



СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

*Сборник статей по материалам
XL международной научно-практической конференции*

№ 2 (38)
Февраль 2015 г.

Издается с сентября 2011 года

Новосибирск
2015

УДК 61
ББК 5
С 56

Ответственный редактор: Гулин А.И.

Председатель редакционной коллегии:

Стратулат Петр Михайлович — д-р мед. наук, проф., директор по науке в научно-исследовательском институте охраны здоровья матери и ребенка, президент ассоциации перинатальной медицины Республики Молдова, г. Кишинев.

Редакционная коллегия:

Архинова Людмила Юрьевна — канд. мед. наук, ст. преподаватель кафедры психологии, педагогики и ювенального права, ИСО (филиал) РГСУ в г. Саратове;

Волков Владимир Петрович — канд. мед. наук, рецензент НП «СибАК»;

Лебединцева Елена Анатольевна — канд. мед. наук, доц. кафедры патофизиологии Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск;

Милушкина Ольга Юрьевна — д-р мед. наук, доц. кафедры гигиены Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ; ст. науч. сотр. отдела комплексных проблем гигиены детей и подростков НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН.

С 56 Современная медицина: актуальные вопросы / Сб. ст. по материалам XL междунар. науч.-практ. конф. № 2 (38). Новосибирск: Изд. «СибАК», 2015. 118 с.

Учредитель: НП «СибАК»

Сборник статей «Современная медицина: актуальные вопросы» включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ).

При перепечатке материалов издания ссылка на сборник статей обязательна.

Оглавление

Секция 1. Клиническая медицина	6
1.1. Акушерство и гинекология	6
ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ Бапаева Гаури Биллахановна Жумадилова Акмарал Рахматуллаевна Жусупбекова Салтанат Абилхановна	6
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Киселевич Михаил Федорович Киселевич Марианна Михайловна Киселевич Виктор Михайлович Минаева Екатерина Сергеевна	12
1.2. Внутренние болезни	19
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ) Усова Любовь Викторовна Скрипченко Ольга Викторовна	19
1.3. Кардиология	24
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ Алёхина Ольга Дмитриевна Чеснокова Ирина Владимировна Павлидина Елена Дмитриевна	24
ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ПРЕСТАНС У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ Чеснокова Ирина Владимировна Алехина Ольга Дмитриевна	31

1.4. Стоматология	37
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГЛУХОТОЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ Соколова Ирина Ивановна Проколова Мария Вячеславовна	37
Секция 2. Профилактическая медицина	46
2.1. Общественное здоровье и здравоохранение	46
ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СРЕДНИМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ Алленов Андрей Михайлович Медведская Диляра Рашидовна	46
СОСТОЯНИЕ И ПУТИ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА В 2002—2013 ГГ. Евстропов Андрей Владимирович Кузнецова Людмила Юрьевна	53
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД: РОЛЬ СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Пархоменко Анна Александровна	66
ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ВЫБОР ПАЦИЕНТКОЙ С УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ УСЛОВИЙ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Устинова Елена Юрьевна Рыжих Ольга Валерьевна Разинкова Ольга Николаевна	73
ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Шульгина Светлана Викторовна	79

Секция 3. Медикобиологические науки	84
3.1. Токсикология	84
СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОВ В ПРАКТИКЕ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	84
Хафизов Назир Хасанович Возовой Михаил Владимирович Загидуллин Шамиль Зарифович	
3.2. Судебная медицина	90
ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ	90
Шабдарбаева Дария Муратовна Саякенов Нурлан Болатжанович Алимбекова Бахыт Руслановна Лепесбаев Мурат Науризбаевич	
3.3. Фармакология, клиническая фармакология	103
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СУММЫ ФУРАНОХИНОЛИНОВЫХ АЛКАЛОИДОВ ИЗ <i>PARLORHYLLUM PERFORATUM</i>	103
Мирзаев Юрий Рахманович Турсунова Наталья Владимировна Расулова Холида Абдулхаевна Саноев Зафар Исомиддинович	
3.4. Клиническая лабораторная диагностика	111
ВИДОВОЙ СПЕКТР И АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНЪЕКЦИОННЫМИ АБСЦЕССАМИ	111
Серегина Наталья Владимировна Монаенкова Елизавета Ивановна Седельникова Мария Андреевна	

СЕКЦИЯ 1.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

1.1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ

Бапаева Гаури Биллахановна

д-р мед. наук, доцент,

АО «Национальный научный центр материнства и детства»,

Республика Казахстан, г. Астана

E-mail: gauri.bapayeva@gmail.com

Жумадилова Акмарал Рахматуллаевна

PhD докторант,

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави,

Республика Казахстан, г. Шымкент

E-mail: akmaral-ar@mail.ru

Жусупбекова Салтанат Абилхановна

врач-резидент

АО «Национальный научный центр материнства и детства»,

Республика Казахстан, г. Астана

E-mail: j.salta@mail.ru

FEATURES OF REPRODUCTIVE SYSTEM ENGAGEMENT OF IMMATURE GIRLS LIVING IN ZONE OF PESTICIDES INFLUENCE

Gauri Bapayeva

*doctor of Medical Sciences, Associate professor, AO "National Research Center for Maternal and Child Health",
Republic of Kazakhstan, Astana*

Akmaral Zhumadilova

*PhD doctoral student, H.A. Yassawel National Kazakh-Turkish University,
Republic of Kazakhstan, Shymkent*

Saltanat Zhusupbekova

*medical resident,
AO "National Research Center for Maternal and Child Health",
Republic of Kazakhstan, Astana*

АННОТАЦИЯ

Результаты обследования 253 девочек, жительниц хлопкосеющего региона, показали, что они отстают в физическом и половом развитии от своих сверстниц, у них повышена частота гинекологической и экстрагенитальной заболеваемости. Все эти факторы оказывают негативное влияние на процессы становления репродуктивной системы, что диктует необходимость выделения данного контингента девочек в группу риска и проведения у них оздоровительных мероприятий.

ABSTRACT

The survey results of 253 girls, residents of the cotton-growing region, showed that they lag behind in physical and reproductive development from their peers; they have an increased frequency of gynecological and extragenital diseases. All these factors have a negative impact on the formation process of the reproductive system that dictates the need to range girls in a risk group and perform health precautions.

Ключевые слова: репродуктивная система; девочки-подростки; период полового созревания; пестициды.

Keywords: reproductive system; immature girls; puberty; pesticides.

Подростковый период является важным в жизни любой женщины, так как к концу этого периода завершается процесс полового созревания и формирования репродуктивной системы [2; 3]. Особенностью данного

периода является повышенная чувствительность организма к неблагоприятным факторам окружающей среды. В связи с этим, одним из основных направлений Государственной Программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011—2015 гг. определено оздоровление детей и подростков [4].

Республика Казахстан является регионом с неблагоприятной экологической ситуацией, где одним из патогенных факторов являются ксенобиотики, в том числе пестициды, оказывающие неблагоприятный эффект на здоровье населения. За последние десятилетия в рамках развития сельскохозяйственной промышленности на юге республики сформировался хлопково – текстильный кластер. Известно, что повреждающие факторы хлопкового производства, в том числе пестициды, оказывают негативное воздействие на различные органы и системы организма женщины [6]. Несмотря на проводимые многочисленные научные исследования, до сих пор остаются неизвестными все истинные масштабы проблемы влияния вредных факторов хлопкового производства не только на организм матери, но и на подрастающее поколение.

Цель исследования — изучить особенности становления репродуктивной системы у девочек - подростков, проживающих в хлопкосоющем регионе.

Проведено обследование 524 девочек-подростков, из них 253 девочки (основная группа) проживали в хлопкосоющем регионе, где при выращивании хлопка широко использовались хлорорганические пестициды, и 271 девочка (контрольная группа) не являлись жительницами данного региона. Все обследуемые девочки проживали в сельских районах, т. е. были сопоставимы по социально-бытовым и климатогеографическим факторам.

Проведена оценка физического развития девочек путем измерения основных антропометрических показателей, оценка развития вторичных половых признаков, становления и характера менструального цикла, ультразвуковое исследование матки и яичников, анализ гинекологической заболеваемости и соматической патологии. На каждую девочку заполнялась карта обследования.

Результаты антропометрического исследования показали, что имеются различия в массе тела у девочек сравниваемых групп и неравномерное нарастание данного параметра в периоде полового созревания. Так, в основной группе максимальный прирост массы тела составил $6,0 \pm 0,4$ кг в год в возрасте 13 лет, в то время как в контрольной группе аналогичный прирост зафиксирован на год раньше и составил соответственно — $5,3 \pm 0,3$ кг в год. Второй существенный

прирост массы тела у девочек основной группы имел место в возрасте 17 лет ($4,5 \pm 0,3$ кг в год), в то время как у их сверстниц изменение массы тела происходило более плавно. Установлен относительный дефицит массы тела, а, следовательно, и подкожно-жировой клетчатки, которая является первоначальным периферическим источником эстрогенов, у девочек, жительниц хлопкосеющих районов, что нашло отражение в возрасте наступления менархе. Так, средний возраст менархе в контрольной группе составил $11,9 \pm 0,3$ лет, в то время как в основной — $12,8 \pm 0,2$ лет. Средняя масса тела в возрасте менархе составила — $46,3 \pm 0,6$ кг и $45,6 \pm 0,7$ кг соответственно.

Аналогичная тенденция наблюдается и при анализе длины тела в сравниваемых группах. Отмечены достоверно низкие показатели данного параметра в основной группе по сравнению с контрольной на протяжении пубертатного периода ($p < 0,05$). Максимальный прирост длины тела у девочек основной группы приходится на 12—13 лет ($8 \pm 0,6$ см в год), в то время в контрольной группы аналогичное изменение данного параметра приходится на год раньше ($9,9 \pm 0,7$ см в год). Установлено, что с 16 лет у девочек контрольной группы не отмечается сколько нибудь значимого увеличения длины тела, в то время как в основной группе рост тела в длину продолжается.

Измерение длины ног в обеих группах показало, что данный параметр был достоверно выше в основной группе на протяжении периода полового созревания. Сопоставление полученных данных с определением соотношения длины тела сидя к длине тела стоя свидетельствует о том, что рост длины тела у девочек, проживающих в хлопкосеющем регионе, происходил преимущественно за счет роста нижних конечностей.

Показатели окружности грудной клетки у девочек основной группы оказались достоверно ниже в возрасте 12 лет ($p < 0,001$) и 14—17 лет ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. Максимальный прирост окружности грудной клетки наблюдался в обеих группах в возрасте 14 лет. Измерение наружных размеров таза показало, что у девочек-подростков, проживающих в зоне воздействия пестицидов, к концу пубертатного периода отмечается тенденция к формированию плоского таза, что может быть проявлением недостаточной функции яичников у данного контингента девочек.

Оценка развития вторичных половых признаков показала, что последовательность развития вторичных половых признаков в сравниваемых группах была сохранена. Степень развития молочных желез начиная с 14 лет была более выражена в контрольной группе, и к 17 годам она достигла $3,40 \pm 0,07$ баллов (по методике Тумилович Л.Г., 1976) против $2,88 \pm 0,08$ баллов у девочек основной группы.

Степень развития лобкового оволосения была менее выражена в основной группе в возрасте 12—15 лет, начиная с 16 лет данные различия не были выраженными ($p > 0,05$). Степень развития подмышечного оволосения в контрольной группе была достоверно выше по сравнению с основной группой на протяжении всего пубертатного периода ($p < 0,05$).

Оценка менструальной функции показала отсутствие достоверных различий в возрасте 10—11 лет, с 12 лет отмечается отставание данного признака в основной группе ($0,35 \pm 0,08$ баллов) по сравнению с контрольной ($3,07 \pm 0,21$ баллов), данная тенденция прослеживается до конца периода полового созревания. При сравнении среднего возраста менархе с предыдущими нашими исследованиями [1] установлено, что возраст менархе в обследуемом регионе снизился с $13,7 \pm 0,1$ лет до $11,9 \pm 0,3$ лет, что согласуется с данными других исследователей, отметивших изменение среднего возраста менархе во всем мире за последнее столетие [5].

Общий балл полового развития к 17 годам составил в основной группе $8,92$ балла $\pm 0,4$ балла, в то время как в контрольной — $10,33 \pm 0,3$ балла, что свидетельствует о том, что к этому возрасту не завершается процесс полового созрания у девочек, проживающих в зоне воздействия пестицидов.

Результаты исследования эхографических параметров внутренних половых органов в периоде полового созревания показали, что интенсивный рост матки и яичников в длину и ширину в обследуемых группах происходил в основном до 16 лет. В то же время, размеры этих органов к 17 годам отличались у девочек основной группы по сравнению с контрольной. Так, объем яичников в основной группе составил $7,98 \pm 0,33$ см³, в то время как в контрольной — $9,07 \pm 0,37$ см³ ($p < 0,05$), ширина матки — $4,0 \pm 0,1$ см и $4,3 \pm 0,1$ см, длина шейки матки $2,4 \pm 0,1$ см и $2,7 \pm 0,1$ см соответственно.

Частота гинекологической заболеваемости у девочек основной группы составила $14,6\%$, а в контрольной — $11,1\%$. В структуре заболеваемости на первом месте в обеих группах занимают нарушения менструальной функции, на втором месте — воспалительные заболевания, на третьем месте — предменструальный синдром. В то же время, в основной группе среди нарушений менструального цикла преобладал гипоменструальный синдром ($33,3\%$), в то время как в контрольной — ювенильные маточные кровотечения ($56,3\%$). Аменорея встречалась в основной группе в $2,7$ раза чаще, чем в контрольной. Преобладание аменореи и гипоменструального синдрома у девочек, жительниц хлопкосеющих районов, по сравнению с их сверстницами из контрольной группы говорит о тяжести нейроэндокринных процессов, происходящих в центральной нервной системе.

Среди воспалительных заболеваний наибольший удельный вес составили вульвовагиниты (82,3 % — в основной группе и 90,9 % — в контрольной группе). У девочек с данной патологией в анамнезе были характерны заболевания мочевыводящих путей (33,3 %), болезни ЖКТ (25,0 %), анемия (20,8 %), перенесенные вирусные инфекции (54,2 %). Обследованные девочки предъявляли жалобы на наличие гнойных (12,5 %) и творожистых (45,8 %) выделений, зуд во влагалище (16,7 %). Результаты бактериоскопического исследования мазка показали у них наличие грибов рода *Candida* (58,3 %), гарднерелл (8,3 %), кокков (33,3 %). У 16,7 % девочек, живших половой жизнью, выявлены трихомонады. После обследования всем девочкам назначена этиопатогенетическая терапия.

Изучение соматического анамнеза показало, что показатель заболеваемости в основной группе был 1936,0, в то время как в контрольной — 1527,0. Установлено, что подавляющее большинство девочек обеих групп перенесли различные детские инфекции. Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто в основной группе встречались заболевания дыхательных путей (пневмония, хронический тонзиллит, бронхит) — 52,0 % и желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты, гепатиты, энтероколиты) — 43,2 %. Заболевания мочевыводящей системы (циститы, пиелонефриты) имели место в 6,7 % случаев и нервной системы — в 2,8 % случаев. Девочки-подростки контрольной группы имели в анамнезе заболевания желудочно-кишечного тракта в 31,7 % случаев, заболевания дыхательных путей — в 29,2 % случаев, мочевыводящей системы — в 5,9 % случаев и нервной системы — в 2,9 % случаев.

Таким образом, результаты обследования показали, что для девочек, проживающих в хлопкосеющих районах, характерно отставание в физическом и половом развитии, повышенная частота гинекологической заболеваемости и соматической патологии, что, несомненно, отражается на процессах становления репродуктивной системы и способствует снижению репродуктивного потенциала. Это диктует необходимость выделения данного контингента девочек в группу риска и проведение у них оздоровительных мероприятий.

Список литературы:

1. Бапаева Г.Б. Влияние неблагоприятных факторов фосфорного производства на физическое и половое развитие девочек-подростков: Автореф... дис. канд.мед.наук: 14.00.01. Алматы, 2001. — 25 с.
2. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей МИА, 2009 — 696 с.

3. Кульбаева К.Ж. Оздоровление девочек-подростков — условие безопасного материнства // Eurasian Journal of Public Health. — 2012. — № 1. — с. 39—41.
4. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года «Об утверждении Государственной Программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011—2015 гг.»// Әділет. [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113> (дата обращения: 12.01.2015).
5. Biro FM, Greenspan LC, Galvez MP. Puberty in girls of the 21st century // J Pediatr Adolesc Gynecol. 2012 Oct; 25(5): 289—94.
6. Garry VF, Harkins M, Lyubimov A, Erickson L, Long L. Reproductive outcomes in the women of the Red River Valley of the north. I. The spouses of pesticide applicators: pregnancy loss, age at menarche, and exposures to pesticides // J Toxicol Environ Health A. 2002; 65: 769-86.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Киселевич Михаил Федорович

*доцент, канд. мед. наук, Белгородский национальный
исследовательский университет (НИУ «БелГУ»),
РФ, г. Белгород
E-mail: kiselevich@bsu.edu.ru*

Киселевич Марианна Михайловна

*канд. мед. наук, старший преподаватель, Белгородский национальный
исследовательский университет (НИУ «БелГУ»),
РФ, г. Белгород*

Киселевич Виктор Михайлович

*врач-терапевт,
Муниципальная городская клиническая больница (МГКБ) № 1,
РФ, г. Белгород*

Минаева Екатерина Сергеевна

*студент, Белгородский национальный исследовательский
университет (НИУ «БелГУ»),
РФ, г. Белгород*

FEATURES OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Kiselevich Mikhail

*associate Professor, Ph.d. honey, Belgorod National Research University,
Russia, Belgorod*

Kiselevich Marianna

*cand. Med. Sciences, senior lecturer,
Belgorod National Research University,
Russia, Belgorod*

Kiselevich Victor

*therapist City Hospital № 1,
Russia, Belgorod*

Minaeva Ekaterina

*student Belgorod National Research University,
Russia, Belgorod*

АННОТАЦИЯ

Проведен анализ течения беременности и родов у 322 (2,0 %) женщин с гестационным сахарным диабетом. Среди исследуемых преобладали повторнородящие в возрасте 26—30 лет жительницы городской местности. Течение беременности и родов характеризовалось высоким процентом осложнений (79,5 % и 72,4 % соответственно). В 65,2 % случаях роды закончились операцией кесарево сечение и только у 34,8 % — через естественные родовые пути. Послеродовой период у 12 (3,7 %) осложнился эндометритом и субинволюцией матки.

ABSTRACT

Analysis of pregnancy and childbirth have 322 (2,0 %) and women with gestational diabetes mellitus. Among the studied dominated multiparous at the age of 26—30 years, women in urban areas. Pregnancy and childbirth was characterized by a high rate of complications (79,5 % and 72,4 %, respectively). At 65,2 % of births were by Cesarean section and only 34,8 percent vaginal birth. Postpartum period 12 (3,7 %) and complicated endometritis and subinvolution of the uterus.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет; беременность; осложнения.

Keywords: gestational diabetes; pregnancy; complications.

Введение. Гестационный сахарный диабет (ГСД) занимает ведущее место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности и является одной из наиболее сложных проблем современного акушерства [3, с. 19; 6, с. 3; 9, с. 64]. Несмотря на достижения акушерской диabetологии, общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не снижается ниже 80 %. Течение беременности при ГСД осложняется развитием гестоза в 25 %—65 % случаев, а тяжелые его формы отмечаются в 2,9—3,7 % наблюдений [1, с. 49; 5, с. 65]. Дистония плечиков при ГСД достигает 6,3 %, перелом ключицы у новорожденного – 19%, паралич Эрба — 7,8 %, тяжелая асфиксия — 5,3 % [2, с. 36; 4, с. 155]. Показатели смертности плодов и новорожденных с массой тела 4000 г. и более в 1,5—3 раза выше, чем при рождении детей с нормальными весовыми параметрами [6, с. 5; 14, Р. 128].

Частота распространенности ГСД в различных странах мира составляет 1,5—13 % от общего числа беременностей и, в значительной степени, зависит от изучаемой популяции и используемых критериев диагностики. В России ГСД составляет 2—4 % по отношению ко всем беременностям. Он встречается в 10 раз чаще, чем диабет, имевший место до беременности, но диагноз выставляют лишь у каждой третьей из заболевших. Это приводит к осложненному течению беременности, родов, высокой перинатальной заболеваемости и смертности у потомства (в 1,5—2 раза выше, чем в популяции), неблагоприятным отдаленным последствиям у матери [7, с. 118; 8, с. 74; 11, с. 603]. Прослеживается очевидная связь этой патологии с беременностью и родами. Так, нерожавшая женщина имеет шанс заболеть СД в 6 раз более низкий, чем та, у которой было 6 беременностей. Если же во время беременности имелись признаки нарушения углеводного обмена (гестационный сахарный диабет), то вероятность развития явной клинической формы заболевания через 10—15 лет составляет 60 % [5, с. 64; 13, Р. 127].

Факторами риска развития ГСД являются: избыточный вес (ИМТ более 25 кг/м²), отягощенная наследственность в отношении СД 2 типа, наличие ГСД при предыдущих беременностях, рождение в прошлом ребенка с весом более 4000 г, мертворождение, невынашивание в анамнезе, глюкозурия, многоводие, патологическая прибавка веса при данной беременности, гликемия натощак более

5,5 ммоль/л во время беременности, возраст беременной женщины старше 30 лет [1, с. 49; 10, с. 5].

У большинства беременных заболевание протекает с невыраженной гипергликемией и отсутствием явных клинических симптомов, одной из особенностей ГСД являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость [6, с. 6; 12, Р. 1107]. В ряде случаев диагноз ГСД устанавливается ретроспективно после родов по фенотипическим признакам диабетической фетопатии (ДФ) у новорожденного или вообще пропускается. Именно поэтому во многих странах (особенно с высокой частотой СД 2 типа в популяции) проводится активный сплошной скрининг на выявление этого серьезного осложнения беременности [13, Р. 127].

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Произведен анализ историй родов у женщин с гестационным сахарным диабетом за 2010—2012 гг. в Перинатальном центре Белгородской областной клинической больницы святителя Иоасафа. Материал был подвергнут статистической обработке.

Результаты исследования и обсуждение. За 3 года в Перинатальном центре было проведено 16 181 родов, из них — с гестационным сахарным диабетом было 322 случая, что составляет 2,0 %. По годам отмечался рост числа родов (с 5100 до 5897), а также рост родов у женщин с гестационным сахарным диабетом (с 102 до 129 случаев).

Из обследованных преобладали жительницы городской местности — 220 (68,3 %) женщин, а из сельской местности — 102 (31,7 %).

