен обуславливает большую социально-экономическую эффективность проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий за счёт использования аккумулированных материальных ресурсов семей (См. рис. 1).

Работа консультативной поликлиники активизирует внимание глав администрации к проблемам здоровья населения, эти руководители вовлекаются в решение актуальных проблем здравоохранения, характерных для данного населённого пункта, с дальнейшим планированием программных мероприятий на уровне муниципалитетов с учётом выявленной заболеваемости. Это делается для достижения оптимального результата путём постановки задач в кооперации со специалистами областных лечебно-профилактических учреждений.

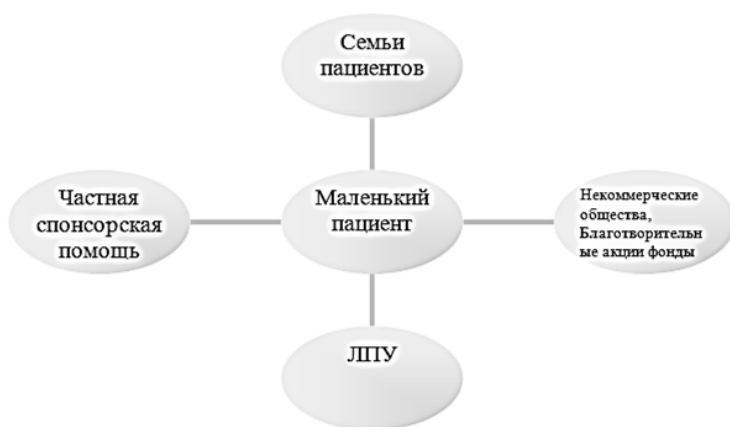


Рисунок 1. Паттерны взаимоотношений специалист бригады/пациент/семья/общества

Не менее интересные феномены встречаются в профессиональной среде (среда медицинских работников). Никогда ранее врачи областной больницы не имели возможности столь близкого знакомства с функционирующими учреждениями на местах. Влияние особенностей многообразных факторов организационного, медицинского, социального характера на территориях обогащает культурологические, профессиональные навыки специалистов. Посещение специалистами ЧОДКБ в свободное время музеев, природных

памятников области, знакомство с природными объектами расширяет возможности познания образа жизни и истории людей, проживающих в области, рождает чувство единения и гордости за богатство родной земли.

Врачам выездной детской поликлиники приносит удовлетворение испытываемое ими чувство востребованности их профессиональной деятельности специалистами на селе и формирует предпосылки для личностного роста, а также более доброжелательное отношение к людям, проживающим на отдалённых территориях.

Нестандартные условия проживания и работы способствуют сплочению коллег как при решении вопросов профессиональных, так и бытовых. Несмотря на то что врачи принадлежат к одному учреждению, в повседневной работе они не имеют возможности общаться так тесно. Общение в ходе работы консультативной поликлиники даёт возможность оказания взаимопомощи друг другу. Ощущение общей значимости и преемственности в профессиональной когорте врачей обеспечивает рост корпоративной культуры.

Компетенция и компетентность.

При обсуждении феноменологии деятельности специалистов детской выездной поликлиники целесообразно остановиться на влиянии этого вида деятельности на компетенцию и компетентность всех участников процесса.

Компетенция и компетентность являются междисциплинарными понятиями, широко используемыми в различных сферах научной деятельности: философии, логике, языкознании, медицине, юриспруденции, педагогике, психологии, естествознании. Компетенция подразумевает достаточный объём знаний для выполнения определённого вида деятельности. Компетентность — не только и не столько наличие и значительный объём знаний и опыта, сколько умение их актуализировать в нужное время и использовать в процессе реализации своих служебных функций. В зависимости от отрасли науки, направления и цели исследования, в состав компетентности ученые включают эмоциональные (социальные установки, система отношений), исполнительские (умения и навыки) компоненты [1, 2].