По возрасту, женщины распределились следующим образом: до 20 лет 6 (1,8 %), от 21—25 лет — 67 (20,8 %), от 26—30 лет — 109 (33,9 %), от 31—35 лет — 98 (30,4 %), от 36—40 — 73 (22,7 %) и свыше 40 лет — 15 (4,7 %) женщин.

По социальному положению служащих было 160 (49,6 %), рабочих — 41 (12,7 %) и домохозяйек — 121 (37,6 %) женщин. Состояли в браке — 210 (65,2 %) и одинокие 112 (34,8 %) женщины.

Первородящих было 142 (44,1 %) и повторнородящих 180 (55,9 %) женщин. У 17 (5,3 %) беременность наступила после ЭКО. Первичная явка беременных на диспансерный учет в женскую консультацию до 12 недель составила 68 %, а поздняя — 32 %. Заблаговременная дородовая госпитализация была у 243 (75,4 %) беременных женщин.

Из анамнеза у 95 (29,5 %) женщин имелись искусственные аборт, у 39 (12,1 %) — самопроизвольные аборт, у 42 (13,0 %) был обнаружен кольпит, у 50 (15,5 %) — хламидиоз, у 25 (7,8 %) — миома матки, у 43 (13,4 %) — хроническая внутриутробная инфекция (ВУИ), у 57 (17,7 %) — инфекции передаваемые половым путем (ИППП). Кроме того, большинство беременных (201 — 62,4 %) страдали различными экстрагенитальными заболеваниями. Так, у 93 (28,9 %) женщин — ожирение, у 38 (11,8 %) — хронический пиелонефрит, у 34 (10,6 %) — миопия, у 21 (6,5 %) — варикозная болезнь, у 15 (4,7 %) — хронический холецистит.

Течение беременности было неблагоприятным и характеризовалось различными акушерскими перинатальными осложнениями. Наиболее часто встречалась хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП) у 81 (25,1 %), анемия беременных была зарегистрирована у 42(13,0%), отеки у 37 (11,5 %), ранний токсикоз у 16 (5,0 %), гестоз у 57 (17,7 %), многоводие у 36 (11,2 %), хронический пиелонефрит у 18 (5,6 %), угроза прерывания беременности у 9 (2,7 %). Таким образом, осложнения в период беременности наблюдались у 256 (79,5 %) женщин.

Срочные роды имели место у 302 (93,8 %) женщин, преждевременные — у 20 (6,2 %) женщин. Через естественные родовые пути родоразрешились 112 (34,8 %) женщин, а операцией кесарево сечение — 210 (65,2 %) женщин. Показаниями к оперативному родоразрешению явились: у 76 (23,6 %) — прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода, у 47 (14,6 %) — аномалии родовой деятельности, у 44 (13,7 %) — клинически узкий таз, у 23 (7,1 %) — рубец на матке, у 16 (5,0 %) — тазовое предлежание, у 4 (1,2 %) — неправильное положение плода

У большинства женщин роды осложнились различной акушерской патологией. Так, у 71 (22,0 %) отмечено несвоевременное излитие вод, у 50 (15,5 %) — хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП), у 40 (12,4 %) — аномалиями родовых сил, у 18 (5,6 %) — разрыв шейки матки, у 31 (9,6 %) — эпизиотомия, у 14 (4,3 %) — перинеотомия, у 9 (2,8 %) — ручная ревизия матки. Таким образом, осложнения в родах наблюдались у 233 (72,4 %) женщин.

Всего родилось 333 детей, причем 11 (3,4 %) из двойни. Живыми родилось 328 детей и в 5 случаях мертворожденными (антенатальная смерть).

По полу мальчиков родилось 199 (59,8 %) и девочек 134 (40,2 %). Масса детей при рождении до 2000 г составила — 14 (4,2 %), от 2001—2500 г — 20 (6,0 %), от 2501—3000 г — 33 (9,9 %),

от 3001—3500 г — 54 (16,2 %), от 3501—4000 г — 105 (15,3 %), от 4001—5000 г — 90 (27,0 %) и свыше 5000 г — 6 (1,8 %). Таким образом, количество мальчиков преобладало над количеством девочек (59,8 % и 40,2 % соответственно) и в 60,4 % случаев они родилось с большой массой тела.

Оценку по шкале Апгар на первой минуте при рождении 0 баллов имели 5 (1,5 %) детей, от 3—4 баллов — 9 (2,7 %), от 5—6 баллов — 22 (6,6 %), от 7—8 баллов — 197 (59,1 %) детей. Всем новорожденным, родившимся в асфиксии, были проведены реанимационные мероприятия.

Послеродовой период у большинства родильниц и новорожденных протекал удовлетворительно и только у 12 (3,6 %) осложнился эндометритом и субинволюцией матки.

Таким образом, течение беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом характеризовалось высоким процентом осложнений (79,5 % и 72,4 % соответственно). Частота беременных с гестационным сахарным диабетом в Белгородском перинатальном центре составляет 2,0 % случаев. Основным методом родоразрешения было кесарево сечение у 65,2 % и только у 34,8 % роды проведены через естественные родовые пути. В родах преобладали новорожденные родившиеся с большой массой тела (60,4 %).

Список литературы:

1. Бурмукулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет: факторы риска, контроль гликемии и профилактика диабетической фетопатии / Ф.Ф. Бурмукулова, В.А. Петрухин, Н.А. Куликов, Ю.Б. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — Т. 7. — № 3. — С. 47—51.
2. Бурмукулова Ф.Ф. Особенности течения беременности и родоразрешения при гестационном сахарном диабете / Ф.Ф. Бурмукулова, Т.С. Коваленко, В.А. Петрухин, М.В. Троицкая, Ю.Б. Котов // Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и дитя». 2010. — С. 36.
3. Горгидзе А.О. Эффективность гипербарической оксигенации в комплексе лечения гестационного сахарного диабета: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2012. — 19 с.
4. Журнал акушерства и женских болезней. — 2010. — Т. LIX. — № 5. — С. 155.
5. Зефирова Т.П. «Гестационный сахарный диабет» / Т.П. Зефирова/. Практическая медицина. — 2008. — № 27. — С. 64—65.
6. Краснопольский В.И., Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему/В.И. Краснопольский, В.А. Петрухин, Ф.Ф. Бурмукулова // Акушерство и гинекология. — 2010. — № 2. — С. 3—7.

7. Петрухин В.А. Профилактика перинатальных осложнений при сахарном диабете/В.А. Петрухин, Т.В. Павлова, Ф.Ф. Бурумкулова, Е.С. Малютина // Проблемы репродукции (специальный выпуск). 2008. — С. 118.
8. Петрухин В.А. Экстракорпоральное оплодотворение и гестационный сахарный диабет: новая проблема/В.А. Петрухин, М.В. Капустина, Ф.Ф. Бурумкулова, Л.У. Долгиева, С.Ю. Лукашенко //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2011. — Т.П. — № 1. — С. 73—76.
9. Рогозин А.К. «Проблемы женского здоровья»/ А.К. Рогозин. — 2009. — Т. 4. — № 4. — С. 64—76.
10. Тимохина Е.С. /Е.С. Тимохина, Т.В. Саприна, Ю.А. Кабирова, И.Н. Ворожцова / «Мать и дитя в Кузбассе». — 2011. — № 3. — С. 3—9.
11. Троицкая М.В. Особенности течения раннего неонатального периода у новорожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом/ М.В. Троицкая, Ф.Ф. Бурумкулова, Н.Ф. Башакин, И.И. Бочаров // Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и дитя». 2010. — С. 603—604.
12. Dreval A., Komerdu I., Nechaeva O., Britvin T., Petrukhin V., Burumkulova F., Gasparyan S., Murzina A., Shestakova T., Chikh I. The Primary Hyperparathyroidism Accidentally Revealed in Pregnant Woman // ENDO 2010 Abstract Endocrine Reviews. — 2010. — Suppl. 1. — 311 [3]. — P. 1107.
13. Burumkulova F., Kapustina M., Petrukhin V., Dolgieva L. Gestational diabetes and mellitus after extracorporal fertilization //5th international simposium on Diabetes and Pregnancy. Italy. 2009. — P. 127.
14. Petrukhin V., Mravvan S., Burumkulova F. 24-h Holter monitoring in pregnant women with diabetes mellitus //5th international simposium on Diabetes and Pregnancy. 2009. — P. 128.

1.2. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ)

Усова Любовь Викторовна

*канд. соц. наук, Кубанский государственный университет,
РФ, г. Краснодар
E-mail: lyubov_soc@mail.ru*

Скрипченко Ольга Викторовна

*врач-терапевт, больница скорой медицинской помощи,
РФ, г. Краснодар
E-mail: scrip-med@yandex.ru*

TREATMENT PRINCIPLES OF BRONCHOPULMONARY DISEASES (BY THE EXAMPLE OF COMMUNITY- ACQUIRED PNEUMONIA)

Lyubov Usova

*candidate of Sociological Sciences, Kuban State University,
Russia, Krasnodar*

Olga Scripchenko

*primary care doctor, Emergency Hospital,
Russia, Krasnodar*

АННОТАЦИЯ

В статье рассматривается одно из самых распространённых бронхолегочных заболеваний как пневмония. Представлены причины и распространённость, лечение внебольничной пневмонии.

ABSTRACT

The article deals with one of the most widespread bronchopulmonary diseases as pneumonia. Reasons and incidence, community-acquired pneumonia treatment are presented.

Ключевые слова: бронхолегочные заболевания; пневмония; внебольничная пневмония; инфекция; антибактериальная терапия.

Keywords: bronchopulmonary diseases; pneumonia; pneumonia; infection; antibacterial therapy.

На протяжении длительного времени по данным официальной статистики, происходит неуклонное увеличение заболеваемости населения органов дыхания [1]. Ведущее место занимает патология дыхательной системы, включающая острые и хронические воспалительные процессы. Пневмония является одной из самых распространенных патологией в структуре бронхолегочных заболеваний. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), пневмония является причиной смерти 15 % смертности детей в возрасте до 5 лет [2]. В общей структуре летальных исходов в России пневмония занимает 4-е место после сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, травм и отравлений. Летальность от пневмоний возросла от 1 до 9 %, а при тяжелых осложненных пневмониях в отделениях реанимации летальность достигает 40—50 %.

Особенность пневмонии в том, что она различна по этиологии и патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных заболеваний, имеющей очаговые поражения респираторах отделов легких с непрямым наличием внутриальвеолярной экссудации.

Современная классификация учитывает условия возникновения заболевания, особенности инфицирования легочной ткани, а также иммунологической реактивности организма пациента. В соответствии с этой классификации выделяются следующие виды пневмоний: внебольничная (ВП) (первичная), нозокомиальная (госпитальная), аспирационная, пневмония у лиц с тяжелыми нарушениями иммунитета.

Например, анализируя работу терапевтического отделения № 1 Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи, отметим высокие показатели поступивших в отделение с Ds: внебольничная пневмония.

Внебольничная пневмония по этиологии напрямую характеризуется нормальной микрофлорой. Лишь немногие микроорганизмы имеют повышенную вирулентность, которые способны вызывать воспалительную реакцию при попадании в нижние отделы верхних дыхательных путей. Таким типичным возбудителем внебольничной пневмонии является *S.pneumoniae* (30—50 % от всех случаев); *Chlamydomphila pneumonia*, *Mycoplasma pneumonia*, *Legionella pneumophila* — 8—30 %; *Haemophilus influenza*, *Staphylococcus aureus*,

Klebsiella pneumoniae — 3—5 %, в очень редких случаях ВП может вызывать *Pseudomonas aeruginosa* [3, с. 14].

Необходимо отметить, что зачастую у взрослых пациентов, которые переносят ВП, инфекция является смешанной или имеет место коинфекция, среди других возбудителей ВП — респираторные вирусы (вирус гриппа А, В, парагрипп, респираторный синциальный вирус, аденовирус), также ВП может быть связана с новыми ранее не известными возбудителями (ТОРС-ассоциированный коронавирус, вирус птичьего гриппа, метапневмовирус), вызывающими вспышки заболевания.

ВП по своей этиологической структуре может дифференцироваться по возрасту и тяжести пациента, а также отягощающей сопутствующей патологии.

Основными клинико-рентгенологическими признаками ВП является острая лихорадка, боль в грудной клетке, кашель, одышка и т. п., которые иногда отсутствуют у ослабленных и пожилых пациентов. Клиническая симптоматика у пациентов старше 65 лет представлена слабостью, тошнотой, анорексией, болями в животе, нарушением сознания.

Поздняя диагностика и задержка с началом антибактериальной терапии (АБТ) обуславливает худшие прогнозы заболевания. Плевральный выпот осложняет течение ВП и не имеет особого значения в предсказании этиологии заболевания. Образование полостей деструкции легких свидетельствуют в пользу стафилококковой инфекции, аэробных грамотрицательных бактерий и анаэробов.

Наиболее важным диагностическим исследованием является рентгенография органов грудной клетки, однако следует иметь в виду, что рентгенография органов грудной клетки не обладает абсолютной чувствительностью в визуализации очагово-инфильтративных изменений в легких. В этой связи назначение компьютерной томографии является вполне обоснованным и целесообразным.

Особое значение в лечении и диагностике при ВП является исследование материала — мокроты, получаемой при откашливании. Сбор анализа следует осуществлять до начала АБТ, однако, несмотря на важность получения лабораторного материала, микробиологическое исследование не должно служить причиной задержки АБТ.

При наличии плеврального выпота проводится исследование плевральной жидкости. Фибробронхоскопия — при подозрении на туберкулез легких, злокачественного новообразования, аспирированного инородного тела бронхов. Также обязательным исследованием

является данные клинического и биохимического анализов крови, исследование сывороточного уровня СРБ и прокальцитонина.

Необходимо отметить, что никакие диагностические исследования не должны быть причиной задержки с началом АБТ.

К основным современным классам антимикробных препаратов для лечения ВП относят:

1. β-лактанные антибиотики (амоксцилин/клавуланат, цефалоспорины 2—4 поколений). Основные недостатки — отсутствие активности в отношении атипичных микроорганизмов.

2. Макролиды (эритромицин, кларитромицин, азитромицин и др.). Данные препараты являются основными при терапии ВП вызванной атипичными микроорганизмами.

3. Фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин). Эти препараты действуют на всех наиболее вероятных возбудителей ВП.

Эффективным препаратом при ВП является группа оксазолидинов, которая обладает высокой степенью активности в отношении полирезистентных грамположительных микроорганизмов. Среди карбапенемов препаратом выбора при ВП является эртапенем.

В большинстве случаев взрослые пациенты с ВП могут лечиться на дому. При госпитализации в стационар учитывают возраст (старше 60 лет), наличие сопутствующих заболеваний (ХОБЛ), сахарный диабет, ХСН, алкоголизм, наркомания, ХПН; неэффективная стартовая АБТ; желание пациента. В тяжелых случаях следует госпитализация ОРТ.

Оценка эффективности терапии проводится через 48—72 часа. Основными критериями эффективности являются снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации, одышки и др. проявлений дыхательной недостаточности. Если у пациента сохраняются жалобы или симптоматика прогрессирует, то лечение следует признать неэффективным. В этом случае необходимо пересмотреть тактику АБТ.

Критерии достаточности АБТ: температура ниже 37,5, отсутствие интоксикации, отсутствие дыхательной недостаточности, отсутствие гнойной мокроты, количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9/\text{л}$, отсутствие отрицательной динамики на рентгенографии. Следует отметить, что даже если отмечаются отдельные признаки (клинические, лабораторные, рентгенологические) ВП, то это не является абсолютным показателем к продолжению АБТ — в большинстве случаев эти признаки блокируются самостоятельно.

В настоящее время для профилактики ВП применяется пневмококковая и гриппозная вакцины.

Таким образом, ВП — проблема здравоохранения, носящая массовый характер. В целях уменьшения количества заболевших внебольничной пневмонией необходимо проводить профилактические мероприятия по локализации инфекционно-воспалительных заболеваний.

Список литературы:

1. Заболеваемость и смертность населения по основным классам болезней // Территориальный орган государственной статистики по Краснодарскому краю / [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://krsdstat.gks.ru/> (дата обращения: 28.01.2015).
2. Пневмония // Информационный бюллетень ВОЗ № 331 ноябрь 2014 г. / [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/ru/> (дата обращения: 28.01.2015).
3. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С., Козлов Р.С., Рачина С.А., Яковлева С.Я. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. М., 2006. — 75 с.

1.3. КАРДИОЛОГИЯ

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Алёхина Ольга Дмитриевна

*доцент, канд. мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики
института дополнительного профессионального образования
Воронежской государственной медицинской академии
им. Н.Н. Бурденко,
РФ, г. Воронеж
E-mail: alekhina@vmail.ru*

Чеснокова Ирина Владимировна

*доцент, д-р мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики
института дополнительного профессионального образования
Воронежской государственной медицинской академии
им. Н.Н. Бурденко,
РФ, г. Воронеж
E-mail: ch_ir_vlad@mail.ru*

Павлидина Елена Дмитриевна

*врач БУЗ Воронежской области Городской клинической больницы
скорой медицинской помощи № 1,
РФ, г. Воронеж*

SOME ASPECTS OF TARGET ORGANS REMODELLING IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE AGAINST THE COMBINED ANTIHYPERTENSIVE THERAPY

Olga Alekhina

*candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Joint Practice Chair,
Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko,
Russia, Voronezh*

Irina Chesnokova

*candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Joint Practice Chair,
Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko,
Russia, Voronezh*

Elena Pavlidina

*doctor of State-Financed Health Service Institution City Clinical Hospital
of Emergency Medical Services № 1,
Russia, Voronezh*

АННОТАЦИЯ

С целью улучшения состояния органов мишеней при артериальной гипертензии изучены изменения их ремоделирования у 63 больных гипертонической болезнью на фоне двух вариантов трёхкомпонентной антигипертензивной терапии в течение 3 месяцев. Показан одинаковый гипотензивный эффект обеих вариантов терапии. Обнаружены преимущества терапевтической комбинации, включавшей лерканидипин: повышение клиренса креатинина, снижение индексированной массы миокарда левого желудочка, лодыжечно-плечевого индекса.

ABSTRACT

In order to improve the condition of target organs in arterial hypertension, changes of their remodeling are under study in 63 patients with hypertensive disease against two variants of three-component antihypertensive therapy during 3 months. The same hypotensive effect of both therapy variants is shown. Benefits of therapeutic combinations including lercanidipine are identified: increasing of creatinine clearance, reducing the indexed left ventricular mass, ankle-brachial index.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь; ремоделирование органов мишеней; комбинированная антигипертензивная терапия; целевое артериальное давление; лерканидипин.

Keywords: hypertensive disease; target organs remodeling; combined antihypertensive therapy; specific arterial tension; lercanidipine.

В настоящее время важной задачей в лечении гипертонической болезни является достижение целевого уровня артериального давления (АД) с одновременным улучшением состояния органов мишеней. Несмотря на то, что в арсенале врача имеется большой выбор эффективных лекарственных препаратов, АД часто остаётся неадекватным, что приводит к прогрессированию ремоделирования органов мишеней. Для улучшения ситуации используются двух-, трёх- и четырёхкомпонентные комбинации, однако выбор комбинации, позволяющей не только адекватно контролировать АД, но и обеспечивать блокаду или регресс ремоделирования сердца, почек и сосудов, остаётся не простой задачей.

Цель исследования — изучение возможности улучшения показателей АД и состояния ремоделированных органов мишеней у больных гипертонической болезнью с помощью комбинированной антигипертензивной терапии.

Методы исследования. В исследование вошли 63 пациента в возрасте от 45 до 65 лет, страдающие гипертонической болезнью 2 стадии. Критерием включения в исследование явилось отсутствие целевого уровня ($<140/90$ мм рт. ст.) клинического АД на фоне проводимой комбинированной антигипертензивной терапии ингибитором ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) или блокатором рецепторов 1-го типа ангиотензина II (БРА) в сочетании с тиазидным диуретиком в полных терапевтических дозах в течение более двух месяцев.

Критерии исключения составили отсутствие письменного информированного согласия пациента; симптоматические артериальные гипертензии (АГ); инфаркт миокарда в анамнезе; стабильная стенокардия напряжения 3—4 ФК; хроническая сердечная недостаточность 3—4 ФК по NYHA; нарушения ритма и проводимости сердца, нуждающиеся в динамическом наблюдении и медикаментозной коррекции; перенесенное в предшествующие 6 месяцев острое нарушение мозгового кровообращения; а также тяжёлые сопутствующие заболевания других органов и систем.

В результате рандомизации, проведенной методом конвертов, были сформированы две группы пациентов. В первой группе пациентов к проводившейся терапии добавлялся длительно действующий антагонист кальция 3-го поколения — лерканидипин в дозе 10 мг 1 раз в сутки. Пациентам 2 группы в лечение был добавлен высоко селективный β_1 -адреноблокатор — бисопролол в дозе 5 мг 1 раз в сутки.

Основные характеристики исследуемых пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Клиническая характеристика исследуемых пациентов

Параметры	1-я группа (n=32)	2-я группа (n=31)
Средний возраст, годы (M±m)	52,5 ± 5,4	51,6 ± 6,7
Длительность АГ, годы (M±m)	7,5±2,7	8,1±3,5
Мужчины, количество, n (%)	12 (37,5)	10 (32,26)
Женщины, количество, n (%)	20 (62,5)	21 (67,74)
ИМТ, кг / м ² (M±m)	26,44±3,34	27,05±2,95
САД, мм рт. ст. (M±m)	162±5,5	160±5,8
ДАД, мм рт. ст. (M±m)	105±4,5	102±3,7
ПАД, мм рт. ст. (M±m)	57±4,5	58±5,2
Табакокурение, n (%)	13 (40,6)	13 (41,9)
Семейный анамнез по АГ, n (%)	16 (50)	15 (48,4)
Наличие СД 2 типа, n (%)	5 (15,6)	4 (12,9)
Наличие ИБС, n (%)	3 (9,4)	4 (12,9)
ОНМК в анамнезе, n (%)	2 (6,2)	1 (3,2)
ХСН 1 ФК по NYHA, n (%)	7 (21,88)	6 (19,35)
ХСН 2 ФК по NYHA, n (%)	2 (6,2)	2 (6,4)
Клиренс креатинина, мл/мин	49,55± 7,75	46,14± 6,87
ЛПИ (M±m)	0,79±0,03	0,81±0,04
СДЛА, мм Hg (M±m)	17,67±0,32	17,25±0,55
ТЗСд, мм (M±m)	12,2±0,1	11,0±0,9
ИММ, г/м ² (M±m)	121,51±0,94	120,63±1,82
ФВ, % (M±m)	56,53±0,93	57,50±1,04
Е/А (M±m)	0,95±0,058	0,97±0,045
ФПН, % (M±m)	37,59±0,88	36,05±0,99

Примечание. Для всех показателей $p > 0,05$;

ДАД — диастолическое артериальное давление;

ИМТ — индекс массы тела;

САД — систолическое артериальное давление;

ПАД — пульсовое артериальное давление;

ИБС — ишемическая болезнь сердца;

ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения;

СД — сахарный диабет;

ХСН — хроническая сердечная недостаточность;

ЛПИ — лодыжечно-плечевой индекс;

СДЛА — среднее давление в лёгочной артерии;

ТЗС — толщина задней стенки левого желудочка в диастолу;

ИММ — индексированная масса миокарда левого желудочка;

ФВ — фракция выброса;

Е/А — отношение фазы пассивного наполнения левого желудочка к фазе систолы предсердия;

ФПН — фаза предсердного наполнения левого желудочка.

Пациентам обеих групп проводились стандартные физикальное и лабораторное обследование, включавшее определение показателей глюкозы, липидного спектра крови, билирубина, аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, креатинина, общего белка, мочевой кислоты. По формуле Кокрофта-Гаулта рассчитывался клиренс креатинина. Перечисленные биохимические показатели крови исследовались до начала терапии и через 3 месяца лечения. Морфофункциональные характеристики камер сердца изучались с помощью эхокардиографии. Оценка основных показателей АД включала измерение АД на каждом визите пациента: 1 раз в неделю в течение первого месяца, 2 раза в месяц в течение следующих 2 месяцев. Контроль АД проводился врачом-исследователем на каждом визите трижды в положении больного сидя после пятиминутного отдыха с помощью автоматического осциллометрического тонометра Omron HEM-7051-RU (OMRON Healthcare, Киото, Япония). Для адекватной оценки гипотензивного действия выбранной схемы комбинированной терапии измерение АД проводилось в одно и то же время, до приёма лекарственных препаратов в утренние часы. На тех же визитах определялся ЛПИ. Суточное мониторирование АД выполнялось до включения пациентов в исследование и через 3 месяца лечения.

Для статистической обработки данных использовали статистический пакет STANISTICA v.6. Проводился анализ достоверности различий изучавшихся показателей в исследуемых группах с помощью параметрического t-критерия и непараметрического количественного критерия Вилкоксона. Статистически значимыми считали различия при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Характеристики исследуемых пациентов, представленные в таблице 1, свидетельствуют об отсутствии существенных различий между сравниваемыми группами больных, в том числе одинаковыми оказались параметры, способные повлиять на эффективность проводимой терапии (табакокурение, наследственность по АГ, сопутствующие заболевания). По результатам лабораторных показателей между группами сравнения статистически достоверных различий также не было.

Обращает внимание факт наличия у пациентов поражения органов мишеней: сердца, почек, сосудов, — о чём свидетельствуют увеличение ИММ левого желудочка, снижение клиренса креатинина и ЛПИ. Выявленному ремоделированию органов мишеней, по-видимому, способствовали длительный анамнез гипертонической болезни и отсутствие адекватного контроля уровня АД.

Анализ показателей АД, проведенный через 4 недели лечения и проспективного наблюдения в течение последующих 2 месяцев, продемонстрировал одинаковую эффективность обоих вариантов комбинированной антигипертензивной терапии. Так, уже к концу 4-й недели целевые показатели АД были получены у 87,5 % и 87,1 % пациентов 1-й и 2-й групп соответственно. После увеличения доз препаратов у пациентов, не достигших целевых цифр АД, к концу 6-й недели целевые уровни АД были получены у всех больных и сохранялись на достигнутом уровне в течение всего периода наблюдения. Выявленные к концу 12-й недели изменения показателей ремоделирования органов мишеней представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Некоторые показатели ремоделирования органов мишеней через 3 месяца комбинированной антигипертензивной терапии

Параметры	1-я группа (n=32) M±m	2-я группа (n=31) M±m
Клиренс креатинина, мл/мин	62,75± 5,7 *	49,14± 4,9
ЛПИ	0,95±0,04*	0,86±0,03
СДЛА, мм Hg	9,75±0,32*	16,25±0,45
ТЗСд, мм	11,1±0,3	12,0±0,4
ИММ, г/м ²	115,57±2,55*	121,75±1,95
ФВ, %	59,75±1,55	59,50±2,54
Е/А	0,97±0,062	0,98±0,054
ФПН, %	35,59±2,45	34,05±2,85

*Примечание: Показатели, отмеченные символом * — достоверно отличаются от показателей 2-ой группы (p<0,05)*

Приведенные в таблице 2 данные показывают одинаковую направленность в динамике ремоделирования органов мишеней на фоне достижения целевых показателей АД у пациентов обеих групп. Однако на фоне комбинированной терапии, включавшей лерканидипин, наблюдались достоверно более выраженные изменения 4 показателей: ИММ, СДЛА, клиренса креатинина и ЛПИ, — которые уже через 3 месяца достигли нормальных величин. Объяснением выявленного факта могут служить результаты исследований [1; 2], показавшие, что лерканидипин расширяет почечные афферентные и эфферентные артериолы. Это приводит к увеличению гломерулярного кровотока и, следовательно, фильтрации, что является выгодным для пациентов с лёгкой и умеренной почечной недостаточностью. Результаты исследования ZAFRA [3] также продемонстрировали

нефропротективный эффект лерканидипина, заключавшийся в снижении протеинурии при назначении в комбинации с ИАПФ и БРА. Обнаруженное повышение ЛПИ объясняется непосредственным вазодилатирующим действием на периферические артерии антагонистов кальция третьего поколения, к которым относится лерканидипин. Положительное влияние лерканидипина на состояние периферических сосудов ранее отмечалось и в экспериментальных исследованиях [4].

Сравнительная оценка частоты побочных эффектов в сравниваемых группах не показала значимых различий между группами сравнения. Побочные эффекты были незначительно выраженными и не потребовали отмены препаратов.

Проведенное исследование позволило сделать следующие **выводы**:

1. Трёхкомпонентные схемы комбинированной антигипертензивной терапии (ИАПФ / БРА + диуретик + лерканидипин) и ИАПФ / БРА + диуретик + бисопролол) позволяют в равной степени эффективно контролировать показатели АД.

2. Добавление лерканидипина к комбинированной терапии (ИАПФ/БРА + диуретик) гипертонической болезни позволяет улучшить показатели клиренса креатинина, ЛПИ, СДЛА и ИММ.

3. Показаниями к использованию трёхкомпонентной комбинированной антигипертензивной терапии с включением лерканидипина могут быть повышенное СДЛА, сниженный клиренс креатинина и ЛПИ, нередко встречающиеся у пациентов с сочетанной патологией

Список литературы:

1. Effects of digidropyridini-type Ca₂ antagonists on the renal arterial tree in spontaneously hypertensive rats / Sabbatini M., Leonardi A., Testa R. [et al.] // J. Cardiovasc Pharmacol. — 2002. — Vol. 39. — P. 39—48.
2. Effect of calcium antagonists on glomerular arterioles in spontaneously hypertensive rats. / Sabbatini M., Leonardi A., Testa R. [et al.] // Hypertension. — 2000. — Vol. 35. — P. 775—779.
3. Lercanidipine in patients with chronic renal failure / Robles N.R., Ocon J., Gomez C.F. [et al.] // The ZAFRA Study. — Renal Failure. — 2005. — Vol. 1. — P. 73—80.
4. Regional vasodilating effect of lercanidipin in dogs/Sironi G., Colombo D., Greto L. [et al.] // ISCR XVI world congress. 1998. — P. 275—276.

ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ПРЕСТАНС У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Чеснокова Ирина Владимировна

*д-р мед. наук, доцент кафедры общей врачебной практики (семейной
медицины) Воронежской государственной медицинской академии,
РФ, г. Воронеж
E-mail: che_ir_vlad@mail.ru*

Алехина Ольга Дмитриевна

*канд. мед. наук, доцент кафедры
общей врачебной практики (семейной медицины)
Воронежской государственной медицинской академии,
РФ, г. Воронеж
E-mail: olgaalekhina2014@yandex.ru*

ASSESSMENT OF ANTIHYPERTENSIVE PRESTANCE MEDICATION EFFECTIVENESS IN WOMEN DURING POSTMENOPAUSE

Irina Chesnokova

*doctor of Medical Sciences, Associate Professor of Joint Practice
(Family Medicine) Chair, Voronezh State Medical Academy,
Russia, Voronezh*

Olga Alekhina

*candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Joint Practice
(Family Medicine) Chair, Voronezh State Medical Academy,
Russia, Voronezh*

АННОТАЦИЯ

Одним из наиболее актуальных способов повышения эффективности терапии артериальной гипертензии (АГ) в настоящее время считается использование фиксированных комбинаций (ФК) антигипертензивных препаратов. В статье представлены результаты исследования эффективности и безопасности ФК периндоприл / амлодипин и ее влияние на уровень артериального давления (АД)

и другие комплексные показатели по данным клинического наблюдения у больных с исходно неконтролируемой АГ на фоне постменопаузы. Терапия имела хороший профиль переносимости.

ABSTRACT

The use of fixed dose combinations (FC) of antihypertensive drugs is currently considered as one of the most important ways of therapy effectuation of arterial hypertension (AH). The article presents research results of fixed dose combinations effectiveness and safety — perindopril / amlodipine — and its influence on blood pressure (BP) and other complex indicators according to clinical observations in patients with uncontrolled arterial hypertension in the setting of postmenopause. Therapy had a good tolerability profile.

Ключевые слова: артериальная гипертония; медикаментозная терапия; фиксированная комбинация периндоприл / амлодипин; постменопауза.

Keywords: arterial hypertension; drug therapy; fixed dose combination- perindopril / amlodipine; postmenopause.

Проблема повышения эффективности фармакотерапии АГ до настоящего времени остается достаточно актуальной. Известно, что в РФ женщины чаще, чем мужчины, страдают АГ (42,9 % и 36,6 % соответственно) [3]. Частота АГ у женщин возрастает с наступлением менопаузы и растет по мере старения. Вместе с тем эффективно лечатся, т. е. контролируют АД на целевом уровне, только 28,9 % пациентов [3]. В большинстве случаев для контроля АД им требуется назначения комбинированной антигипертензивной терапии. Экспертами рекомендуется применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов, позволяющих повысить комплаентность [2; 4]. В 2012 г. опубликованы результаты отечественного исследования «Прорыв 2», в котором изучалась эффективность применения препарата престанс (периндоприл аргинат + амлодипин) у больных с плохо контролируемой АГ [1]. В связи с чем представляется интересным изучить возможности данного препарата в терапии АГ у женщин.

Цель исследования — оценить эффективность и безопасность препарата престанс в достижении целевого АД у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы. В открытом проспективном исследовании, проведенном на базе кардиологического отделения ГКБ № 10 г. Воронежа, приняли участие 36 пациенток в возрасте от 53 до 68 лет

с диагнозом гипертоническая болезнь (ГБ) со II—III степенью АГ. Критериями исключения из исследования явились: перенесенный в течение ближайшего года инфаркт миокарда; стабильная стенокардия напряжения III—IV ФК; нестабильная стенокардия; острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) давностью менее 6 месяцев; хроническая сердечная недостаточность III—IV ФК; декомпенсированный сахарный диабет (СД); онкологические заболевания; хроническая болезнь почек (ХБП) 4—5 стадии; непереносимость действующих веществ, входящих в состав препарата. В исходное обследование было включено: расчет индекса массы тела (ИМТ), ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ общей сонной артерии с определением ТИМ (толщины интимы меди). В сыворотке крови определяли уровень глюкозы, мочевой кислоты, креатинина, липидов крови. В моче иммуноферментным методом определяли микроальбуминурию (МАУ), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD автоматически с помощью калькулятора.

Дизайн исследования. После обследования всем пациентам назначался препарат престанс в дозе 5/5 мг с последовательным титрованием дозы. Через две недели пациенткам, не достигшим целевого АД, дозу периндоприла увеличивали до 10 мг; через месяц дозу амлодипина увеличивали до 10 мг. Лечение также включало в себя немедикаментозные мероприятия: обучения в «Школе здоровья для больных АГ», рекомендации по рациональному питанию, коррекции массы тела, расширению двигательной активности, отказу от курения и алкоголя. Критерии эффективности: достижение целевого уровня АД. Контроль за эффективностью терапии осуществлялся с учетом динамики клинических и лабораторных данных, а также инструментальных методов исследования. Целевым АД для всех пациенток считали 140/90 мм рт. ст., для пациенток с СД менее 130/85 мм рт. ст. Статистическая обработка данных проводилась методами непараметрической статистики, для численных параметров рассчитывали медиану, 25 и 75 перцентили. Различия считались достоверными при $p < 0.05$.

Результаты исследования. При первичном обследовании пациенток была выявлена значительная частота поражения органов мишеней (II стадия ГБ) и наличие ассоциированных клинических состояний (III стадия ГБ). Характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика больных

Показатель	Значения (n=36)
Возраст, лет	59 (56; 61)
Длительность ГБ, лет	7,5 (5; 2)
Длительность менопаузы, лет	8 (6; 12)
Наличие ИБС (абс.,%)	14 (38,9)
ОНМК/ ТИА в анамнезе (абс.,%)	8 (22,2)
Признаки ХСН I-II ФК	28 (77,8 %)
Сахарный диабет (абс.,%)	6 (16,7)
Гипертрофия ЛЖ (абс.,%)	23 (63,9)
Увеличение ТИМ (абс.,%)	32 (88,9)
Индекс массы тела (ИМТ), кг/м ²	30 (27;32)
САД, мм рт. ст.	152,5 (145; 161)
ДАД, мм рт. ст.	90 (85;92)
ЧСС, ударов/мин	74 (70; 78)
Глюкоза, моль/л	5,4 (4,9; 5,8)
Холестерин, моль/л	6,1 (5,6; 6,6)
Креатинин, моль/л	80 (74,9; 87,2)
МАУ, мг/л	12,5 (7,2; 20,5)
СКФ, мл/мин/1,73м ²	67,5 (59,2; 73,5)

Стабильную стенокардию напряжения имели 38,9 % пациентов. СД легкой и средней степени тяжести — 16,7 %. Перенесли ранее ОНМК или ТИА 22,2 % пациенток. Признаки ХСН I-II ФК были выявлены у 77,8 % больных. У 63,9 % женщин по данным ЭКГ и ЭХОКГ были выявлены признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, преимущественно концентрического типа; у 88,9 % увеличение ТИМ более 0,9 мм. Отмечалась значительная степень исходного поражения почек: у 19,4 % пациенток снижение СКФ ниже 60 мл/мин/м², у 22,2 % наличие МАУ. Практически у каждой пятой женщины была диагностирована хроническая дисфункция почек, соответствующая 3 стадии ХБП.

Таким образом, большинство пациенток, включенных в исследование, имели высокий дополнительный риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

К концу 2 месяца наблюдения 16,7 % пациенток оставались на исходной терапии (престанс 5/5 мг); 50 % пациенток получали престанс в дозе 10/5 мг и 19,4 % в дозе — 10/10 мг. Изменение клинико-лабораторных показателей представлено в таблице 2.

Таблица 2.

Динамика показателей на фоне терапии престансом

Показатель	В начале исследования	Через 2 мес. от начала исследования
САД, мм рт. ст.	152,5 (145; 161)	132,5 (125; 135)*
ДАД, мм рт. ст.	90 (85;92)	80 (75; 80)*
ЧСС, ударов/мин	74 (70; 78)	75 (70; 77)
Тест 6/мин. ходьбы, м	460 (415; 515)	485 (430; 540)
Холестерин, моль/л	6.1 (5,6; 6,6)	5.7 (5,3; 5,9)*
ЛПВП, моль/л	1,0 (0,9; 1,1)	1,0 (0,9; 1,2)
ЛПНП, моль/л	4,2 (3,94 4,9)	3,8 (3,2; 4,10)
Глюкоза, моль/л	5,4 (4,9; 5,8)	5,5 (5,0; 5,8)
Креатинин, моль/л	80 (74,9; 87,2)	74 970,3; 83,0)*
МАУ, мг/л	12,5 (7,2; 20,5)	10,2 (6,5; 17,0)*
СКФ. мл/мин/1,73м2	67,5 (59,2; 73,5)	76,1 (67,3; 78,6)*

Примечание: * — отличие показателей статистически достоверно ($p < 0.05$)

Оценка динамики клинико-лабораторных показателей продемонстрировала достаточную эффективность проводимой терапии. Целевой уровень АД был достигнут у 80,6 % пациенток. К концу 2-го месяца терапии достоверно снизились показатели САД и ДАД, улучшилась переносимость физической нагрузки по данным теста 6-минутной ходьбы (табл. 2). При сравнении лабораторных данных не наблюдалось статистически достоверной динамики показателей углеводного и липидного обмена, однако отрицательной динамики их значений также не отмечалось. Заслуживает внимания динамика функциональных показателей состояния почек. К концу периода наблюдения было выявлено улучшение показателей клубочковой фильтрации: СКФ увеличилась на 12,7 %; МАУ уменьшилась на 18,4 %. Таким образом, терапия престансом оказывала выраженное нефропротективное действие.

На фоне применения препарата престанс у 14 пациенток с ИБС наблюдалось уменьшение ФК стенокардии и значительно снизилась потребность в нитратах короткого действия. Вероятно, это связано с положительным гемодинамическим действием и с антиангинальной активностью препарата.

Проводимое лечение характеризовалось хорошей переносимостью. Периферические отеки наблюдались всего в 4-х случаях, стойкая тахикардия в 1 случае, значимых диспепсических расстройств не наблюдалось.

Заключение. Исследование продемонстрировало высокую эффективность и безопасность антигипертензивной терапии с применением фиксированной комбинации периндоприла аргинат / амлодипина (препарат престанс) у пациенток с ГБ в постменопаузе. Назначение препарата способствовало достижению целевого АД, улучшению функциональных показателей сердечно-сосудистой системы и переносимости физической нагрузки в течение 2-х месяцев терапии. В исследовании доказаны нефропротективные свойства препарата и его антиангинальное действие. Следовательно, препарат престанс может быть рекомендован в качестве антигипертензивного средства у женщин в период постменопаузы.

Список литературы:

1. Карпов Ю.А., Горбунов В.М., Деев А.Д. и др. Исследование ПРОРЫВ 2: влияние фиксированной комбинации периндоприл / амлодипин на артериальное давление, измеренное в кабинете врача, с помощью суточного мониторирования и самоконтроля, у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертонией // Атмосфера. Новости кардиологии. — 2014. — № 1 / [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://medi.ru/doc/f422002.htm> (дата обращения: 01.02.2014).
2. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Лукьянова Е.А. и др. Комбинированная терапия артериальной гипертонии фиксированной комбинацией периндоприл А / амлодипин в реальной клинической практике: организация и основные результаты программы КОНСТАНТА // Кардиология. — 2013. — № 6. — С. 25—34.
3. Оганов Р.Г., Тимофеева Т.Н., Колтунов И.Е. и др. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003—2010 гг. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2011. — № 10 (1). — С. 8—13.
4. Российское медицинское общество по артериальной гипертонии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. — 2010. — № 3. — С. 5—26.

1.4. СТОМАТОЛОГИЯ

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГЛУХОТОЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Соколова Ирина Ивановна

*д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии
Харьковского национального медицинского университета,
Украина, г. Харьков
E-mail: kaf_stomatology@e-mail.ua*

Прокопова Мария Вячеславовна

*аспирант кафедры стоматологии
Харьковского национального медицинского университета,
Украина, г. Харьков
E-mail: potacant@rambler.ru*

THE EFFECT OF DENTAL HEALTH PROGRAMS ON ORAL HYGIENE IN CHILDREN WITH CONGENITALY DEAFNESS

Sokolova Irina

*MD, Professor, Head of the Department of Dentistry,
Kharkov National Medical University,
Ukraine, Kharkov*

Prokopova Maria

*Ph.D. student of the Department of Dentistry,
Kharkov National Medical University,
Ukraine, Kharkov*

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты влияния нового лечебно-профилактического комплекса на состояние гигиены полости рта

у детей с врожденной глухотой. Целью проведения данного исследования было изучение динамики изменения показателей гигиенического состояния ротовой полости, под воздействием разработанного комплекса. Для оценки состояния гигиены полости рта использовали индексы гигиены Федорова Ю.А., Володкиной В.В., (1971), Stallard (1969) и J. Silness (1964), Н. Loe (1967). 12 месяцев применения комплекса привело к значительным улучшениям гигиенических показателей у детей с врожденной глухотой.

ABSTRACT

The article contains information on improvement of oral hygiene of congenitally deaf children under the implementing of new dental program. The purpose of this research was to evaluate oral hygiene of congenitally deaf children before and after going through Oral Health Programme. Hygiene indices were used to estimate oral hygiene of impaired children. Significant improvement of oral hygiene was achieved within 12 month of dental complex use.

Ключевые слова: гигиена полости рта; дети; врожденная глухота.

Keywords: oral hygiene; children; congenital deafness.

Введение. По данным ВОЗ в мире насчитывается более 120 миллионов детей до 16 лет с ограниченными жизненными и социальными функциями. В структуре причин детской инвалидности патология слуха составляет около 13 % и этот показатель с каждым годом растет [1]. Изучение состояния стоматологического здоровья детей с особыми потребностями волновало ученых разных стран, уже начиная со второй половины прошлого столетия [5; 6; 8; 9; 14] и этот интерес не уменьшился и по сегодняшний день [7; 10; 12; 13]. Одним из важных факторов, предрасполагающих и усугубляющих развитие кариеса зубов и заболеваний пародонта, является плохое гигиеническое состояние полости рта. Основное количество гигиенических препаратов в своем составе содержат противомикробные средства. Ежедневное применение последних, кроме токсических, аллергических и других побочных эффектов, приводят к развитию дисбактериозов и суперинфекций [3]. Выходом из сложившейся ситуации является использование адаптогенных препаратов растительного происхождения в комбинации с лизоцим содержащими средствами.

Целью данного исследования явилось изучение динамики изменения показателей гигиенического состояния ротовой полости, под воздействием разработанного лечено-профилактического комплекса.