Специалисты, работающие на отдалённых от областного центра территориях, как и специалисты выездной поликлиники, имеют один и тот же базовый уровень знаний в области медицины, что подтверждается дипломами вузов, сертификатами специалистов, наличием профессиональных категорий, а следовательно, имеют сопоставимую компетенцию. Однако именно различия в компетентности лежат в основе выездной деятельности специалистов областных

лечебно-профилактических учреждений. Проведение ретроспективного, проспективного анализа организации работы выездной бригады способствует росту компетентности специалистов всех уровней.

В результате информационного обмена, совершенствования навыков консультативной деятельности повышается компетентность специалистов обеих категорий специалистов.

Формирование указанных феноменов происходит в ходе межличностного общения с элементами визуального, вербального, слухового тактильно-кинестического восприятий, что значительно выше по своей эффективности, чем использование каждого из них в отдельности.

Заключение.

Указанные феномены могут рассматриваться как медико-социальные по своей природе и одновременно являются гноселогическими, психологическими и культурологическими.

Обозначенные выше феномены реализуются в практической деятельности участников процесса и улучшают качество оказания медицинской помощи за счёт:

- интеграции и кооперации сельских и городских врачей, способствующей взаимному обогащению и нивелированию различий в уровнях оказания медицинской помощи населению;
- ликвидации информационного дефицита у специалистов отдалённых территорий, как путём непосредственного контакта со специалистами, так и выполнений рекомендаций по дальнейшему лечению пациентов;
- сокращения периода подготовки к плановой госпитализации ребёнка, с решением вопросы необходимого дообследования;
- совершенствования управленческих и организационных мероприятий, дифференцированного подхода к формированию состава бригады, в зависимости от поставленных задач текущего выезда.

Список литературы:

1. Журавлев П.В., Карташов С.А., Маусов Н.К., Одегов Ю.Г. Персонал: Словарь понятий и определений. — М.: «Экзамен», 1999. — С. 138.
2. Русина Н.А., Алексеева С.В. Компетентностный подход в деятельности врача-преподавателя. // Электронный научный журнал «Медицина и образование в Сибири». — 2008. — № 2.

2.4. МЕДИКОСОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАН НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ, И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Герман Светлана Владимировна

*аспирант кафедры медицинской экспертизы
факультета повышения квалификации врачей
Института последипломного образования ГБОУ ВПО
«Нижегородская государственная медицинская академия»,
г. Нижний Новгород
E-mail: kafedra-mse-nn@mail.ru*

Введение

Процесс формирования инвалидности населения субъекта Российской Федерации имеет особенности, которые обусловлены региональными факторами, влияющими на этот процесс. Из всех факторов, влияющих на процесс формирования инвалидности населения в Нижегородской области, одним из наиболее «влиятельных», но в то же время и наиболее управляемых, является организация клинико-экспертной работы в медицинских организациях, в первую очередь — в территориальных поликлиниках, которые являются основным источником формирования контингента больных для направления на освидетельствование в федеральные казенные учреждения медико-социальной экспертизы (ФКУ МСЭ).

Для успешного решения проблем социальной защиты больных и инвалидов в современных условиях необходимо обеспечить единство, качество и эффективность экспертно-реабилитационного процесса на всех его этапах. Определение показаний для направления граждан на освидетельствование в ФКУ МСЭ на уровне лечащего врача, оформление документов для МСЭ, в том числе утверждение направления на МСЭ на уровне врачебной комиссии (ВК) медицинской организации — первый этап экспертно-реабилитационного процесса при проведении МСЭ. Для качественного

предоставления государственной услуги по проведению МСЭ в условиях регламентированных административных процедур существенно повышается значимость вопросов конструктивного взаимодействия ФКУ МСЭ и учреждений здравоохранения. Это обусловило цель настоящего исследования.

Цель исследования — сформулировать основные проблемы при направлении граждан на медико-социальную экспертизу организациями, оказывающими лечебно-профилактическую помощь, и предложить пути их решения.

Материалы и методы

Информационной базой исследования были данные статистической отчетности ФКУ «ГБ МСЭ по Нижегородской области» (форма «7», «7-собес») за 1983—2011 гг.; акты освидетельствования больных, впервые направленных на МСЭ (1017 актов); «Направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» по форме 088/у-06 (1000 направлений). Статистическая обработка материала выполнена с использования стандартного пакета программ Microsoft Office 2007.