Материалы и методы. В ходе проведения научно-исследовательской работы нами было обследовано 99 детей с врожденной глухотой в возрасте от 6 до 16 лет (из них 60 мальчиков и 39 девочек), которые обучались в Харьковском областном специальном общеобразовательном учебно-воспитательном учреждении для детей с патологией слуха. В группу сравнения вошли 43 ребенка первой группы здоровья без патологии слуха в возрасте от 6 до 16 лет (из них 16 мальчиков и 27 девочек), которые обучались в Харьковском лицее № 149. Дети с врожденной глухотой сформировали основную группу (ОГ), дети без патологии слуха - контрольную группу (КГ). Дети ОГ и КГ по возрасту были разделены на три группы: 7—8 лет (ОГ1 и КГ1), 11—12 лет (ОГ2 и КГ2) и 14—15 лет (ОГ3 и КГ3). Разделение детей на группы было проведено в соответствии с учетом рекомендаций ВОЗ, по выбору возрастных групп детей для проведения эпидемиологических исследований с целью изучения стоматологического статуса [11, с. 7]. В КГ лечебно-профилактические мероприятия не проводились. Дети основной группы были поделены на две подгруппы: «А» подгруппа — детям проводили традиционную схему лечения и профилактики; «Б» — подгруппа — детям проводили предложенную схему лечебно-профилактических мероприятий.

Клиническая часть работы была выполнена на базе Университетского стоматологического центра (УСЦ) кафедры стоматологии Харьковского национального медицинского университета.

Для определения гигиенического состояния полости рта использовали индексы первой (*индекс гигиены (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971), индекс Stallard (1969)*) и второй (*индекс гигиены J. Silness (1964) и H. Loe (1967)*) групп. Для определения индексов первой группы использовали краситель *Колор-тест № 3 (жидкость, ВладМиВа, Россия)*. *Определение индексов гигиены проводили по стандартным методикам [2, с. 35; 4, с. 42, с. 46].*

Предложенная схема лечебно-профилактических мероприятий включала в себя: опрос, объективное исследование, окрашивание зубов, для определения наличия зубного налета, обучение правилам рациональной гигиены полости рта, проведение контролируемой чистки зубов, проведение профессиональной гигиены полости рта, покрытие зубов однокомпонентным лаком Ftoroplen (Латус), санация полости рта, герметизация фиссур герметиком химического отверждения Денталекс-21 Ф.

Детям данной группы было рекомендовано:

- ежедневный уход за полостью рта, который включал двухразовую чистку зубов при помощи мануальной зубной щетки (размер подбирался в соответствии с возрастом) и пасты Lacalut kids (детям от 6 до 8 лет) или Lacalut teens 8 (детям старше 8 лет);
- рассасывание препарата «Биотрит-Дента» (НПА «Одесская Биотехнология») по одной таблетке три раза в день после еды на протяжении 30 дней, повторные курсы через 5 и 11 месяцев;
- ополаскивание полости рта на протяжении 60 секунд препаратом «Лизомукоид» (ТУ у 24.5-13903778-37-2005, разрешение № 05.03.02-04/29065 от 04.07.2005), три раза в день; перед ополаскиванием эликсир разводили из расчета 1 чайная ложка препарата на ¼ стакана водопроводной воды (1:10); курс 30 дней, повторный курс через 5 и 11 месяцев.

В качестве схемы сравнения была выбрана стандартная лечебно-профилактическая схема с доказанной эффективностью, которая включала:

- *ежедневный уход за полостью рта;*
- *ополаскивание полости рта после чистки зубов детским раствором для полоскания «Дракоша» тутти-фрутти (детям от 6 до 8 лет) и Lacalut teens 8+ (детям старше 8 лет);*
- *разжевывание по 1 таблетке препарата «Кальцинова» (KRKA) два раза в день после еды на протяжении 30 дней, повторные курсы через 5 и 11 месяцев.*

Результаты. Изучение гигиенического состояния полости рта детей с врожденной глухотой выявило, что до проведения лечебно-профилактических мероприятий в обеих подгруппах детей отмечался плохой уровень гигиены.

В таблицах 1, 2 и 3, приведены данные, отражающие динамику изменения индексов гигиены полости рта, у детей с врожденной глухотой под действием обоих методов лечения и профилактики на протяжении 12 месяцев наблюдений.

Таблица 1.

**Динамика изменения индексов гигиены полости рта,
у детей 7—8 лет до и после проведения лечебно-профилактических
мероприятий**

	Группа	Показатель			
		До лечения	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Индекс гигиены (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971)	КГ	1,63±0,15	—	—	—
	ОГ1а	3,14±0,23 P ₂ <0,01 P ₃ >0,05	1,97±0,2 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05	1,86±0,28 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05	1,58±0,11 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05
	ОГ1б	3,13±0,27 P ₁ <0,01 P ₃ >0,05	1,74±0,15 P ₁ >0,05 P ₃ >0,05	1,51±0,17 P ₁ >0,05 P ₃ >0,05	1,35±0,11 P ₁ >0,05 P ₃ >0,05
Индекс гигиены Stallard (1969)	КГ1	1,03±0,18	—	—	—
	ОГ1а	2,20±0,12 P ₂ <0,01 P ₃ >0,05	1,29±0,19 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05	1,06±0,31 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05	0,97±0,14 P ₂ >0,05 P ₃ <0,05
	ОГ1б	2,17±0,19 P ₁ <0,01 P ₃ >0,05	1,06±0,19 P ₁ >0,05 P ₃ >0,05	0,67±0,21 P ₁ >0,05 P ₃ >0,05	0,51±0,16 P ₁ <0,05 P ₃ <0,05
Индекс гигиены J. Silness (1964) и H. Loe (1967)	КГ1	1,12±0,18	—	—	—
	ОГ1а	2,27±0,12 P ₂ <0,01 P ₃ >0,05	1,35±0,19 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05	1,15±0,31 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05	1,04±0,14 P ₂ >0,05 P ₃ <0,05
	ОГ1б	2,26±0,19 P ₁ <0,01 P ₃ >0,05	1,16±0,19 P ₁ >0,05 P ₃ >0,05	0,74±0,21 P ₁ >0,05 P ₃ >0,05	0,56±0,16 P ₁ <0,05 P ₃ <0,05

Примечание. P₁ — показатель вероятных отличий результатов между КГ1 и ОГ1б. P₂ — показатель вероятных отличий результатов между КГ1 и ОГ1а. P₃ — показатель вероятных отличий результатов между ОГ1а и ОГ1б

Таким образом, в «Б» подгруппе детей 7—8 лет с врожденной глухотой через 1, 6 и 12 месяцев наблюдения ИГ (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971) был на 13 %, 23 % и 17 % лучше, индекс гигиены Stallard (1969) был на 22 %, 58 % и 90 % ниже, индекс гигиены J. Silness (1964) и H. Loe (1967) был на 16 %, 55 % и 86 % ниже в сравнении с результатами полученными в «А» подгруппе обследованных детей. Через 12 месяцев наблюдения у детей ОГ1б отмечался хороший уровень гигиены: — ИГ (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971) составил 1,35±0,11; — индекс гигиены Stallard

(1969) был равен $0,51 \pm 0,16$; — индекс гигиены J. Silness (1964) и H. Loe (1967) был $0,56 \pm 0,16$.

Таблица 2.

**Динамика изменения индексов гигиены полости рта,
у детей 11—12 лет до и после проведения
лечебно-профилактических мероприятий**

	Группа	Показатель			
		До лечения	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Индекс гигиены (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971)	КГ2	$1,83 \pm 0,14$	—	—	—
	ОГ2а	$2,65 \pm 0,16$ $P_2 < 0,01$ $P_3 > 0,05$	$2,07 \pm 0,14$ $P_2 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,97 \pm 0,19$ $P_2 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,76 \pm 0,15$ $P_2 > 0,05$ $P_3 > 0,05$
	ОГ2б	$2,67 \pm 0,20$ $P_1 < 0,01$ $P_3 > 0,05$	$1,70 \pm 0,11$ $P_1 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,82 \pm 0,07$ $P_1 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,35 \pm 0,12$ $P_1 < 0,01$ $P_3 > 0,05$
Индекс гигиены Stallard (1969)	КГ2	$1,22 \pm 0,33$	—	—	—
	ОГ2а	$1,90 \pm 0,13$ $P_2 < 0,01$ $P_3 > 0,05$	$1,28 \pm 0,17$ $P_2 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,20 \pm 0,23$ $P_2 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$0,93 \pm 0,15$ $P_2 > 0,05$ $P_3 > 0,05$
	ОГ2б	$1,88 \pm 0,12$ $P_1 < 0,01$ $P_3 > 0,05$	$0,97 \pm 0,15$ $P_1 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,03 \pm 0,14$ $P_1 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$0,62 \pm 0,12$ $P_1 < 0,01$ $P_3 > 0,05$
Индекс гигиены J. Silness (1964) и H. Loe (1967)	КГ2	$1,36 \pm 0,19$	—	—	—
	ОГ2а	$1,95 \pm 0,13$ $P_2 < 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,35 \pm 0,17$ $P_2 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,29 \pm 0,23$ $P_2 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,06 \pm 0,15$ $P_2 > 0,05$ $P_3 < 0,05$
	ОГ2б	$1,95 \pm 0,12$ $P_1 < 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,04 \pm 0,14$ $P_1 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$1,11 \pm 0,14$ $P_1 > 0,05$ $P_3 > 0,05$	$0,62 \pm 0,12$ $P_1 < 0,01$ $P_3 < 0,05$

Примечание. P_1 — показатель вероятных отличий результатов между КГ2 и ОГ2б. P_2 — показатель вероятных отличий результатов между КГ2 и ОГ2а. P_3 — показатель вероятных отличий результатов между ОГ2а и ОГ2б

Таким образом, в «Б» подгруппе детей 11—12 лет с врожденной глухотой через 1, 6 и 12 месяцев наблюдения ИГ (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971) был на 22 %, 8 % и 30 % лучше, индекс гигиены Stallard (1969) был на 32 %, 17 % и 50 % ниже, индекс гигиены J. Silness (1964) и H. Loe (1967) на 30 %, 16 % та 71 % ниже в сравнении с показателями полученными при обследовании детей «А» подгруппы. Через 12 месяцев наблюдения у детей ОГ2б отмечался хороший уровень гигиены: — ИГ (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971) составил $1,35 \pm 0,12$; — индекс гигиены Stallard (1969) был равен

0,62±0,12; — индекс гигиены J. Silness (1964) и H. Loe (1967) был 0,62±0,12.

Таблица 3.

**Динамика изменения индексов гигиены полости рта,
у детей 14—15 лет до и после проведения
лечебно-профилактических мероприятий**

	Группа	Показатель			
		До лечения	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Индекс гигиены (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971)	КГЗ	1,72±0,10	—	—	—
	ОГ3а	2,63±0,19 P ₂ <0,01 P ₃ >0,05	2,01±0,19 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05	1,87±0,08 P ₂ >0,05 P ₃ <0,01	1,53±0,10 P ₂ >0,05 P ₃ <0,01
	ОГ3б	2,64±0,20 P ₁ <0,01 P ₃ >0,05	1,64±0,16 P ₁ >0,05 P ₃ >0,05	1,23±0,07 P ₁ <0,01 P ₃ <0,01	1,15±0,04 P ₁ <0,01 P ₃ <0,01
Индекс гигиены Stallard (1969)	КГЗ	1,13±0,13	—	—	—
	ОГ3а	1,95±0,16 P ₂ <0,01 P ₃ >0,05	1,30±0,22 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05	1,26±0,10 P ₂ >0,05 P ₃ <0,01	0,83±0,13 P ₂ >0,05 P ₃ <0,01
	ОГ3б	1,96±0,17 P ₁ <0,01 P ₃ >0,05	0,86±0,20 P ₁ >0,05 P ₃ >0,05	0,36±0,11 P ₁ <0,01 P ₃ <0,01	0,20±0,05 P ₁ <0,01 P ₃ <0,01
Индекс гигиены J. Silness (1964) и H. Loe (1967)	КГЗ	1,17±0,13	-	-	-
	ОГ3а	2,01±0,16 P ₂ <0,01 P ₃ >0,05	1,38±0,21 P ₂ >0,05 P ₃ >0,05	1,32±0,10 P ₂ >0,05 P ₃ <0,01	0,96±0,13 P ₂ >0,05 P ₃ <0,01
	ОГ3б	2,01±0,17 P ₁ <0,01 P ₃ >0,05	0,91±0,20 P ₁ >0,05 P ₃ >0,05	0,41±0,11 P ₁ <0,01 P ₃ <0,01	0,23±0,04 P ₁ <0,01 P ₃ <0,01

Примечание. P₁ — показатель вероятных отличий результатов между КГЗ и ОГ3б. P₂ — показатель вероятных отличий результатов между КГЗ и ОГ3а. P₃ — показатель вероятных отличий результатов между ОГ3а и ОГ3б

Таким образом, в «Б» подгруппе детей 14—15 лет с врожденной глухотой через 1, 6 и 12 месяцев наблюдения ИГ (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971) был на 23 %, 52 % и 33 % лучше, индекс гигиены Stallard (1969) был в 1,5, 3,5 и 4,2 ниже, индекс гигиены J. Silness (1964) и H. Loe (1967) был в 1,5, 3,2 та 4,2 раз ниже в сравнении с данными, полученными при обследовании детей «А» подгруппы. Через 12 месяцев наблюдения у детей ОГ3б отмечался хороший уровень гигиены: — ИГ (Федоров Ю.А., Володкина В.В.,

1971) составил $1,15 \pm 0,04$; — индекс гигиены Stallard (1969) был равен $0,20 \pm 0,05$; — индекс гигиены J. Silness (1964) и H. Loe (1967) был $0,23 \pm 0,04$.

Выводы. Таким образом, подытоживая приведенные выше данные, можно сделать вывод о более эффективном воздействии предложенного лечебно-профилактического комплекса на состояние гигиены полости рта детей с врожденной глухотой по сравнению с традиционной схемой лечения и профилактики, что позволяет рекомендовать применение данной схемы в повседневной практике детского врача-стоматолога.

Список литературы:

1. Ващенко Л.В. Детская инвалидность и инвалидность с детства как медико-социальная проблема / Л.В. Ващенко, А.А. Равлинко, О.Ф. Рубашная и др. // Здоровье ребенка. — 2008. — № 2. — С. 14—18.
2. Денисова Е.Г. Заболевания пародонта у детей: Учеб. пособие для врачей-интернов стоматологического профиля / Е. Г. Денисова. Харьков: ХНМУ, 2008. — 113 с.
3. Левицкий А.П. Кризис антимикробной терапии и профилактики в стоматологии / А.П. Левицкий // Вісник стоматології. — 2005. — № 3. — С. 66—69.
4. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л.А. Хоменко, Ю.Б. Чайковский, А.В. Савичук, Н.О. Савичук [и др.]. Киев: Книга плюс, 2007. — 816 с.
5. Woj J.R. Differences between normal and developmentally disabled children in a first dental visit's / J.R. Woj, J.M. Davila // ASDC Dent child. — 1995. — № 62. — P. 52—56.
6. Court S.D.M. Fit for the future. Report of the Committee on Child Health Services / S.D.M. Court. London, 1973. — 25 p.
7. Jokic N.I. Dental Caries in Disabled Children / N.I. Jokic, M. Majstorovic, D. Bakarcic, A. Katalinic // Collegium Antropologicum. — 2007. — № 31(1). — P. 321—324.
8. Hennequin M. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patient / M. Hennequin, D. Faulks, D. Roux // J. Dent. — 2000. — № 28. — P. 131—136.
9. Murray J.J. The dental condition of severely subnormal children in three London boroughs / J.J. Murray, J.P. Macleod // British dental journal. — 1973. — № 134. — P. 380—385.
10. Rao D.B. Oral hygiene status of disabled children and adolescents attending special schools of South Canara, India / D.B. Rao, H.M. Amitha, A.K. Munshi // Hong Kong Dental Journal. — 2005. — № 2. — P. 107—113.

11. Oral Health Surveys. Basic Methods. 4th Edition. WHO Geneva : 1997. — 73 p.
12. Shyama M. Dental caries experience of disabled children and young adults in Kuwait / M. Shyama, S.A. Al-Mutawa, R.E. Morris, T. Sugathan, E. Honkala // Community Dental Health. — 2001. — № 18(3). — P. 181—186.
13. Simon E.N.M. Oral health care status of handicapped primary school pupils in Dar es Salaam, Tanzania / E.N.M. Simon, M.I. Matee, F. Scheutz // East African Medical Journal. — 2008. — № 85(3). — p. 113—117.
14. Swallow J.N. The Dental Problems of Handicapped Children / J.N. Swallow // The journal of the royal society for the promotion of health. — 1965. — № 85(3). — P. 152—157.

СЕКЦИЯ 2.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

2.1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СРЕДНИМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

Алленов Андрей Михайлович

*канд. мед. наук, доцент
Высшей школы управления здравоохранением, РФ, г. Москва
E-mail: allenovandrey@yandex.ru*

Медведская Дилара Рашидовна

*канд. мед. наук, зам. министра здравоохранения
Свердловской области,
РФ, г. Екатеринбург
E-mail: umsep-veronica@yandex.ru*

BASIC TENDENCIES OF PROVIDING REGIONAL HEALTH CARE SYSTEM WITH NURSING STAFF

Andrey Allenov

*candidate of Medical Science, associate professor
of High School of Health care Management,
Russia, Moscow*

Dilara Medvedskaya

*candidate of Medical Science,
Deputy Health Minister of Sverdlovsk oblast,
Russia, Ekaterinburg*

АННОТАЦИЯ

Проведен анализ кадровых ресурсов среднего медицинского персонала в здравоохранении региона. В 2008—2012 гг. обеспеченность населения средними медицинскими работниками в регионе оставалась стабильной, но межмуниципальные различия достигали 2,1 раза. Наблюдается старение кадров. Основным путем пополнения среднего медицинского персонала является приход выпускников колледжей, а главной причиной увольнения — выход на пенсию. Для стабилизации кадровой ситуации в здравоохранении в регионе реализуется программа подготовки и закрепления медицинского персонала.

ABSTRACT

Analysis of nursing staff resources in healthcare system of the region was done. 2008—2012 supply of population with nursing staff was stable, but intermunicipal differences reached 2,1 times. The ageing of nursing staff was observed. The main source of additional nursing personnel recruitment are graduates of medical colleges, and main leaving reason is retirement. At present a program of training nurses and tightening up this staff at working places is implemented in the region for the purposes of stabilization of staff situation in the region.

Ключевые слова: средние медицинские работники; региональное здравоохранение.

Keywords: nursing staff; regional health care.

Современная ситуация в обеспечении средними медицинскими работниками (СМР) во многих национальных системах здравоохранения характеризуется дефицитом различных категорий персонала, неравномерностью их распределения по территории страны, неорганизованной миграцией, невысокой производительностью труда [3; 6; 8; 10]. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2015 г. дефицит медицинских сестер в США ожидается на уровне 500 тысяч, в Канаде — 113 тысяч, в Финляндии — 112 тысяч, в Великобритании — 35 тысяч человек [9].

В Российской Федерации обеспеченность СМР по состоянию на 2012 г. составляла 106,1 на 10000 населения [2]. В странах ОЭСР* этот показатель равен 96,0, а среднемировой — 18,8 на 10000 человек [5; 7], однако между странами наблюдаются существенные различия. Аналогичная ситуация характерна и для России: в 2012 г. диапазон различий по уровню обеспеченности СМР между её субъектами достигал 2,1 раза, от 73,3 в Ленинградской области до 151,0 на 10000 человек в Магаданской области [2].

Другой важной проблемой национальной системы здравоохранения Российской Федерации является старение кадров. По данным А.Л. Хлапова и соавт. [7], в её государственном секторе трудится от 10 до 30 % лиц в возрасте старше пенсионного и 50—60 % — предпенсионного возраста. С учетом того, что количество выпускников медицинских колледжей в среднесрочной перспективе будет сокращаться из-за особенностей демографических процессов в стране, это приведет к нарастанию дефицита СМР в здравоохранении.

В Указе Президента России от 07.07.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» содержится указание на необходимость разработки мер по обеспечению медицинской отрасли кадрами, а перечень практических мероприятий — в государственной программе «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.02.2013 г. № 267-р. Основное внимание в ней уделено решению социальных проблем медицинского персонала, работающего в государственном секторе здравоохранения, и созданию системы непрерывного повышения его профессионального уровня. Вместе с тем, как отмечают специалисты, кадровую политику необходимо проводить с учетом региональных особенностей [1; 4]. Это положение послужило основанием для исследования по анализу обеспечения СМР в системе здравоохранения Свердловской области.

Материал и методы

Источником информации о кадровом потенциале государственной и муниципальных систем здравоохранения Свердловской области служили электронные базы данных Медицинского информационно-аналитического центра Минздрава региона за период

* ОЭСР — организация экономического сотрудничества и развития, объединяет 30 стран, в том числе большинство стран ЕС, США, Канаду, Японию, Корею, Австралию и Мексику.

с 2008 по 2012 гг. Анализировались следующие показатели: количество СМР в системе здравоохранения Свердловской области, обеспеченность ими на 10000 человек, возрастная структура, укомплектованность штатных должностей физическими лицами. Отдельно анализ осуществлялся для СМР следующих специальностей: акушерское дело, лечебное дело, операционное дело, сестринское дело в педиатрии. В дальнейшем оценивалось движение сестринских кадров в муниципальных системах здравоохранения области.

Результаты

За период с 2008 по 2012 гг. количество СМР, занятых в государственных и муниципальных медицинских учреждениях Свердловской области, оставалось достаточно стабильным — около 38 тысяч человек. Показатель обеспеченности населения Свердловской области СМР весь рассматриваемый период времени находился в диапазоне 90,7—92,5 на 10000 человек, что на 13—15 % ниже, чем в среднем по России (таблица 1).

Вместе с тем за средними по области показателями могли быть скрыты различия по муниципальным образованиям. Ранжирование показало, что в 2012 г. они достигали 2,5 раз (от 54,5 на 10000 в Сысертском районе до 134,7 в г. Алапаевске). В то же время результаты типологии на 3 группы: 1) до 70,0 на 10000 человек; 2) 70,0—90,0; 3) более 90,0 на 10000, — свидетельствовали о стабильности ситуации: доля территорий, относящихся к первой типологической группе с 2010 по 2012 гг., незначительно уменьшилась с 26,7 % до 25,5 %, а удельный вес третьей, наоборот, увеличился с 33,3 % до 36,2 %.

Таблица 1.

Обеспеченность средним медицинским персоналом в государственной и муниципальных системах здравоохранения Свердловской области, 2008—2012 гг., на 10000 человек

Территория	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Свердловская область	90,8	91,7	90,9	90,7	92,5
Россия	106,5	106,9	105,6	107,0	106,1

Укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала в Свердловской области оставалась в течение рассматриваемого пятилетия невысокой — 65—68 %. Ранжирование муниципальных образований по её величине показало наличие между ними выраженных различий: в 2012 г. диапазон составлял от 54,9 %

до 99,3 %, а показателей укомплектованности в поликлиниках и стационарах — от 47,4 до 100 % и от 40,6 % до 100 % соответственно.

Возрастная структура среднего медицинского персонала представлена в таблице 2. Согласно этим данным, за 2008—2012 гг. доля лиц в возрасте до 30 лет в системе здравоохранения Свердловской области почти не изменилась (19,52—20,36 %), но вместе с тем наблюдался рост удельного веса работников старше 55 лет с 12,77 % до 21,33 %. Обращает на себя внимание ускорение процесса старения данной категории персонала в 2011 г.

Представляло интерес оценить возрастную структуру СМР и динамику её изменения в муниципальных образованиях области. Согласно результатам ранжирования, диапазон различий по величине доли работников пенсионного возраста составлял в 2012 г. от 8,3 % до 71,2 %, а по данным типологии за период 2008—2012 гг., доля территорий с относительно невысоким (до 20 %) удельным весом СМР старше 55 лет сократилась с 42,2 % до 30,4 %, а тех, где он превышал 30 %, наоборот, возросла с 22,2 % до 28,3 %.

Таблица 2.

**Возрастная структура средних медицинских работников
государственной и муниципальных систем здравоохранения
Свердловской области, 2008—2012 гг., %**

Территория	Возрастные группы	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Свердловская область	до 30 лет	20,23	19,85	19,52	20,16	20,36
	более 55 лет	12,77	13,50	14,12	18,31	21,23

За рассматриваемое пятилетие, в Свердловской области происходил процесс повышения квалификации среднего медицинского персонала: удельный вес работников, имеющих высшую категорию, увеличился с 52,89 % в 2008 г. до 57,57 % в 2012 г.

Последующий анализ был выполнен применительно к четырем специальностям СМР: акушерское дело, лечебное дело, операционное дело, сестринское дело в педиатрии (таблица 3).

В 2008—2012 гг. количество работающих по специальности «акушерское дело» оставалось достаточно стабильным — около 1500 человек, а в целом за это пятилетие, несмотря на колебания, увеличилось на 47 медицинских сестер. Возрастная структура среднего медицинского персонала этого профиля изменилась мало: доля лиц до 30 лет увеличилась с 18,63 % до 20,74 %, а старше 55 лет — с 14,77 % до 16,82 %.

Таблица 3.

Количество средних медицинских работников разных специальностей в государственных и муниципальных системах здравоохранения Свердловской области, 2008—2012 гг.

Специальность	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Акушерское дело	1503	1504	1487	1557	1550
Лечебное дело	5897	5962	5914	4986	4543
Операционное дело	924	942	926	954	942
Сестринское дело в педиатрии	3800	4378	4133	4520	4728

Количество работников по специальности «лечебное дело» за последние пять лет значительно (на 1354 человека) уменьшилось. Возрастная структура СМР данного профиля оставалась за 2008—2012 гг. относительно стабильной: доля молодых (до 30 лет) увеличилась с 22,8 % до 24,9 %, а пенсионного возраста — с 13,1 % до 14,8 %.

Численность СМР, имеющих специальность «операционное дело», составляла в период 2008—2012 гг. 924—954 человека. Что же касается возрастной структуры, то она имела особенности: удельный вес лиц до 30 лет колебался от 26,2 % до 29,0 %, а СМР старше 55 лет был невелик — 6,6—7,4 %.

Количество среднего медицинского персонала по специальности «лечебное дело в педиатрии», в отличие от трех, рассмотренных ранее, за период 2008—2012 гг. увеличилось с 3800 до 4728 человек. Возрастная структура этой категории работников была относительно стабильной: доля молодых составляла 15,8—17,6 %, а пенсионного возраста — 12,9—13,6 %.

Дальнейший анализ показал, что из четырех путей пополнения СМР в муниципальных медицинских учреждениях в 2012 г. основным было поступление после окончания средних специальных учебных заведений, вторым по значимости — переход из медицинских учреждений других территорий Свердловской области, третьим — переезд из других регионов России. Из других стран пополнение СМР отмечено только в трех муниципальных образованиях области. Что же касается причин увольнения, то наиболее частой из них был выход на пенсию, второй — смена места жительства, третьей — переход в частные медицинские организации, и самой редкой была полная смена профессии на немедицинскую.

Для решения кадровых проблем в системе здравоохранения в Свердловской области с 2011 г. реализуется план мероприятий, разработанный в соответствии с Концепцией кадровой политики

в Российской Федерации. Основными его направлениями являются: закрепление кадров путем повышения заработной платы и улучшения жилищных условий, стимулирование к работе в сельской местности.

Выводы

Обеспеченность средним медицинским персоналом государственной и муниципальных систем здравоохранения Свердловской области в 2008—2012 гг. оставалась стабильной (90,7—92,5 на 10000 человек), вместе с тем сохранялись значительные межмуниципальные различия, достигавшие 2 раз. За это пятилетие в регионе сформировалась устойчивая тенденция к старению СМР — доля лиц старше 55 лет достигла 21,2 %, а в ряде местных систем здравоохранения она превышает 40 %. Среди основных специальностей наименее благополучная кадровая ситуация по специальности «лечебное дело», где отмечено существенное сокращение численности работников. Основной причиной увольнения СМР является выход на пенсию, и, учитывая процесс старения кадров, можно полагать, что она останется таковой и в среднесрочной перспективе. Главным источником пополнения СМР является прием выпускников средних специальных учебных заведений, количество же приезжих из других регионов России и стран СНГ невелико.

Список литературы:

1. Артамошина М.П. Динамика числа врачебных кадров в Российской Федерации в 2005—2011 годах / М.П. Артамошина, О.В. Ципириг, В.П. Кузнецова // Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 7. — С. 35—40.
2. Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. / Росстат. М., 2013. — 384 с.
3. Москаленко В.Ф. Сравнительная оценка кадрового обеспечения здравоохранения / В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. — 2008. — № 3. — С. 44—47.
4. Наваркин М.В. О реализации кадровой политики на уровне субъектов Российской Федерации / М.В. Наваркин, А.К. Конаныхина, И.А. Купеева // Здравоохранение. — 2013. — № 8. — С. 62—66.
5. Преображенская В.С. Основные тенденции кадрового обеспечения в системе регионального здравоохранения / В.С. Преображенская, А.В. Зарубина // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. — 2002. — № 2. — С. 30—32.
6. Светличная Т.Г. Актуальные проблемы кадрового обеспечения здравоохранения на региональном уровне / Т.Г. Светличная // Пробл. соц. гигиены, здравоохр. и истории медицины. — 2008. — № 3. — С. 38—41.
7. Хлапов А.Л. Анализ структуры и квалификации медицинских кадров в России и за рубежом / А.Л. Хлапов, И.А. Камаев, Т.В. Поздеева // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2013. — № 1. — С. 37—40.

8. Щепин О.П. К вопросу о кадровой политике в здравоохранении Российской Федерации / О.П. Щепин, В.О. Щепин, И.А. Купеева // Бюлл. ННИИ ОЗ. — 2008. — № 2. — С. 8—13.
9. Human Resources for Health in Europe. — Open University Press, England, 2006. — 123 p.
10. Human Resources for Health in the WHO European Region / WHO Regional Office for Europe. — Copenhagen, 2006.

**СОСТОЯНИЕ И ПУТИ РАЗВИТИЯ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО
ТРАНСПОРТА В 2002—2013 ГГ.**

Евстропов Андрей Владимирович

*старший инспектор-врач
отдела организационно-методической работы
Дирекции медицинского обеспечения-филиал ОАО «РЖД»,
РФ, г. Москва
E-mail: doc_av2@mail.ru*

Кузнецова Людмила Юрьевна

*врач-эндоскопист
Владимирского областного онкологического диспансера,
РФ, г. Владимир*

**STATUS AND THE DEVELOPMENT ENDOSCOPIC
SERVICE OF MEDICAL CARE IN NON-GOVERNMENTAL
HEALTHCARE INSTITUTIONS OF JSCO “RZD”
(2002—2013)**

Evstropov Andrey

*supervisory officer-doctor of organizational and methodical work
of Medical Care Directory-branch, JSCO “RZD”,
Russia, Moscow*

Kuznetsova Lyudmila

*doctor of Vladimir district oncologic dispensary,
Russia, Vladimir*

АННОТАЦИЯ

В статье представлен анализ деятельности эндоскопической службы негосударственных учреждений здравоохранения (НУЗ) ОАО «Российские железные дороги» («РЖД») в период 2002—2013 годов. Изучена динамика ресурсной базы и показателей деятельности в сравнении. Выявлены наиболее значимые в структуре медицинского комплекса учреждения и наиболее динамично развивающиеся разделы эндоскопической диагностики. Показана возможность дальнейшего совершенствования эндоскопических методов диагностики во всех типах больничных и амбулаторных учреждений.

ABSTRACT

The paper presents an analysis of the endoscopic service of non-governmental healthcare institutions of JSCO "Russian Railways" ("RZD") during the 2002—2013 period. The dynamics of the resource base and performance in comparison. Identified the most significant in the structure of the complex medical institutions and the fastest-growing areas of endoscopic diagnosis. The possibility of further improvement of endoscopic methods of diagnosis in all types of hospitals and outpatient facilities.

Ключевые слова: эндоскопическая диагностика; негосударственные учреждения здравоохранения; ОАО РЖД; стратифицированные показатели.

Keywords: endoscopic diagnostics; non-governmental healthcare institutions; JSCO “RZD”, stratified indicators.

Актуальность темы.

Стратегической целью политики государства является сохранение и улучшение состояния здоровья граждан [4].

Здравоохранение, как институциональная система, которая функционирует в интересах профилактики, лечения заболеваний и создания условий для сохранения здоровья населения, нуждается в сохранении целостности. Присущие здравоохранению как системе структурная сложность и сложность функционирования определяют сложность ее поведения в альтернативных ситуациях, а также сложность развития, определяемую характеристиками соответствующих эволюционных и скачкообразных процессов.

В этой связи в настоящее время для отечественного здравоохранения особую актуальность приобретают обоснование и разработка стратегии реструктуризации с четким определением целей, приоритетов и этапов организационно-экономических преобразований. При этом актуальны задачи расширения организационно-правовых форм медицинских учреждений, гибкого использования имеющихся ресурсов здравоохранения,

При этом ключевой задачей стратегического планирования должно стать определение направлений и способов развития и использования ресурсного потенциала в системе охраны здоровья населения. Способом максимально возможного использования этого потенциала может быть развитие государственно-частного партнерства (ГЧП).

Одной из наиболее актуальных форм ГЧП может являться: выполнение государственного заказа на оказание медицинской помощи населению частными медицинскими организациями иной формы собственности и организационно-правовой формы [2].

При отсутствии ресурсного обеспечения, необходимого для выполнения порядков и стандартов медицинской помощи в медицинской организации субъекта РФ, могут возникать предложения о сотрудничестве с частными организациями и негосударственными медицинскими учреждениями (при условии соблюдения всех требований лицензирующих органов).

При рассмотрении возможных наиболее стратегически значимых участников ГЧП в первую очередь необходимо обратить внимание на медицинский комплекс железнодорожного транспорта.

Система НУЗ (негосударственные учреждения здравоохранения) ОАО «РЖД» — крупнейшая сеть негосударственных лечебно-профилактических учреждений в РФ по географическому охвату, мощности и их числу.

Она располагает достаточно мощной современной базой амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, позволяющей обеспечивать организацию первичной медико-санитарной, квалифицированной и специализированной (в том числе и высокотехнологичной) помощи железнодорожникам и членам их семей по всем основным видам медицинской помощи на центральном, дорожном, отделенческом, узловом и линейном уровнях, а также пассажирам — на вокзалах и в пути следования. Организация лечебно-профилактической помощи ориентирована на линейный, производственно-цеховой и территориально-участковый принципы [1].

Ценность, конкурентная привлекательность и потенциал НУЗ многократно увеличиваются при условии, что они действуют как единый эффективно управляемый бизнес федерального масштаба, обладающий уникальными характеристиками [3; 5]. Для осуществления и развития реального ГЧП необходимо достоверно знать ресурсные возможности НУЗ ОАО «РЖД» по организации лечебно-диагностического процесса в целом и отдельных его разделов. Работ посвященных этим исследованиям за длительный период практически нет. В связи с этим нами была предпринята попытка изучения одного из разделов диагностической деятельности (эндоскопических исследований) медицинских учреждений железнодорожного транспорта за двенадцатилетний период времени.

Материалы и методы исследования.

Осуществление исследование проводилось в Дирекции медицинского обеспечения — филиал ОАО РЖД и Национальном медико-хирургическом Центре им. Н.И. Пирогова. Материалами для работы явились данные сводных статистических отчетов медицинских учреждений железнодорожного транспорта в течение 2002—2013 гг., выполненные по основным формам государственной статистической отчетности. Объектом исследования — эндоскопическая служба в негосударственных учреждениях здравоохранения железнодорожного транспорта. Предметом исследования были результаты деятельности по реализации эндоскопических медицинских технологий лечебно-диагностического процесса, медико-статистические показатели объемов работы за 12-летний период.

Методологически работа проводилась по стандартным методикам исследований по анализу деятельности учреждений и служб здравоохранения. Обработка цифровых данных осуществлялась с использованием дескриптной (описательной) статистики. Во всех процедурах статистического анализа уровень значимости (p) принимался равным 0,005.

Результаты исследования.

Прежде всего, необходимо оценить кадровый потенциал НУЗ (негосударственных учреждений здравоохранения) ОАО «Российские железные дороги». Этот анализ проводился в соответствии с классическими методиками санитарно-гигиенических исследований. Рассчитывалось число врачей-эндоскопистов (физические лица), обеспеченность врачами-эндоскопистами (физические лица) на 10000 населения, число штатных должностей в стационаре и поликлинике, удельный вес штатных должностей врачей-эндоскопистов в стационаре и поликлинике и другие показатели за двенадцать лет (табл. 1, 2, 3).

Данные этих таблиц позволяют сделать выводы, что показатели ресурсной обеспеченности в абсолютном выражении имеют четкую тенденцию к снижению. Так, число врачей физических лиц уменьшилось со 184 человек в 2002 году до 169 в 2012 году. Число штатных должностей врачей-эндоскопистов уменьшилось на 16,2 %, а число занятых должностей на 20 процента. Между тем это снижение произошло за счет специалистов круглосуточных стационаров (почти на четверть по сравнению с 2002 годом). Число штатных должностей в амбулаторном звене осталось неизменным. При рассмотрении числа штатных должностей по типам НУЗ видно, что количество врачей в дорожных больницах и центральных учреждениях сохранилось прежним. Снижение их произошло за счет других типов НУЗ ОАО «РЖД».

Однако, обеспеченность врачами-эндоскопистами в целом (физические лица, штатные должности) на 10000 населения за этот период в связи с уменьшением прикрепленного населения даже выросла на 35 % и 21,5 % соответственно. Однако необходимо отметить, что этот рост обеспечен в основном за счет поликлинического звена (штатные должности на 10000 населения увеличились почти на 45 %). Укомплектованность врачебных должностей эндоскопистов в целом по учреждениям всех типов сохраняется на достаточно высоком уровне и уменьшилась за отчетный период всего на 4,6 %.

Коэффициент совместительства в целом у врачей-эндоскопистов в 2002 году был достаточно высок (1,86). За период наблюдения он уменьшился более чем на 20 % и составил в 2012 году 1,61. Между тем необходимо отметить, что он несколько превышает общесетевой по всем специальностям (1,3 в 2012 году) и намного меньше такового по ряду врачебных специальностей (2,9 у профпатологов, 1,9 у патологоанатомов, 2 у врачей клинических лабораторной диагностики).

Таблица 1.**Число штатных должностей врачей-эндоскопистов при различных условиях оказания медицинской помощи в НУЗ ОАО «РЖД» в 2002—2013 гг.**

Годы	Число штатных должностей всего	Число штатных должностей в поликлиниках	Число штатных должностей в стационарах	Число штатных должностей в дорожных больницах
2002	359,5	132,75	226,75	93,5
2003	358,25	137,5	220,75	94
2004	350,25	134	216,25	96,25
2005	358	148,5	209,5	95
2006	348,25	139,5	208,75	89,25
2007	344,5	142	202,5	97,25
2008	336,25	150	186,25	90
2009	321,25	147	174,25	93,5
2010	307,75	136,75	171	91,75
2011	300,5	132,25	168,25	92,75
2012	300,25	132,25	168	91
2013	н/д	н/д	н/д	н/д
Темп прироста	-16,4 %	0 %	-25,7 %	-2,2 %

Таблица 2.**Обеспеченность врачами-эндоскопистами при различных условиях оказания медицинской помощи в НУЗ ОАО «РЖД» в 2002—2013 гг.**

Годы	Число занятых должностей всего	Число штатных должностей всего на 10000	Число штатных должностей в поликлиниках на 10000	Число штатных должностей в стационарах на 10000
2002	342,5	0,79	0,29	0,50
2003	342	0,81	0,31	0,50
2004	334	0,83	0,32	0,51
2005	336,5	0,88	0,36	0,51
2006	323,3	0,90	0,36	0,54
2007	321	0,94	0,39	0,55
2008	305,5	0,96	0,43	0,53
2009	290,8	0,96	0,44	0,52
2010	279,75	0,95	0,42	0,53
2011	275,75	0,94	0,41	0,53

2012	273	0,96	0,42	0,54
2013	н/д	н/д	н/д	н/д
Темп прироста	-20 %	21,5 %	44,8 %	8 %

Таблица 3.

Некоторые показатели деятельности врачей-эндоскопистов оказания медицинской помощи в НУЗ ОАО «РЖД» в 2002—2013 гг.

Годы	Число физических лиц врачей эндоскопистов	Укомплектованность врачами эндоскопистами	Коэффициент совместительства врачей эндоскопистов	Число физических лиц на 10000
2002	184	95,3	1,86	0,40
2003	187	95,5	1,83	0,42
2004	189	95,4	1,77	0,45
2005	181	94	1,86	0,44
2006	173	92,8	1,9	0,44
2007	175	93,2	1,8	0,48
2008	178	90,9	1,7	0,51
2009	173	90,5	1,7	0,52
2010	171	90,9	1,68	0,53
2011	167	91,8	1,65	0,52
2012	169	90,9	1,62	0,54
2013	н/д	н/д	н/д	н/д
Темп прироста	-8,2%	-4,6%	-23%	35%

Далее рассмотрим динамику изменения уровня квалификации эндоскопистов за отчетный период (табл. 4). Наблюдается отчетливая положительная динамика. Удельный вес врачей, имеющих квалификационную категорию, вырос с 66 % в 2002 году до 81 % в 2013. Число физических лиц эндоскопистов имеющих высшую квалификационную категорию увеличилось почти на 60 процентов (с 51 в 2002 году до 82 в 2013 соответственно). Некоторое снижение числа лиц с первой квалификационной категорией объясняется их переходом на более высокий профессиональный уровень (получение высшей категории). Достаточное количество врачей, имеющих вторую квалификационную категорию, свидетельствует о стабильном притоке молодых кадров в эндоскопическую службу.

Таблица 4.

Число врачей-эндоскопистов, имеющих квалификационную категорию в НУЗ ОАО «РЖД» в 2002—2013 гг.

Годы	Число физических лиц имеющих высшую категорию	Число физических лиц имеющих первую категорию	Число физических лиц имеющих вторую категорию	Удельный вес врачей имеющих категорию
2002	51	54	17	66,3
2003	55	54	16	66,8
2004	67	46	21	70,9
2005	73	33	23	71,3
2006	77	31	22	75,1
2007	83	25	24	75,4
2008	79	35	16	73,0
2009	83	36	14	76,9
2010	82	42	13	80,1
2011	82	40	16	82,6
2012	81	35	17	78,7
2013	82	36	17	81,2
Темп прироста	59%	-35%	0%	

Рассмотрев кадровый потенциал эндоскопической службы НУЗ ОАО «РЖД», перейдем к анализу аппаратной базы (табл. 5). Во-первых, необходимо отметить, что число аппаратов для исследований в целом остается стабильным в течение всего периода исследования (850 в 2002 году и 834 в 2013 году). В то время как количество отдельных их видов изменяется по-разному. Наблюдается тенденция незначительного увеличения числа колоноскопов и снижения количества бронхоскопов. Уровень нагрузки на аппаратную базу (число исследований на аппарат) также показывает тренд разной направленности. В целом по всем видам он незначительно снизился. При анализе стратифицированных по видам аппаратов показателей нагрузки отмечается двукратный рост числа исследований на колоноскоп. Число исследований на один гастроскоп остается стабильным на уровне 530—550 исследований в год.

Таблица 5.

Некоторые показатели использования аппаратной базы эндоскопической службы в НУЗ ОАО «РЖД» в 2002—2013 гг.

Годы	Аппараты всего		Гастроскопы		Колоноскопы		Бронхоскопы	
	Число аппаратов	Число исслед на апп						
2002	850	384,3	541	556,1	186	85,02	123	118,9
2003	830	391,1	527	575,5	174	95,5	129	117,7
2004	932	358	584	532,8	195	94,1	153	102,9
2005	916	351,6	579	535,2	190	104,15	147	101,9
2006	884	363,9	548	552,6	185	119,61	151	101,6
2007	845	377,9	525	574,7	187	130,29	133	100,8
2008	880	349,1	572	508,0	177	141,9	131	100,4
2009	845	356,8	539	519,9	176	144,3	130	95,5
2010	864	365,8	547	527,4	181	155,7	136	86,0
2011	844	367,3	532	526,3	179	168,4	133	90,4
2012	847	366,6	524	533,6	187	165,2	136	83,3
2013	834	309	526	527,6	192	170,6	116	85,6
Темп прир	-2 %	-20,5 %	-2,8 %	-5,2 %	3,2 %	100 %	-5,7 %	-15 %

В дальнейшем необходимо остановиться на анализе некоторых показателей, отражающих качественный уровень эндоскопических исследований и структуру этого вида диагностики (табл. 6, 7). Прежде всего, необходимо отметить повышение уровня обеспеченности эндоскопическими исследованиями в расчете на 10000 прикрепленного населения (рост на 44,5 % по сравнению с 2002 годом). За 12 лет на 23,5 % увеличилась нагрузка на одного врача в год (уровень этой нагрузки в целом соответствует нормативным требованиям министерства здравоохранения РФ). Почти в 1,5 раза вырос удельный вес эндоскопических исследований со взятием материала на цитоморфологическое исследование. Удельный вес эндоскопических лечебных процедур сохраняется на уровне 8—10 %. Кроме того отмечаются достаточно значимые изменения в структуре эндоскопических исследований за период исследования. Наблюдается почти трехкратное увеличение числа колоноскопий в абсолютном выражении (и увеличение удельного веса в 2 раза). В то время как количество бронхоскопий снизилось на 35 %.

Таблица 6.