Результаты и обсуждение

Организационно-методическая работа с целью повышения эффективности взаимодействия ФКУ «ГБ МСЭ по Нижегородской области» с медицинскими организациями при направлении граждан на МСЭ проводится на протяжении многих лет совместными усилиями ГБ МСЭ, Министерства здравоохранения Нижегородской области, кафедры медицинской экспертизы ФПКВ Нижегородской государственной медицинской академии, в тесном контакте с председателями врачебных комиссий, и дает определенные положительные результаты. Однако продолжают иметь место случаи необоснованного направления граждан на МСЭ, несоблюдения стандартов обследования, дефекты и ошибки при оформлении «Направления на МСЭ».

Основными проблемами, которые следует решать на уровне медицинской организации при направлении больных на МСЭ, можно считать следующие:

1. Определение показаний для обоснованного направления граждан на МСЭ.
2. Разработка и реализация рационального экспертно-реабилитационного маршрута пациентов, в том числе определение объема обследования, необходимого и достаточного для определения структуры и степени выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности.

3. Качественное оформление «Направления на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь».

Проблема необоснованного направления граждан на МСЭ в последние годы становится все более актуальной для Нижегородской области (Таблица 1).

Таблица 1.

Результаты первичного освидетельствования взрослого населения в учреждениях медико-социальной (врачебно-трудовой) экспертизы Нижегородской области в динамике за 1983—2011 гг.

Годы	Освидетельствовано первично с целью установления инвалидности, человек	Признано инвалидами при первичном освидетельствовании, человек	Не признано инвалидами при первичном освидетельствовании	
			Абс.	%
1983	15024	10532	4492	29,90
1984	15003	9802	5201	34,67
1985	34711	28467	6244	17,99
1986	22099	17173	4926	22,29
1987	21455	16981	4474	20,85
1988	21951	17692	4259	19,40
1989	23358	18771	4587	19,64
1990	25497	21200	4297	16,85
1991	34181	29821	4360	12,76
1992	44872	40754	4118	9,18
1993	49288	45312	3976	8,07
1994	47236	43356	3880	8,21
1995	60036	58859	1177	1,96
1996	34872	33941	931	2,67
1997	35626	34594	1032	2,90
1998	38373	37453	920	2,40
1999	31451	30639	812	2,58
2000	36625	35756	869	2,37
2001	42983	41857	1126	2,62
2002	38158	37109	1049	2,75
2003	34570	33461	1109	3,21
2004	39648	38414	1234	3,11
2005	51342	49361	1981	3,86

2006	45930	43385	2545	5,54
2007	30884	28463	2421	7,84
2008	23789	21600	2189	9,20
2009	21626	19823	1803	8,34
2010	21966	20430	1536	6,99
2011	21480	19969	1513	7,04

Результаты анализа 1017 случаев неустановления инвалидности при первичном направлении граждан на МСЭ организациями, оказывающими лечебно-профилактическую помощь, позволяют определить основные причины необоснованного направления на МСЭ (Табл. 2):

1. Направление на МСЭ до наступления стойких функциональных нарушений в случаях, когда при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе завершение полного курса лечебных и реабилитационных мероприятий может привести к выздоровлению или существенному уменьшению степени выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности (210 случаев — 20,65 %).

В то же время продление лечения в рамках временной нетрудоспособности при правильно составленном клинико-трудовом прогнозе способствует профилактике инвалидности или уменьшению ее тяжести. Это стало возможным с началом действия Приказа МЗ РФ № 206 и Постановления ФСС № 21 от 19.10.1994 г., утвердивших соответствующую Инструкцию о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, что позволило сократить число больных, направленных на МСЭ с целью «консультации», для «одобрения» врачами-экспертами ВТЭК продления листка нетрудоспособности. В настоящее время врачебные комиссии медицинских организаций недостаточно используют право продлевать лечение в рамках временной нетрудоспособности (особенно у больных с последствиями травм опорно-двигательного аппарата) до 10-ти, а в некоторых случаях — до 12-ти месяцев, хотя это право закреплено за ВК законодательно: Приказом МЗСР РФ от 29.06.2011 г. № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» и Приказом МЗСР РФ от 24.01.2012 г. № 31н.