**Некоторые показатели деятельности эндоскопической службы
при осуществлении диагностических технологий
в НУЗ ОАО «РЖД» в 2002—2013 гг.**

Годы	Число эндоскопических исследований на 10000	Нагрузка на 1 врача эндоскописта	Удельный вес эндоскопических исследований со взятием материала на цитоморфологию	Удельный вес эндоскопических лечебных процедур
2002	730	1050	17	7
2003	755	1101	17	9
2004	817	1144	20	9
2005	846	1105	21	9
2006	873	1144	22	9
2007	925	1162	21	8
2008	937	1174	22	10
2009	947	1204	24	8
2010	1010	1274	24	8
2011	1007	1283	23	8
2012	1027	1319	24	8
2013	1054	1297	26	7
Темп прироста	44,5 %	23,5 %		

Таблица 7.

**Число различных видов эндоскопических исследований
в НУЗ ОАО «РЖД» в 2002—2013 гг.**

Годы	Всего		Гастроскопия		Колоноскопия		Бронхоскопия	
	Число исследований	Удельн вес						
2002	331918		300860	90,6	15813	4,76	15245	4,59
2003	335070		303276	90,5	16617	4,96	15177	4,53
2004	345210		311124	90,1	18349	5,32	15737	4,56
2005	344674		309902	89,9	19788	5,74	14984	4,35
2006	339383		302818	89,2	22128	6,52	14437	4,25
2007	340453		301714	88,6	24364	7,16	14375	4,22
2008	328860		290591	88,4	25122	7,64	13147	4,00
2009	318059		280252	88,1	25396	7,98	12411	3,90
2010	328368		288504	87,9	28175	8,58	11689	3,56
2011	322120		279966	86,9	30136	9,36	12018	3,73
2012	321853		279632	86,9	30887	9,60	11334	3,52
2013	320221		277530	86,7	32759	10,23	9932	3,10
Темп прир	-3,2 %		-7,8 %		107,2 %		-35 %	

Таблица 8.

Число различных эндоскопических исследований в различных условиях оказания помощи в НУЗ ОАО «РЖД» в 2002—2013 гг.

Годы	Всего	В ДС поликлиник		В ДС стационаров	
	Число исследований	Число исследований	Удельный вес	Число исследований	Удельный вес
2002	331918	3765	1,0	4106	1,14
2003	335070	4695	1,2	4946	1,31
2004	345210	5984	1,6	6513	1,70
2005	344674	7225	1,9	5590	1,50
2006	339383	9966	2,7	6044	1,63
2007	340453	9861	2,6	5489	1,47
2008	328860	11245	3,1	4582	1,28
2009	318059	11853	3,4	4830	1,38
2010	328368	11750	3,3	4621	1,30
2011	322120	13786	3,9	4369	1,24
2012	321853	16253	4,5	4205	1,17
2013	320221	н/д	н/д	н/д	н/д
Темп прироста	-3,2 %	431 %		2,4 %	

Оценив динамику объемных показателей и уровень обеспеченности эндоскопическими исследованиями в целом в НУЗ ОАО «РЖД», необходимо перейти к анализу этих показателей в контексте развития этого раздела диагностических исследований в различных условиях оказания медицинской помощи. Для этого мы сравнили динамику развития эндоскопии в различных условиях оказания медицинской помощи (НУЗ в целом, ДС при АПУ, ДС при больницах). Но так объемы в различных условиях сравнивать не корректно, нами были рассчитаны коэффициенты наглядности и представлены в графическом виде (рис. 1, 2). Данные представлены только по 2011 год включительно (т.к. в отчетных формах с 2012 года нет деления на типы ДС).

Таким образом, число эндоскопических исследований в абсолютном выражении в целом по НУЗ остается неизменным. Число таковых в ДС больниц в 2006 году выросло в 2,5 раза. И хотя в дальнейшем отмечается некоторое снижение числа исследований, в 2011 году их все равно проводилось в 2 раза больше по сравнению с 2002. В заключение отметим, что наибольшая динамика отмечается в ДС АПУ: число эндоскопий увеличилось в 3,5 раза. Подводя итог, необходимо остановиться на динамике обеспеченности на 10000. Этот

показатель в целом увеличился на 30 %, однако в ДС АПУ вырос почти в 5 раз.

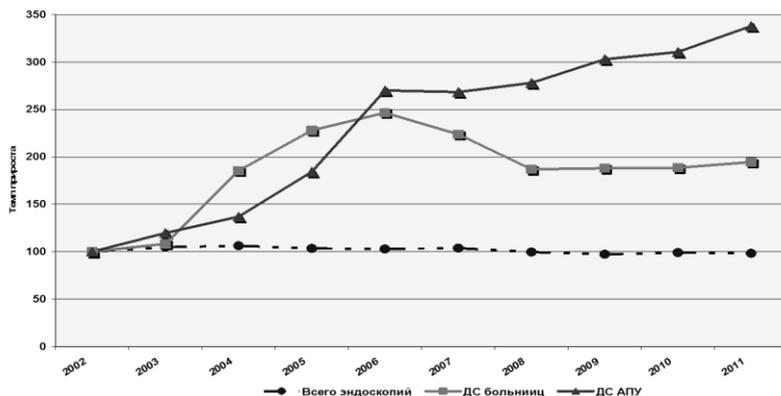


Рисунок 1. Число эндоскопических исследований проведенных в различных условиях оказания медицинской помощи в НУЗ ОАО РЖД в 2002—2011 году в коэффициентах наглядности

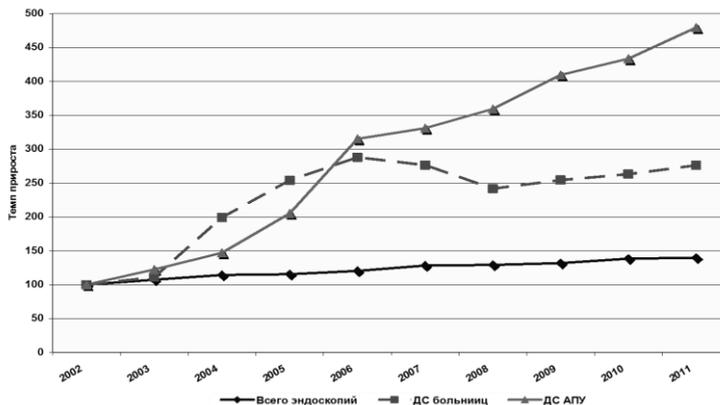


Рисунок 2. Число эндоскопических исследований на 10000 населения в различных условиях оказания медицинской помощи в НУЗ ОАО РЖД в 2002—2011 году в коэффициентах наглядности

Выводы.

Состояние и уровень развития эндоскопической службы медицинского комплекса железнодорожного транспорта соответствуют современным требованиям.

Отмечается некоторое снижение ресурсной базы в абсолютном выражении (снижение числа штатных должностей врачей-эндоскопистов в целом, незначительное снижение числа исследований в целом). При этом необходимо отметить, что это снижение протекает на фоне роста ресурсной обеспеченности в расчете на объем прикрепленного населения практически по всем показателям.

Между тем, изменение штатной численности врачей-эндоскопистов происходит неравномерно в различных условиях оказания медицинской помощи и в различных типах НУЗ. Наибольшее снижение числа специалистов отмечается в круглосуточных стационарах. При оказании амбулаторно-поликлинической помощи эта тенденция значительно слабее, что связано с проводимой реструктуризацией медицинского комплекса ОАО «РЖД».

В дорожных больницах, как основных структурообразующих единицах системы железнодорожной медицины, число штатных должностей остается на прежнем уровне.

Уровень квалификации врачей-эндоскопистов ОАО «РЖД» достаточно высокий. За период исследования отмечается значительное увеличение числа и удельного веса специалистов, имеющих высшую квалификационную категорию.

Повышение нагрузки на одного врача в течение 12 лет более чем на 20 % свидетельствует о повышении уровня доступности этого вида диагностических исследований для прикрепленного населения.

При анализе тенденции изменения числа исследований в абсолютном выражении и изменении структуры отдельных видов исследований выявлено следующее. Увеличение числа и удельного вида колоноскопий свидетельствует о повышении уровня квалификации врачей-эндоскопистов и увеличении степени доступности этого вида диагностических исследований.

Снижение числа и удельного веса бронхоскопических исследований, скорее всего, связано с реструктуризацией сети НУЗ — значительное сокращение числа и мощности круглосуточных стационаров (бронхоскопия проводится в стационарных условиях при наличии штатных врачей-анестезиологов).

При сравнении трендов развития эндоскопической диагностики в различных условиях оказания медицинской помощи выявлено, что наибольшие темпы развития отмечаются при использовании

стационарозамещающих технологий (в первую очередь в ДС при АПУ).

Список литературы:

1. Атьков О.Ю. Основные принципы развития отраслевого здравоохранения / О.Ю. Атьков //1-ый съезд врачей железнодорожного транспорта России: тезисы докл. М., 2004. — С. 3.
2. Габуева Л.А. Основные подходы к развитию государственно-частного партнерства в региональных программах здравоохранения./ Л.А. Габуева, В.В. Алмазов// Здравоохранение — 2014. — № 07. — С. 15—17.
3. Концепция реформирования комплекса объектов здравоохранения ОАО «РЖД» на период 2010-2015гг (ОАО «РЖД» департамент здравоохранения). препринт. М., 2010. — С. 2—19.
4. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"» — С. 23.
5. Стратегия улучшения здоровья работников ОАО «РЖД» на период 2010—2015 гг. (ОАО «РЖД» департамент здравоохранения). препринт. М., 2010. — С. 5—12.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД: РОЛЬ СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Пархоменко Анна Александровна

*ассистент кафедры организации здравоохранения,
общественного здоровья и медицинского права
Саратовского государственного медицинского
университета им. В.И. Разумовского,
РФ, г. Саратов*

E-mail: amantes-amentes@mail.ru

REHABILITATION OF PATIENTS WITH BRAIN INFARCTION DURING THE REHABILITATION PERIOD: THE ROLE OF HOSPITAL AND OUTPATIENTLY POLYCLINIC HEALTHCARE ORGANIZATIONS

Anna Parhomenko

*assistant of Public Health Organization, Public Health and Medical Law Chair,
Saratov State Medical University named after V.I. Razymovsky,
Russia, Saratov*

АННОТАЦИЯ

С целью поиска путей совершенствования системы реабилитации больных с инфарктом головного мозга проведен анализ взаимодействия отделений реабилитации и городских поликлиник. Использованы документальный, аналитический и статический методы. Выявлены положительные тенденции, реализуемые за счет деятельности специалистов амбулаторно-поликлинического звена: 1) увеличение числа прошедших стационарную реабилитацию больных, 2) уменьшение сроков с момента развития инфаркта головного мозга до госпитализации в отделение реабилитации.

ABSTRACT

In order to find ways to improve the rehabilitation system of patients with brain infarction the analysis of rehabilitation units and municipal polyclinics interaction was carried out. Documentary, analytical and static methods were used. The positive trends realized by the specialists' activities of outpatiently polyclinic unit are identified: 1) increasing of the patients' number who have polyclinic rehabilitation 2) reduction of terms since the development of brain infarction before hospitalization to the rehabilitation department.

Ключевые слова: инфаркт головного мозга; отделения реабилитации; амбулаторно-поликлинические организации.

Keywords: brain infarction; rehabilitation units; outpatiently polyclinic organizations.

Инфаркт головного мозга, как преобладающий вид инсульта [2], занимает одно из ведущих мест среди причин временной и стойкой утраты нетрудоспособности. Инсульт в целом (ишемический и геморрагический) стоит на первом месте среди причин инвалидности взрослого населения [3]. Подобная ситуация определяет пристальное внимание ученых и организаторов здравоохранения к проблеме

реабилитации больных после инсульта. Происходит активное совершенствование этапной системы оказания медицинской помощи при данном заболевании. Основными частями этой системы являются: скорая помощь, стационар и амбулаторно-поликлиническое звено [5]. Стационарные медицинские организации играют важную роль, как в острый, так и в восстановительный период заболевания. В последнем случае оказание медицинской помощи осуществляется в отделениях восстановительного лечения, в настоящее время именуемых отделениями реабилитации в соответствии с принятым Порядком организации медицинской реабилитации. Опубликованные результаты исследований [1; 6] свидетельствуют об эффективности данной формы организации медицинской помощи при инсульте: снижению в результате ее использования показателей временной и стойкой нетрудоспособности, повышению доли лиц, независимых в повседневной жизни.

Целью работы стал поиск путей совершенствования системы реабилитации больных с инфарктом головного мозга на основании анализа взаимодействия отделений реабилитации и городских поликлиник.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. сравнительный анализ деятельности отделения реабилитации и поликлиник, оказывающих медицинскую помощь в восстановительный период инфаркта головного мозга;
2. определение роли специалистов амбулаторно-поликлинического звена в организации своевременной госпитализации больных на стационарный этап реабилитации.

В ходе проведения работы были использованы документальный, аналитический и статический методы. Изучено 100 медицинских карт стационарных (форма 003/у) и 100 медицинских карт амбулаторных (форма 025/у) больных, 650 выписок из медицинских карт стационарных больных (форма 027/у). Средний возраст больных $65,4 \pm 32,3 \pm 1,9$ лет ($M \pm 3\sigma \pm 2m$). 48 % выборочной совокупности составили мужчины, 52 % — женщины. Карты выкопировки данных из документации содержали сведения об объемах и сроках оказанной больным медицинской помощи по поводу инфаркта головного мозга. Были проанализированы виды назначенных препаратов, применявшихся немедикаментозных методов реабилитации, даты развития инфаркта головного мозга, поступления в отделение на реабилитацию и выписки из стационара. Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладного пакета SPSS 16.0. Статистическая значимость различий в группах оценивалась применением χ^2 -критерия и t-критерия Стьюдента.

По данным медицинской документации выявлен большой охват методами немедикаментозной реабилитации пациентов на стационарном этапе, чем на амбулаторном этапе (таблица 1), как по отдельным процедурам, так и в целом (все различия в группах статистически значимы на уровне $p < 0,05$).

Таблица 1.

Частота предоставления медицинских услуг по реабилитации в условиях отделения реабилитации и городских поликлиник (доля от общего числа больных)

Наименование услуги	Частота предоставления в стационаре (ед.)	Частота предоставления амбулаторно (ед.)	Статистическая значимость различий в группах*
Медикаментозная реабилитация	1,0	1,0	$p > 0,05$
Лечебная физкультура	0,72	0,09	$p < 0,05$
Физиотерапия	0,88	0,19	$p < 0,05$
Массаж	0,32	0,09	$p < 0,05$
Занятия с логопедом	0,06	0,0	$p < 0,05$
Немедикаментозная реабилитация (всего – один и более методов)	0,98	0,21	$p < 0,05$

*Рассчитана с использованием χ^2 -критерия и t -критерия Стьюдента

Частота предоставления услуг по медикаментозной реабилитации не отличалась — всем больным как на стационарном, так и на амбулаторном этапе назначались препараты нейропротекторного действия. Лекарственные средства для профилактики повторных острых нарушений мозгового кровообращения были рекомендованы 100 % пациентов в отделении и 96 % пациентов в поликлинике.

Средняя длительность пребывания больного с инфарктом головного мозга на койке реабилитации составила всего $7,8 \pm 0,6$ ($M \pm 2m$) дней, то есть пациенты получали процедуры всего 7—8 раз. Столь низкая длительность госпитализации связана с недостатком реабилитационных коек. При увеличении числа больных, нуждающихся и направляемых на данный вид реабилитации, единственным способом расширения контингента пациентов, его получающих, является уменьшение среднего койко-дня и увеличения оборота койки. На рисунке 1 представлена динамика роста по месяцам числа больных с инфарктом головного мозга, госпитализированных в отделение

реабилитации (коэффициент аппроксимации R^2 составил 0,76, что свидетельствует о статистической значимости изменений во времени).

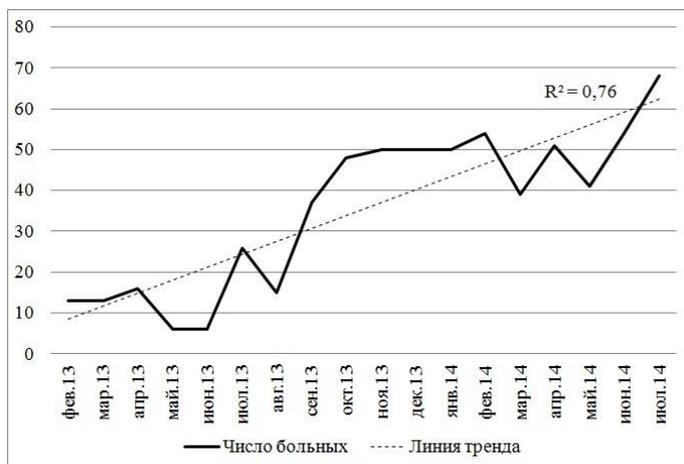


Рисунок 1. Динамика числа больных с инфарктом головного мозга, госпитализированных в отделение реабилитации (абс. по месяцам)

Данная тенденция реализуется за счет деятельности специалистов амбулаторно-поликлинического звена. 65 % больных направлены в отделение реабилитации неврологами поликлиник, 3 % — терапевтами (при отсутствии в поликлинике невролога).

32 % больных поступили по направлению из отделений острых нарушений мозгового кровообращения. Срок их госпитализации в отделение реабилитации с момента развития инфаркта головного мозга статистически значимо не менялся за изучаемый период (с февраля 2013 года по июль 2014 года) и колебался в пределах 21—30 дней.

В группе же больных, направленных специалистами поликлиники, среднее число дней, прошедших с момента развития инфаркта головного мозга до госпитализации в отделение реабилитации, снизилось с 217 дней в феврале 2013 года до 31 дня в июле 2014 года (рисунок 2).

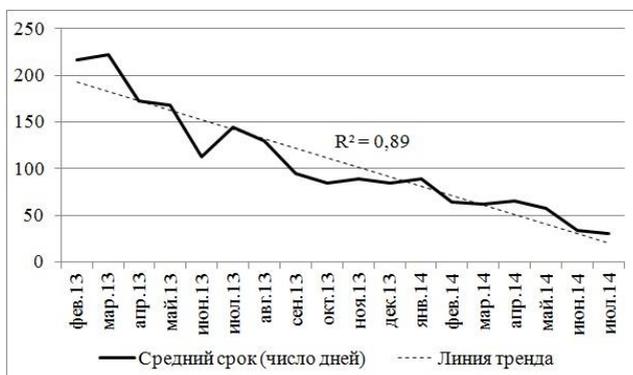


Рисунок 2. Изменение сроков с момента развития инфаркта головного мозга до госпитализации в отделение реабилитации (средн. число дней)

Уменьшение сроков с момента развития инфаркта головного мозга статистически значимо (коэффициент аппроксимации R^2 составил 0,89). В совокупности с увеличением числа больных, госпитализированных в отделение реабилитации по поводу инфаркта головного мозга, это свидетельствует об улучшении функционирования этапной системы оказания медицинской помощи при данном заболевании.

В тоже время следует отметить низкую доступность немедикаментозных методов реабилитации и как следствие недостаточное качество медицинской помощи при инфаркте головного мозга в условиях городских поликлиник. Проведенное исследование показало, что лечебной физкультурой в поликлинике занимаются всего 9 % пациентов, занятия с логопедом не проводились вообще. По данным же литературы [4; 7] более 80 % больных по окончании острого периода инсульта имеют двигательные расстройства, более трети — речевые, что требует применения соответствующих реабилитационных методик. То есть в условиях поликлиники потребность лиц, перенесших инсульт, в реабилитации не удовлетворяется. Частично это может компенсироваться направлением больных в стационарные отделения реабилитации. Однако с учетом низкой длительности пребывания на койках данного профиля необходимо также и совершенствование амбулаторного этапа реабилитации, на котором больной получает медицинскую помощь основную часть времени в восстановительном периоде инфаркта головного мозга.

На основании полученных результатов сделаны следующие выводы:

1. частота предоставления медицинских услуг по немедикаментозной реабилитации больных с инфарктом головного мозга в отделениях реабилитации выше, чем в поликлиниках (всего 0,98 и 0,21 соответственно, $p < 0,05$), однако выявлена низкая кратность их предоставления (7—8 процедур);

2. уровень использования немедикаментозных методов в условиях поликлиники не удовлетворяет потребности больных с инфарктом головного мозга в отношении двигательной и речевой реабилитации,

3. специалисты амбулаторного звена играют важную роль в организации стационарного этапа реабилитации после инфаркта головного мозга — большинство больных с данным диагнозом (68 %) направляются в отделения реабилитации неврологами и терапевтами поликлиник,

4. за счет деятельности специалистов амбулаторно-поликлинического звена отмечаются положительные тенденции оказания медицинской помощи в отделении реабилитации: растет число получающих данный вид помощи больных ($R^2=0,76$ для линии тренда), уменьшается срок с момента развития инфаркта головного мозга до госпитализации больных на стационарный этап реабилитации ($R^2=0,89$).

Таким образом, активное взаимодействие участников системы оказания медицинской помощи больным после инсульта, и в частности инфаркта головного мозга, позволяет реализовать принципы этапности и непрерывности процесса реабилитации при данном заболевании. Усиление работы поликлинических организаций по раннему направлению больных на проведение реабилитации в стационарных условиях является одним из возможных путей совершенствования системы реабилитации больных с инфарктом головного мозга. Также необходимо развитие реабилитационной помощи в условиях амбулаторно-поликлинических медицинских организаций.

Список литературы:

1. Гусев А.О. Научное обоснование организации отделений восстановительного лечения больных с заболеваниями системы кровообращения в крупном многопрофильном стационаре: Автореф. дис. докт. мед. наук СПб., 2014. — 40 с.
2. Кадыков А.С. Сосудистые заболевания головного мозга: справочник / Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. М.: Миклош, 2010. — 200 с.
3. Неврология. Национальное руководство / Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. М.: ГЭОТАР-медиа, 2009 г. — 1040 с.
4. Парфенов В.А. Некоторые аспекты диагностики и лечения ишемического инсульта // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2010. — № 1. — С. 13—18.