2. Неверная оценка степени выраженности медико-социальных последствий болезни, травмы или дефекта (705 случаев — 69,32 %), когда на МСЭ направляются больные с незначительными функциональными нарушениями (338 случаев — 33,23 %),

а в некоторых случаях и без функциональных нарушений, либо когда при направлении на МСЭ степень выраженности функциональных нарушений завышена, незначительные нарушения оценены как умеренные или выраженные (367 случаев — 36,09 %). Отчасти это можно объяснить отсутствием единых подходов к оценке функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности специалистами МСЭ и врачами ЛПУ.

Таблица 2.

**Основные причины вынесения экспертного решения
«инвалидность не установлена» при первичном направлении
граждан на МСЭ организациями, оказывающими
лечебно-профилактическую помощь**

Причины необоснованного направления граждан на МСЭ	Число граждан, необоснованно направленных на МСЭ	
	Абс.	%
Направление граждан на МСЭ до наступления стойких функциональных нарушений	210	20,65
Неверная оценка степени выраженности медико-социальных последствий заболевания, травмы или дефекта, в том числе:	705	69,32
в форме 088/у-06 функциональные нарушения оценены как незначительные	338	33,23
в форме 088/у-06 степень функциональных нарушений завышена (незначительные нарушения оценены как умеренные или выраженные)	367	36,09
Другие причины (больные направлены для установления инвалидности, а в результате МСЭ установлена степень утраты профессиональной трудоспособности и др.)	102	10,03
Всего	1017	100,00

В 10 % случаев в результате первичного освидетельствования инвалидность не была установлена в силу других причин: например, цель направления на МСЭ сформулирована врачами ЛПУ «для установления инвалидности», а больному определена только степень утраты профессиональной трудоспособности, и др.

Существующие проблемы в проведении МСЭ на региональном уровне, особенно в филиалах главного бюро — бюро МСЭ, нередко связаны с некачественным оформлением направительных документов,

отсутствием в них данных, необходимых для принятия экспертного решения. Основным документом, отражающим состояние больного при направлении гражданина на освидетельствование, является форма 088/у-06 — «Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь». Качественное оформление «Направлений на МСЭ» обеспечивает преемственность и обмен информацией о конкретном пациенте между специалистами ЛПУ и БМСЭ. Полнота, объективность и достоверность данных при оформлении этого документа является одним из важнейших условий своевременного и обоснованного решения БМСЭ. При низком качестве медицинских документов, с которыми больной направляется в БМСЭ, неизбежны затруднения и даже ошибки при оценке имеющихся ограничений жизнедеятельности и вынесении экспертного решения. Дефекты оформления медицинской документации при направлении больных на МСЭ существенно затрудняют работу врачей-экспертов, часто приводят к необходимости направления больных и инвалидов на дообследование, затягиванию сроков экспертизы и конфликтным ситуациям. По данным статистической отчетности ФКУ «ГБ МСЭ по Нижегородской области», при проведении медико-социальной экспертизы в БМСЭ было направлено на дообследование в медицинские организации в 2009 г. — 1869 человек (2,01 %), в 2010 г. — 1723 человека (2,50 %), в 2011 г. — 1515 человек (2,43 %).

В результате анализа качества оформления «Направлений на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» выявлено, что наиболее частыми дефектами являются:

- незаполненные строки, графы, имеющие экспертное значение;
- наличие незаверенных исправлений, зачеркиваний, нечитаемые записи;
- краткий, малоинформативный анамнез;
- малоинформативное описание объективного статуса;
- несоблюдение стандартов обследования;
- ошибки при формулировании основного и сопутствующего диагнозов;
- ошибки при определении прогноза — клинического, трудового;
- ошибки при формулировании цели направления на МСЭ;
- некачественное заполнение п. 34 (рекомендации по медицинской реабилитации);

- отсутствие в форме 088/у-06 печати, подписи, расшифровки подписи членов врачебной комиссии;
- форма № 088/у-06 заверена специалистами, не входящими в состав ВК ЛПУ;
- наличие заключений специалистов ЛПУ по вопросам, не относящимся к их компетенции (например, рекомендации по установлению конкретной группы инвалидности).