5. Приказ Минздравсоцразвития РФ № 928н от 11 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»: [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=94787> (дата обращения: 01.02.2015).
6. Рейнштейн Д.И. Научное обоснование деятельности отделений восстановительного лечения больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в стационарных условиях: Автореф. дис. канд. мед. наук СПб., 2011. — 20 с.
7. Суслина З.А. Сосудистая патология головного мозга: итоги и перспективы // Анн. неврол. — 2007. — Т. 1, — № 1. — С. 10—16.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ВЫБОР ПАЦИЕНТКОЙ С УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ УСЛОВИЙ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Устинова Елена Юрьевна

*д-р мед. наук, доцент кафедры онкологии, лучевой терапии и лучевой
диагностики Воронежской государственной медицинской академии,
РФ, г. Воронеж
E-mail: ustinova48@list.ru*

Рыжих Ольга Валерьевна

*канд. мед. наук, доцент кафедры онкологии, лучевой терапии и лучевой
диагностики Воронежской государственной медицинской академии,
РФ, г. Воронеж
E-mail: ryzhix04@yandex.ru*

Разинкова Ольга Николаевна

*врач-онколог онкологического отделения № 2 негосударственного
учреждения здравоохранения «Дорожная клиническая больница»
на станции Воронеж-1 открытого акционерного общества
«Российские Железные Дороги»,
РФ, г. Воронеж
E-mail: oncology@vsmaburdenko.ru*

INFLUENCE OF MEDICAL AND SOCIAL FACTORS ON SURGICAL TREATMENT EXECUTION CONDITIONS CHOICE OF PATIENT WITH JUNCTIONAL PATHOLOGY OF GLANDULA MAMMARIA

Elena Ustinova

*doctor of Medical Sciences, Associate professor of Oncology, Beam-therapy
and X-ray Diagnostics Chair, Voronezh State Medical Academy,
Russia, Voronezh*

Olga Rizhik

*candidate of Medical Sciences, Associate professor of Oncology, Beam-
therapy and X-ray Diagnostics Chair, Voronezh State Medical Academy,
Russia, Voronezh*

Olga Razinkova

*oncologist of Oncology Unit №2, Non-governmental Healthcare Institution
“Road Clinical Hospital” at the station Voronezh-1
JSC “Russian Railways”,
Russia, Voronezh*

АННОТАЦИЯ

Социальная удовлетворенность населения медицинским обслуживанием - один из важных критериев качества медицинских услуг. Путем социологического опроса пациенток с доброкачественной узловой патологией молочных желез показано, что на выбор больной стационарзамещающих условий лечения влияют такие факторы как возраст больной моложе 50 лет, отсутствие тяжелой соматической патологии, совместное проживание с родственниками, наличие работы. Эти факторы нужно учитывать при формировании показаний к направлению больной на амбулаторное хирургическое лечение.

ABSTRACT

Social public satisfaction with medical care is one of the important criteria for the quality of medical services. By sociological survey of patients with benign junctional pathology of glandula mammaria it is shown that such factors as age of the patient under 50, the absence of severe somatic pathology, living together with relatives, having a job influence the patient's choice of replacing hospital treatment conditions. These factors should be taken into account when forming the indications of patient's referral for surgical treatment.

Ключевые слова: медико-социальные факторы; стационаро-замещающее лечение; молочная железа.

Keywords: medical and social factors; replacing hospital treatment; glandula mammae.

На современном этапе одной из главных управленческих задач в области охраны здоровья населения становится повышение качества и доступности медицинской помощи за счет эффективного использования ограниченных финансовых, материальных, трудовых и иных ресурсов здравоохранения [2, с. 21] [3, с. 181]. В условиях дефицита финансирования медицинской отрасли, нарастания стоимости госпитальной койки предпринимаются попытки перемещения объемов оказываемой медицинской помощи из дорогостоящего госпитального сектора в менее дорогой — амбулаторный [1, с. 1].

Необходимость увеличения объемов стационарозамещающей помощи относится и к онкологической службе. Отмечаемая в последние годы тенденция роста числа больных как злокачественными, так и доброкачественными новообразованиями молочных желез [4, с. 43], хирургическое лечение которых осуществляется в условиях онкологических диспансеров, диктует целесообразность перенаправления потока пациенток с доброкачественной узловой патологией молочных желез на лечение в условиях дневного стационара.

При формировании показаний к направлению больных с доброкачественными образованиями молочных желез на хирургическое лечение в условиях однодневного стационара необходимо учитывать не только медицинские показания, обеспечивающие возможность кратковременного наблюдения за пациенткой, но и пожелания самой больной, так как социальная удовлетворенность населения медицинским обслуживанием рассматривается как один из важных критериев качества медицинских услуг [5, с. 7].

Цель исследования — определить ведущие медико-социальные факторы, оказывающие влияние на выбор пациенткой с узловой патологией молочной железы условий проведения хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Базой исследования являлся региональный областной клинический онкологический диспансер, единицей наблюдения — больная с узловой патологией молочной железы и хирургическим вмешательством в объеме секторальной резекции.

В качестве материала для исследования и анализа использовались анкеты 305 больных с узловой патологией молочных желез, получивших хирургическое лечение в условиях дневного стационара и госпитального отделения онкологического диспансера.

Путем корреляционного анализа с использованием коэффициента корреляции Пирсона (r) изучена зависимость между выбором больной условий проведения хирургического лечения и такими медико-социальными факторами как возраст; совместное проживание с родственниками; наличие сопутствующих хронических заболеваний, требующих диспансерного наблюдения; наличие работы; район проживания; удаленность проживания от ЛПУ, где проводится послеоперационное лечение; образование и материальное благополучие.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди опрошенных 305 пациенток лечиться в условиях дневного стационара предпочитает 63,9 %, в условиях госпитального отделения — 29,5 %, затруднились с ответом — 6,6 % (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение респондентов в зависимости от выбора условий лечения (%)

Условия лечения	%
В условиях дневного стационара	63,9
В условиях госпитального отделения	29,5
Затрудняюсь ответить	6,6

Выбор пациенткой условий проведения лечения (дневной или круглосуточный стационар) определяют факторы: наличие/отсутствие совместно проживающих родственников ($r=0,92$), наличие/отсутствие хронических заболеваний, требующих диспансерного наблюдения ($r=0,66$), возраст больной (старше/моложе 50 лет; $r=0,63$) (табл. 2).

Таблица 2.

Зависимость между медико-социальными факторами и выбором пациентки с узловой патологией молочной железы условий лечения

Фактор	Коэффициент корреляции Пирсона (r)	Сила связи
С кем проживаете (одна или с родственниками)	0,92	Очень сильная связь
Хронические заболевания	0,66	Связь средней силы
Возраст	0,63	
Работа	0,46	Умеренная связь
Район проживания	0,22	Слабая связь
Время на дорогу	0,2	
Образование	0,15	
Доход	-0,06	Связь отсутствует

Среди респондентов, предпочитающих лечиться в условиях дневного стационара, большая доля лиц в возрасте в возрасте до 50 лет (в возрасте до 30 лет — 94 %, от 30 до 49 лет — 94 %), работающих (82 %), имеющих совместно проживающих с ними родственников (91 %), не состоящих на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний (77 %) (рис. 1; 2).

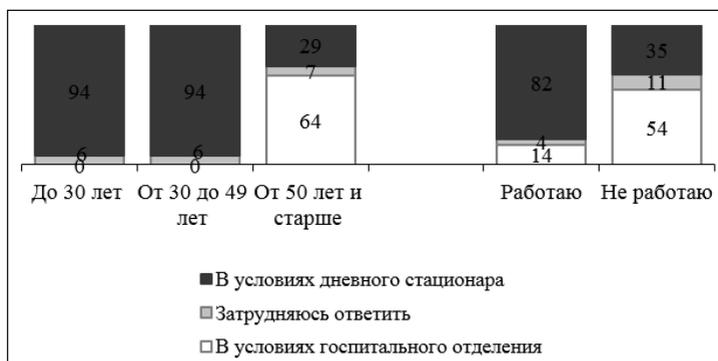


Рисунок 1. Влияние факторов «возраст» и «наличие работы» на выбор респондентами условий проведения лечения

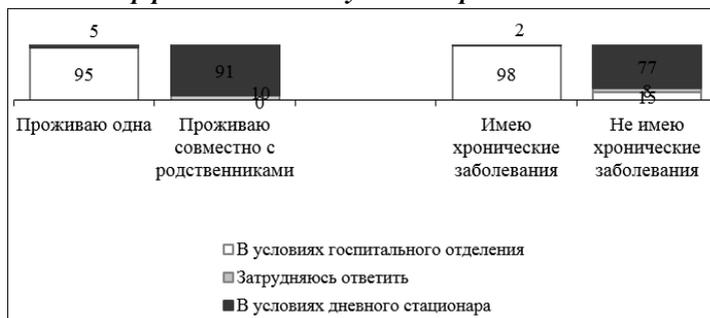


Рисунок 2. Влияние факторов «совместного проживания с родственниками» и «наличия хронических заболеваний» на выбор респондентами условий проведения лечения

На основании данных анализа ведущими факторами, определяющими выбор госпитальных условий лечения, являются:

- отсутствие проживающих совместно с больной родственников ($95 \pm 1,2 \%$),
- наличие хронических заболеваний ($98 \pm 0,8 \%$),

- возраст старше 50 лет ($64,0 \pm 2,7$ %),
- неработающие ($54 \pm 2,8$ %).

Достоверно влияют на выбор больной госпитальных условий лечения факторы: отсутствие совместно проживающих родственников, наличие хронических заболеваний ($t=2,08$; $p \leq 0,05$), возраст старше 50 лет и неработающие ($t=3,9$; $p \leq 0,001$).

Более вероятно выберут дневной стационар лица, проживающие совместно с родственниками, не имеющие хронических заболеваний, моложе 50 лет и работающие.

Таким образом, при формировании показаний к направлению больной на стационарозамещающее хирургическое лечение кроме основного медицинского фактора (доброкачественного характера узловой патологии молочной железы), определяющего краткосрочность медицинского наблюдения за пациенткой, необходимо учитывать такие факторы как возраст больной моложе 50 лет, отсутствие тяжелой соматической патологии, совместное проживание с родственниками, наличие работы.

Список литературы:

1. Большедворов Р.В. Стационарозамещающие однодневные технологии в анестезиологической службе / Р.В. Большедворов // Проблемы управления здравоохранением — 2010. — № 2. — С. 69—71.
2. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине / В.Г. Дьяченко. Хабаровск: Издательство ГОУ ВПО ДВГМУ, 2007. — 490 с.
3. Оловяшник И.В. Управление учреждениями здравоохранения в современных условиях хозяйствования И.В. Оловяшник // Вектор науки ТГУ. — 2012. — № 1(19). — С. 181—183.
4. Оценка деятельности диагностического центра по выявлению предопухолевой и опухолевой патологии молочной железы / Л.Ф. Писарева [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2009. — Т. LVIII. — № 2. — С. 43—47.
5. Светличная Т.Г. Профиль удовлетворенности пациентов первичной амбулаторной медицинской помощью / Т.Г. Светличная, О.А. Цыганова, Е.Л. Борчанинова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2010. — № 5—6. — С. 3—7.

ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шульгина Светлана Викторовна

*аспирант, Северный государственный медицинский университет,
РФ, г. Архангельск
E-mail: s.shulgina@list.ru*

PUBLIC OPINION IN THE ASSESSMENT OF SYSTEM EFFECTIVENESS OF HEALTH CARE

Svetlana Shulgina

*graduate Northern state medical University,
Russia, Arkhangelsk*

АННОТАЦИЯ

Целью исследования является рассмотрение возможности анализа эффективности деятельности системы здравоохранения используя результаты социологического опроса и данные официальной статистики. Социологическое исследование проведено на территории Архангельской области. Для анализа статистических данных использован период с 1998 по 2012 годы.

Полученные результаты анализа общественного мнения только частично совпадают с данными официальной статистики.

Подтверждена необходимость использования результатов социологического исследования при оценке эффективности системы здравоохранения.

ABSTRACT

Research objective is consideration of possibility of the analysis of efficiency of activity of health system using results of sociological poll and data of official statistics. Sociological research is conducted in the territory of the Arkhangelsk region. For the analysis of statistical data the period from 1998 to 2012 is used.

The received results of the analysis of public opinion only partially coincide with data of official statistics.

Need of use of results of sociological research at an assessment of system effectiveness of health care is confirmed.

Ключевые слова: эффективность системы здравоохранения; социологическое исследование.

Keywords: system effectiveness of health care; sociological research.

В последнее время государством уделяется большое внимание развитию системы здравоохранения. Программы реформирования системы здравоохранения и привлечение дополнительных средств направлены на повышение доступности и эффективности работы в целом [2, с. 50]. О достижениях в отрасли принято рассказывать, опираясь на данные официальной статистики. Но использование только статистических показателей может привести к неправильным выводам и в дальнейшем к принятию ошибочных решений [1, с. 69]. Дополнительные данные, полученные в результате опросов населения, позволяют оценить обратную связь на основе самооценки населением своего здоровья, расширяют данные официальной статистики и более полно раскрывают картину деятельности системы в целом.

Цель работы: рассмотреть возможность анализа эффективности деятельности региональной системы здравоохранения используя результаты социологического опроса и данные официальной статистики.

Методы: Для анализа общественного мнения использовали результаты социологического исследования, отражающие мнение населения Архангельской области о медицинском обслуживании и деятельности системы в целом. Включение респондентов в выборочную совокупность осуществлялось методом кластерной выборки. Кластеры (жилые дома) отбирались методом жеребьевки. Анкетирование проходило в период с октября 2012 по январь 2013 года. В опросе согласились принять участие 1416 человек. При анализе ресурсной базы и деятельности системы здравоохранения Архангельской области использовались данные Росстата с 1998 по 2012 год.

Результаты:

Уровень здоровья населения является общим результатом деятельности системы здравоохранения [1, с. 12]. В связи с этим проведен анализ состояния общественного здоровья и результата субъективной оценки населением своего здоровья. В результате анализа отмечается ухудшение практически по всем показателям (рис. 1). Рост общей продолжительности жизни на 0,3 % незначителен. Для выявления динамики в самооценке здоровья среди населения области результаты социологического исследования 2013 года сравнены с данными обследования качества жизни населения регионов СЗФО, проведенного в 2008 году [3, с. 215]. Результат анализа самооценок здоровья населения показал, что с 2008 года в полтора

раза уменьшилась доля жителей области, оценивших свое здоровье как «хорошее, очень хорошее»; в 1,1 раза выросла доля оценивших свое здоровье как «плохое, очень плохое»; и на 11 процентных пунктов вырос показатель «удовлетворительное».

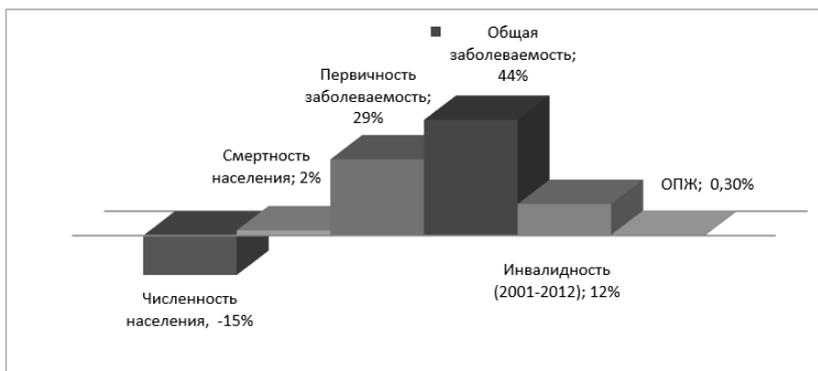


Рисунок 1. Темп роста (падение) показателей общественного здоровья в Архангельской области с 1998 по 2012 годы

Связь между показателями состояния общественного здоровья и результатами самооценки здоровья населением несомненна. Анализ выявил, что с ухудшением показателей общественного здоровья самооценки населения показывают худшие результаты.

Конечно, нельзя забывать, что самооценка населением своего здоровья, это субъективное восприятие и на его оценку могут влиять различные факторы. Но в качестве исследований разведочного характера значение исследования самооценки здоровья огромно. При анализе статистических материалов и результатов социологических опросов ежегодно можно получить не только данные, характеризующие состояние общественного здоровья на определенный момент времени, но и выявить динамику состояния здоровья в регионе в целом, а также в различных социальных группах населения. Расширяя область исследования можно раскрыть особенности взаимодействия населения с системой здравоохранения, оценить группы факторов риска для здоровья, рассмотреть связи здоровья с элементами внешней среды. Результаты таких исследований позволяют провести более детальную оценку социальной эффективности здравоохранения, а также создают основу для разработки долгосрочных социально ориентированных программ в сфере охраны здоровья населения.

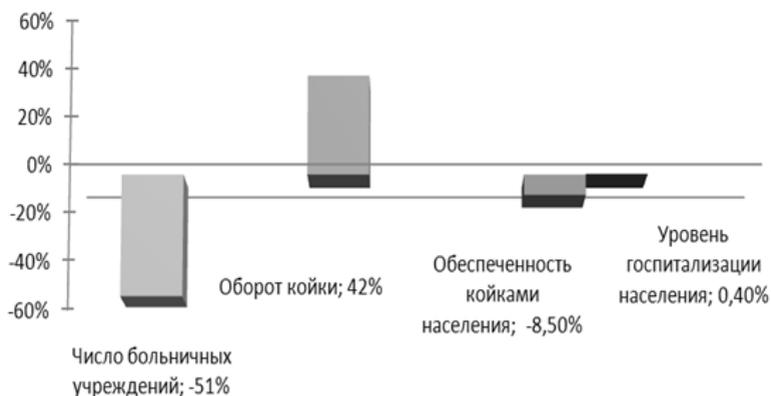


Рисунок 2. Темп роста (падение) показателей деятельности учреждений здравоохранения с 1998 по 2012 годы

Для оценки деятельности системы здравоохранения проанализированы показатели характеризующие использование ресурсов учреждениями здравоохранения и уровень удовлетворенности населения медицинским обслуживанием.

Изменение значений показателей, характеризующих доступность медицинской помощи, представлены на рисунке 2. Анализ данных официальной статистики, характеризующих деятельность учреждений здравоохранения, показал рост показателей, таких как оборот койки (42 %), среднее число посещений на человека в год (8 %), увеличение числа (8,6 %) и мощности амбулаторных учреждений (34 %) к уровню 1998 года. Все это указывает на увеличение доступности медицинской помощи. Однако учитывая различия восприятия амбулаторной и стационарной помощи российскими пациентами, величину уровня госпитализации и обеспеченности населения койками, можно предположить, что доступность медицинской помощи далека от совершенной. Для подтверждения этого предположения параллельно проанализировали удовлетворенность населения оказанием медицинской помощью. В результате получили, что доля лиц полностью удовлетворенных оказанием медицинской помощью составляет всего 18 %.

Анализ проведенного использования кадровых ресурсов дополняет картину (рис. 3).

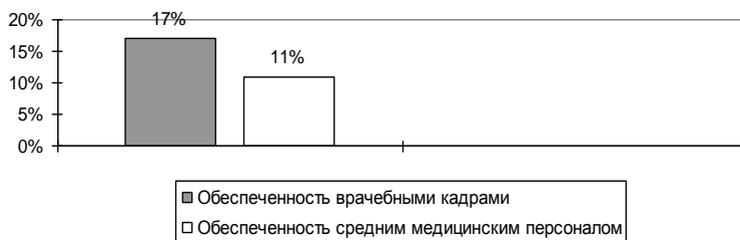


Рисунок 3. Темп роста (падение) показателей кадрового обеспечения учреждений здравоохранения в Архангельской области с 1998 по 2012 годы

При выросшей обеспеченности населения медицинскими кадрами всегда доверяют лечащему врачу 33 % респондентов, доверяют иногда 41 %. На высокий уровень врача как специалиста показали 26 % респондентов. Показательно, что 61,9 % считают уровень врача средний.

Выводы: Результаты исследования подтвердили необходимость использования результатов социологического исследования при оценке эффективности региональной системы здравоохранения. Однако хочется заметить, что для оценки показателя удовлетворенности населения медицинской помощью регионы и лечебные учреждения используют разные методики для оценки этих показателей, что не обеспечивает единообразия при проведении сравнительного анализа и не отражает социальных потребностей граждан в сфере охраны здоровья. Использование в оценке эффективности системы здравоохранения показателя отзывчивости системы к нуждам населения исключит недостатки применяемых показателей. Его суть в том, что люди оценивают деятельность системы через призму своих потребностей и реализованных ожиданий. Результаты оценки каждого из критериев отзывчивости системы подскажут направления развития здравоохранения, помогут в детализации планов реструктуризации деятельности отдельных учреждений.

Список литературы:

1. Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М: РИОР; ИНФА-М, 2012 — 358 с.
2. Модернизация здравоохранения и экономические стандарты для больничных учреждений. Интервью с проф. Ю.М. Комаровым/ Здравоохранение. — 2011. — № 5. — С. 49—60.
3. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. — 408 с.

СЕКЦИЯ 3.

МЕДИКОБИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

3.1. ТОКСИКОЛОГИЯ

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОВ В ПРАКТИКЕ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Хафизов Назир Хасанович

канд. мед. наук, доцент БГМУ,

РФ, г. Уфа

E-mail: 151247@mail.ru

Возовой Михаил Владимирович

врач-суицидолог токсикол. центра МБУЗ ГКБ № 21,

РФ, г. Уфа

Загидуллин Шамиль Зарифович

д-р мед. наук, профессор. зав.каф БГМУ,

РФ, г. Уфа

E-mail: zshamil@inbox.ru

SOCIAL ASPECTS OF SUICIDES IN PRACTICE OF THE HEALTH-HAZARD UNIT

Khafizov Nazir

*cand. med. Chief adjunkt, BGMU,
Russia, UFA*

Vosovoi Mikhail

*handlekurv lege-suicidolog toksikol. sentrum MBUZ GKB nr 21,
Russia, UFA*

Zagidullin Shamil

*dott. honey. Sciences, Professor. BSMU,
Russia, UFA*

АННОТАЦИЯ

В статье представлен высокий уровень смертности в Республике Башкортостан от внешних неестественных причин, к числу которых можно отнести травмы отравления, дорожно-транспортные происшествия и другие несчастные случаи. Россия является одним из лидеров по количеству самоубийств, где характерен невысокий суицидальный риск среди жителей столичных городов и его рост среди жителей в сельской местности

ABSTRACT

The article presents a high threshold of unnatural deaths, which included poisoning injury, motor vehicle accidents and other accidents. Russia is one of the leaders in terms of the number of suicides, which have low suicide risk among residents of the capital cities and its growth among residents in rural areas. The increase in the number of suicides among the villagers is characteristic only for the part of the regions.

Ключевые слова: смертность; травы; отравления; суицидальный риск.

Keywords: mortality; herb; poisoning; suicide risk.

В настоящее время рост числа самоубийств в нашей стране наблюдался с середины 60-х годов прошлого столетия. Данный рост способствовал тому, что в 80-е годы Россия вышла на одно из лидирующих мест в мире по уровню самоубийства. Всемирная организация здравоохранения делит все страны по показателям уровня суицида

на несколько категорий: с низким (до 10 чел.), средним (от 11 до 20) и с высоким (свыше 20 чел. на 100 тыс. нас.).