Ошибки и дефекты оформления формы 088/у-06 во многом обусловлены отсутствием четкой регламентации оказания экспертных услуг врачами ЛПУ. Отсутствуют нормативы врачебной нагрузки для участия специалистов в работе ВК при обсуждении экспертных случаев; посещения пациентов с целью оформления направления на МСЭ часто занимают гораздо больше времени, чем посещения с диагностической или лечебной целью, однако отдельно не учитываются и не оплачиваются и т. д. Этим отчасти можно объяснить низкий уровень или вообще отсутствие мотивации врачей к качественному решению медико-социальных проблем своих пациентов, в частности, при направлении их на МСЭ.

Выводы

Таким образом, основными проблемами при направлении граждан на медико-социальную экспертизу организациями, оказывающими лечебно-профилактическую помощь, являются:

1. Необоснованное направление больных на МСЭ до наступления стойких функциональных нарушений.
2. Неверная оценка степени выраженности функциональных нарушений.
3. Несоблюдение стандартов обследования.
4. Низкое качество оформления «Направления на МСЭ».
5. Недостаточное знание специалистами медицинских организаций действующего законодательства по МСЭ.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости совершенствования экспертной работы ЛПУ по направлению граждан на МСЭ.

Заключение

В настоящее время представляются целесообразными следующие пути решения проблем при направлении граждан на МСЭ:

1. Оптимизация взаимодействия специалистов БМСЭ с врачебными комиссиями медицинских организаций по вопросам направления граждан на МСЭ (предварительные консультации, представление больных на МСЭ лечащими врачами и председателями ВК).

2. Систематическое проведение углубленного анализа причин необоснованного направления граждан на МСЭ, обсуждение результатов исследования со специалистами медицинских организаций, а также с органами управления здравоохранением региона на совместных конференциях, семинарах и т. п.

3. Повышение уровня знаний лечащих врачей, специалистов ЛПУ по вопросам МСЭ и реабилитации, совершенствование образовательных программ последипломной подготовки врачей лечебных специальностей, с обязательным включением в учебную программу вопросов медико-социальной экспертизы.

4. Совершенствование методики, обеспечение единых подходов к оценке структуры и степени выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности специалистами МСЭ и врачами ЛПУ.

5. Разработка и внедрение новой формы «Направления на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» с учетом стандартов обследования, новых классификаций и критериев установления инвалидности, в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

6. Разработка и внедрение на региональном уровне Административного регламента по направлению граждан на медико-социальную экспертизу, с учетом региональных особенностей формирования инвалидности и организации МСЭ в Нижегородской области.

7. Совершенствование межведомственного взаимодействия по вопросам организации и проведения МСЭ, в том числе в условиях электронного документооборота.

Совершенствование медико-социальной экспертизы как государственной услуги, как отрасли научных знаний и системы практической деятельности возможно только в результате совместных усилий органов социальной защиты с учреждениями и органами здравоохранения. В период реформирования организации МСЭ особенно важно уделять должное внимание отработке организационно-методических аспектов взаимодействия ВК ЛПУ и ФКУ МСЭ, с учетом современных требований, порядков и регламентов. Это позволит улучшить качество, упростить процедуру и сократить сроки проведения МСЭ, а значит, будет способствовать повышению уровня социальной защиты больных и инвалидов.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

«СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА»

Материалы международной заочной научно-практической
конференции

05 ноября 2012 г.

В авторской редакции

Подписано в печать 13.11.12. Формат бумаги 60x84/16.
Бумага офсет №1. Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 4,5. Тираж 550 экз.

Издательство «Сибирская ассоциация консультантов»
630075, г. Новосибирск, Залесского 5/1, оф. 605
E-mail: mail@sibac.info

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного
оригинал-макета в типографии «Allprint»
630004, г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 3