В конце прошлого столетия количество суицидов было за пределами: ежегодно совершали самоубийства от 40 до 60 тысяч человек. Хотя тенденция к омоложению самоубийств видна во всем мире, в России она проявилась в наибольшей степени.

Целью данной работы явился анализ суицидов в Республике Башкортостан по данным Львовой И.Н, а также изучение их социально-психологических аспектов по материалам республиканского токсикологического центра (ТЦ) на базе многопрофильной больницы МБУЗ ГКБ № 21.

В Российской Федерации за 2005—2010 гг. наблюдается постепенное снижение интенсивности самоубийств (с 32,2 на 100000 населения в 2005 г. до 23,4 в 2010 г.), причем это относится как к городскому (26,4—18,1), так и сельскому (47,9—38,2) населению.

При рассмотрении ситуации с самоубийствами в Республике Башкортостан (48,3 на 100 000 населения), входящей в Приволжский федеральный округ (34,8 на 100 000 населения) уровень самоубийств характеризуется как высокий.

Только две из всех областей в Приволжском федеральном округе имеют, согласно классификации ВОЗ, в некоторой степени невысокие показатели: Самарская область ($k=9,8$) и Ульяновская ($k=15,1$), в 2010 году к ним можно также добавить Нижегородскую область ($k=19,2$). В Башкортостане указанный ранее экспертами ВОЗ порог высокого значения суицидов даже после значительного падения в предыдущие несколько лет в 2010 году был превышен вдвое — $k=40,0$ (табл. 4).

Анализ, относимый к смертности населения в г. Уфе от самоубийств в 2010 г. (рис. 1) свидетельствует о том, что наиболее выраженный пик смертности наблюдался у лиц в возрасте 25—29 лет (15,6 на 100 000 населения) и 65—69 лет (13,7 на 100 000 населения).

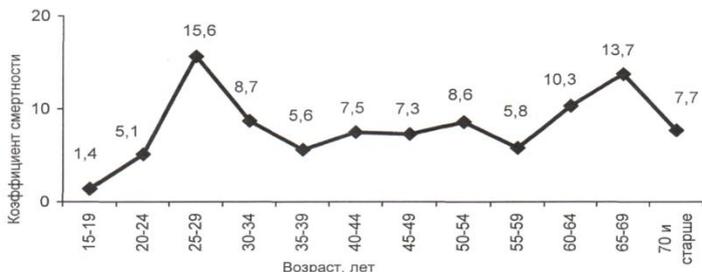


Рисунок 1. Возрастные коэффициенты смертности от самоубийств по г. Уфе за 2010 г. (на 100 000 человек соответствующего возраста)

Гендерные особенности. Статистика свидетельствует о мужской сверх суицидальности — к самоубийству стремятся 4 мужчин и лишь одна женщина. Более низкий показатель случаев самоубийств у женщин объясняется тем, что они в связи с различными природными факторами и исторически сложившихся условий более привязаны к семье, в меньшей степени проявляют индивидуальность, и их жизнь более устойчива, чем жизнь мужчин. В Республике Башкортостан количество мужских самоубийств в общем соотношении составляет в среднем 87 %.

Возрастные особенности. Если в западных государствах число самоубийств начинает увеличиваться с увеличением возраста, то в России так же, как и в Республике Башкортостан, высоким является число самоубийств лиц, трудоспособного населения. Согласно республиканским данным, 80 % покончивших жизнь самоубийством связано с гражданами в период трудоспособного возраста.

Большое количество покушений на собственную жизнь относится к возрастной группе от 15 до 19 лет (19,7 %). Наибольшее количество суицидальных попыток отмечено у мужчин (31,9 %) в возрасте 20—29 лет, в то время для женщин характерен более молодой возраст — 15—19 лет (43,7 %). Наличие ссор с родителями, которые становятся довольно частой причиной попыток самоубийства у девушек, характерны раньше по времени для юношей. При этом средний возраст суицидентов среди женщин составил $23,2 \pm 3,7$ года, а среди мужчин — $27,5 \pm 2,4$ года, различие достоверно ($p < 0,05$). Средний возраст девушек, суицид у которых возник в результате ссоры с родителями — $19,8 \pm 4,2$ года, а у мужчин аналогичный показатель — $24,7 \pm 3,7$ года.

Семейное положение. Анализ материалов опроса показал, что 49,0 % тех, кто покушался на жизнь, не были в браке (холостые, разведенные, вдовы), причем это характерно в большей степени для женщин, чем для мужчин. Так, женщин, не состоявших фактически в браке к моменту совершения суицида, было 61,2 %, а мужчин — 30,8 %.

Социальное положение инцидентов. Образовательный уровень женщин был несколько выше, чем у мужчин: число лиц с высшим и незаконченным высшим образованием среди женщин почти в три раза выше, чем среди мужчин, — 21,8 против 8,7 %.

Также нужно обратить внимание на высокое процентное значение в анализируемой группе неработающих (38,3 и 39,6 % в 2012 г., среди женщин и мужчин), а также учащихся школ, СПТУ, техникумов, вузов (29 % в 2011 и 22, % в 2012 г.).

В настоящее время, число лиц с аутоагрессивным поведением, как проявлением психической патологии, среди больных, поступивших в ТЦ не превышает 10 %, а среди суицидентов 23—25 %.

Говоря о лицах, пытавшихся кончить жизнь самоубийством в связи с имевшимся у них психическим заболеванием, необходимо отметить, что каждый девятый суицидент не состоял на учете у психиатра. Психиатрический диагноз у этой категории больных был впервые определен в отделении ОО.

Длительность предсуицидального периода. Установлено, что существует достоверная корреляционная связь между возрастом и длительностью предсуицидального периода (коэффициент корреляции $r = + 0,68$) у женщин в возрасте до 40 лет. Обдумывание возможности суицида в течение суток и в период до 3 дней более характерно для мужчин.

По результатам анкетирования, суицидальные намерения (точнее, «размышления о возможном суициде») высказывали только 7 % респондентов из числа получивших лечение в ТЦ и 4 % респондентов, опрошенных в отдаленном посттоксическом периоде. Однако доверительные беседы с больными после стабилизации их соматического состояния позволили выявить у 17 % больных суицидальные мысли и соответствующие намерения повторного суицида в ближайшее время, что требует активного психотерапевтического и психологического вмешательства (1,2).

Семейное положение. Более половины суицидентов не состояли в браке. В семье не жили 61,6 % лиц, покушавшихся на свою жизнь.

Список литературы:

1. Алтынбекова Г.И. ББК Р645.1 Реабилитационные возможности лиц с зависимостью от психоактивных веществ с точки зрения личностных и поведенческих паттернов. Сибирский вестник психиатрии — 2010 — № 4(61) — С. 29.
2. Амбрумова А.Г. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе /А.Г. Амбрумова, Л.И. Постовалова// Обозр. Психиатр.и мед. психол. — 1991. — № 1. — С. 26—38.
3. Андреева Е.Ю. Потери трудового потенциала России: анализ самоубийств в регионах России// Международная экономика. — 2006. — № 9. — С. 43—65
4. Львова И.Н Социодемографические признаки и особенности носителей суицидального поведения в Республике Башкортостан. (электронный журнал), № 2(10), 2012 [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: www.sisp.nras.ru/

3.2. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

Шабдарбаева Дария Муратовна

*д-р мед. наук, заведующая кафедрой патологической анатомии
и судебной медицины Государственного медицинского университета,
Республика Казахстан, г. Семей
E-mail: dariya_kz67@mail.ru*

Саякенов Нурлан Болатжанович

*канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии
и судебной медицины Государственного медицинского университета,
Республика Казахстан, г. Семей
E-mail: nbs_forever@mail.ru*

Алимбекова Бахыт Руслановна

*магистрант кафедры патологической анатомии
АО Медицинский университет «Астана»,
Республика Казахстан, г. Астана
E-mail: arizonian_cat@mail.ru*

Лепесбаев Мурат Науризбаевич

*резидент кафедры судебной медицины
АО Медицинский университет «Астана»,
Республика Казахстан, г. Астана
E-mail: baha.girl@mail.ru*

IMMUNOMORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PANCREAS IN ACTION OF NARCOTIC DRUGS ON ORGANISM

Dariya Shabdarbayeva

*MD, the chief of department of Pathological Anatomy and Forensic
Medicine named prof. Yu.V. Pruglo, Semey State Medical University,
Republic of Kazakhstan, Semey*

Nurlan Sayakenov

*c.m.s., Associate professor of department of Pathological Anatomy
and Forensic Medicine named prof. Yu.V.Pruglo,
Semey State Medical University,
Republic of Kazakhstan, Semey*

Bakhyt Alimbekova

*undergraduate of department of Pathological Anatomy Joint-stock company
“Astana Medical University”,
Republic of Kazakhstan, Astana*

Murat Lepesbaev

*resident of department of Forensic Medicine Joint-stock company
“Astana Medical University”,
Republic of Kazakhstan, Astana*

АННОТАЦИЯ

Проведены иммуногистохимические исследования в поджелудочной железе на выявление В-клеток, А-клеток, G-клеток, а также для выявления гранул, содержащих серотонин. Выявлено, что на фоне наркотического отравления развивается инсулиновая недостаточность, что обусловлено исчезновением серотонина из эндокринной части поджелудочной железы и сопровождением уменьшения количества клеток, вырабатывающих инсулин и увеличением количества клеток, синтезирующих глюкагон.

ABSTRACT

Immunohistochemical research of pancreas on detection of B-cells, A-cells, G-cells, and serotonin-containing granules had been conducted. It was revealed that insulin insufficiency developed on background of narcotic poisoning. This process related with disappearance of serotonin from endocrine part of pancreas, and it is accompanied by decreasing

of number of insulin-producing cells and increasing of number of glucagon-synthesizing cells.

Ключевые слова: наркотики; поджелудочная железа; иммуноморфологические исследования.

Keywords: narcotic drugs; pancreas; immunomorphologic researches.

Внедрение иммуноморфологических методов открыло новую эру в практике гистологов и патологоанатомов. Особенно возросла ценность их применения после 1974 года, когда Taylor показал возможность использования для иммуноморфологических исследований парафиновых срезов. В настоящее время существует множество маркеров, позволяющих с помощью иммуногистохимии определить не только тканевую принадлежность клетки, но и выявить ее специфические особенности, характер и состав внутриклеточной среды [1; 4; 7; 8; 11]. Иммуноморфологические методы успешно применяются патологоанатомами, а в последние годы стали применяться и в судебно-медицинской гистологии [2]. Использование иммуноморфологических методов дает возможность делать более углубленные морфологические исследования и помогает объективизировать заключение. Иммуноморфологические исследования поджелудочной железы при отравлениях наркотиками ранее не проводились, и это явилось пусковым механизмом для наших исследований.

Материалы и методы исследований

Нами было проведено морфологическое исследование поджелудочной железы лиц, умерших от отравления наркотическими веществами. В качестве контроля послужили материалы от лиц, умерших от отравлений другими веществами и лиц, умерших от насильственной смерти, несвязанной с отравлениями (таблица 1). Возрастная характеристика представлена на рисунке 1. Морфологическую характеристику данного органа мы проводили как в качественном, так и количественном плане. Мы исследовали морфологическое состояние ацинозной ткани поджелудочной железы, фиброз, липоматоз, полнокровие, кровоизлияния, наличие клеточной инфильтрации. Исследовали эндокринную часть поджелудочной железы — количество, размер островков Лангерганса, характер строения и клеточности их.

Таблица 1.

Характеристика исследованного материала (в скобках указано количество иммуногистохимических исследований)

Всего	Мужчины	Женщины	Аз.этнос	Евр.этнос
Основная группа — отравления наркотиками 70(40)	69(39)	1(1)	27(17)	43(23)
Контроль — отравления другими веществами 22(10)	12(7)	10(3)	8(4)	14(6)
Контроль — насильственная смерть, не связанная с отравлениями 44(18)	35(13)	9(5)	23(11)	21(7)

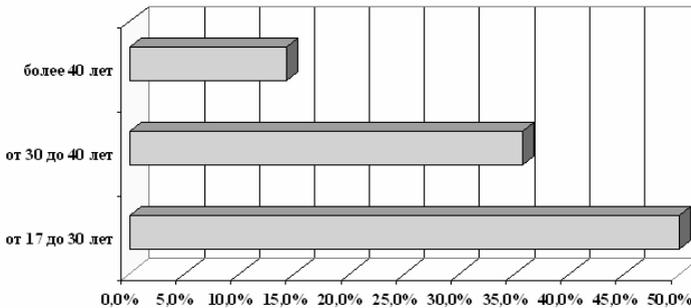


Рисунок 1. Возрастная характеристика секционного материала умерших лиц от отравления наркотическими веществами

Параллельно нами было проведено иммуногистохимическое исследование поджелудочной железы на выраженность функциональной активности таких основных клеток, как вырабатывающих инсулин, глюкагон, соматостатин, серотонин. А также мы исследовали явления апоптоза в поджелудочной железе при отравлениях наркотическими веществами. Данное исследование было связано с тем, что многие научные работы доказывают связь внешних и внутренних факторов с процессами апоптоза. Однако среди них нет данных о влиянии наркотических препаратов на процессы апоптоза. Все эти моменты мы решили освятить в своей работе.

Иммуноморфологические исследования были проведены на ткани поджелудочной железы (всего 40 случаев), взятых у умерших от отравлений наркотическими препаратами. В качестве контроля были проведены иммуноморфологические исследования поджелудочной железы и при других причинах смерти (травмы, действия крайних температур и т. п.). Для иммуноморфологических исследований, кусочки поджелудочной железы вырезались обычным способом, с учетом всех правил вырезки для судебно-гистологического исследования.

Иммуногистохимические исследования выполнялись с соблюдением идентичных условий по стереотипной схеме, в которой учитывалось лишь разведение антисывороток, а в некоторых случаях была необходимость блокировать активность неспецифических антигенов. Принцип этой схемы и последовательность этапов ее осуществления следующей:

1. депарафинация срезов;
2. промывка дистиллированной водой 1—2 минуты;
3. промывка 0,01 М фосфатным буфером 5 минут;
4. инактивация неспецифических антигенов сывороткой крови или раствором 2 % сухого молока 10 минут;
5. промывка 0,01 М фосфатным буфером (3 порции) по 5 минут;
6. блокирование пероксидазы 0,3 % раствором перекиси водорода 10 минут;
7. промывка 0,01 М фосфатным буфером (3 порции) по 5 минут;
8. обработка специфической антисывороткой от 20 минут до 1 часа при комнатной температуре (или на ночь при температуре 4⁰С);
9. промывка 0,01 М фосфатным буфером (3 порции) по 5 минут;
10. антисыворотка против видовой специфичности первой антисыворотки, маркированная биотином и пероксидазой хрена 30 минут;
11. промывка 0,01 М фосфатным буфером (3 порции) по 5 минут;
12. метка авидин-биотиновым комплексом 30 минут;
13. промывка 0,01 М фосфатным буфером (3 порции) по 5 минут;
14. проявление окраски диаминобензидином 5-10 минут;
15. промывка дистиллированной водой 5 минут;
16. окраска ядер гематоксилином Майера 30 секунд;
17. промывка дистиллированной водой 5 минут;
18. заключение в Permount с наложением покровного стекла.

Обработка полученного материала проводилась на основе созданной для компьютерных программ базы данных. После статистической обработки, все полученные данные с помощью пакета прикладных компьютерных программ переводились в таблицы,

графики, диаграммы и рисунки, что повышает их информативность и значительно облегчает восприятие материала и позволяет говорить о высокой достоверности полученных результатов.

Результаты исследования

При морфологическом исследовании поджелудочной железы при отравлениях наркотическими веществами [3; 10] основная масса наблюдений принадлежала лицам мужского пола и европейского этноса. Это было связано с тем, что основная масса умерших лиц от отравления наркотиками в Семипалатинском регионе составили мужчины европейского этноса. Поджелудочная железа была исследована у лиц, умерших от передозировки различных наркотических веществ. Причем наблюдались их комбинации с лекарственными препаратами, алкалоидами и т. п. (рисунок 2). Среди наркотических веществ чаще наблюдались чистый героин и комбинация героина с лекарственными препаратами.

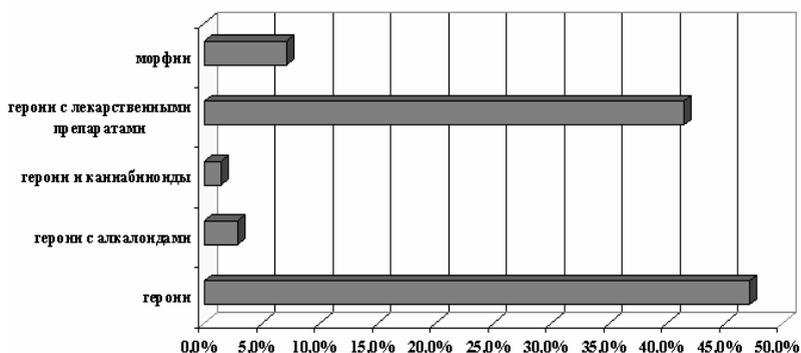


Рисунок 2. Характеристика вида наркотического вещества, обнаруженного при судебно-химическом исследовании у умерших лиц от отравления наркотиком

Нами было проведено морфологическое исследование поджелудочной железы в зависимости от вида наркотического вещества и их комбинации. В качестве контроля служили случаи смерти от отравления другими ненаркотическими веществами, а также случаи смерти от других причин.

Имеются ли, какие-либо особенности морфологического состояния поджелудочной железы при отравлениях наркотическими веществами в зависимости от вида наркотика? Или морфологические изменения носят однотипный характер? С этой целью мы провели

изучение морфологического состояния поджелудочной железы в различных группах в зависимости от вида наркотика. В данном аспекте мы получили 5 групп: морфин, героин с лекарственными препаратами, героин с каннабиноидами, героин с алкалоидами и чистый героин.

Проведенными исследованиями было установлено, что выраженная дезинтеграция в 100 % наблюдалась при комбинированном действии героина и каннабиноидов, умеренная — чаще при действии морфина, слабая — при действии героина с алкалоидами. Явления фиброза в наших наблюдениях встречались очень часто, и нам стало интересно — а одинаково ли наркотические вещества влияют на выраженность данного процесса. И нам удалось получить достоверные данные: выраженный фиброз так же, как и выраженная дезинтеграция ацинозной ткани в 100 % наблюдался при действии на организм героина совместно с каннабиноидами. Что касается явлений липоматоза, то в 100 % наблюдений отравлений героином с каннабиноидами мы встречали умеренный липоматоз. Гемодинамические нарушения в поджелудочной железе при отравлениях наркотиками имели разный характер. Если при отравлениях героином с каннабиноидами имели место выраженный фиброз и выраженная дезинтеграция ацинозной ткани, то гемодинамические нарушения наоборот отсутствовали. Для всех остальных наркотиков было характерным выраженное полнокровие и очаговые кровоизлияния. Причем, очаговые кровоизлияния больше наблюдались при отравлениях морфином, а диапедезные — при отравлениях героином с алкалоидами. Клеточные инфильтраты чаще отсутствовали, но при отравлениях такими наркотиками, как морфин, героин и героин вместе с лекарственными препаратами имели место практически в одинаковых долевых пропорциях. Очаговые инфильтраты и инфильтраты в виде единичных клеток в большей степени наблюдались при отравлениях морфином. При отравлениях наркотиками, которые выделяются из организма в короткие периоды (от нескольких часов до 4 дней) чаще наблюдаются в поджелудочной железе гемодинамические нарушения, а при отравлениях наркотическими веществами с периодом выделения от 4 дней и более — выраженные явления дезинтеграции ацинозной ткани и фиброза. И это имеет логическое заключение.

При исследовании особенностей строения островков, их количества и размеров в зависимости от вида употребляемого наркотика, то тут имела место следующая зависимость: каждая возрастная группа предпочитала определенные виды наркотиков и особенности

островкового аппарата не зависели от вида наркотика, а имели зависимость от возраста. При морфологической характеристике эндокринной части поджелудочной железы, в основной и контрольной группах — количество островков Лангерганса мало отличалось друг от друга. По строению и клеточности островки также не имели особых различий. В обеих группах преобладали светлоклеточные, солидного строения островки Лангерганса.

Проведенными иммуногистохимическими исследованиями, было замечено, что при смерти от отравления наркотическими веществами запрограммированная гибель клеток имела выраженный характер, наряду и со случаями смерти от различных травм, что согласуется с работами некоторых ученых [9]. Согласно этим трудам при насильственной смерти запускается запрограммированная гибель клеток, причем это выражено наиболее сильно при травмах, нежели при отравлениях. Однако данными авторами рассматривались в основном отравления алкоголем, а наркотические вещества не упоминались. В наших исследованиях наркотические вещества вызывали выраженные процессы апоптоза (рисунок 3), которые были более выраженными, нежели даже и при травматическом генезе.

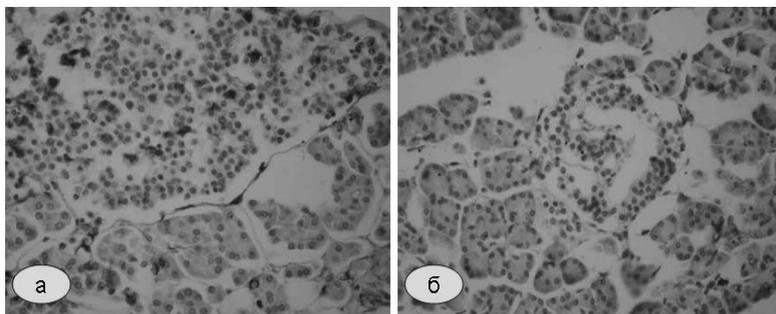


Рисунок 3. Выраженность процессов апоптоза в поджелудочной железе при различных причинах смерти. а — очаговые апоптозные клетки в островке и единичные в ацинозной ткани, мужчина, европеец 27 лет, отравление наркотиком. Ув. x 140; б — апоптозные клетки в островке и ацинозной ткани, мужчина, азиат 26 лет, черепно-мозговая травма. Ув. x 140.
Иммуногистохимическая окраска

На рисунке 4 изображены процессы апоптоза при различных морфологических изменениях поджелудочной у лиц, умерших от отравления наркотическими веществами. Апоптозные клетки при липома-

тозе локализуются в большей степени ближе к жировым включениям, а при фиброзе — не в толще соединительной ткани, а больше по краевой части.

При иммуногистохимическом исследовании ткани поджелудочной железы при отравлениях наркотическими веществами мы подсчитывали процентное содержание основных клеток: А-клеток, В-клеток, G-клеток. Если в норме В-клетки составляют 70 %, А-клетки — 20 %, а G-клетки — 8 %, то при отравлениях наркотиками превалировали А-клетки, вырабатывающие глюкагон.

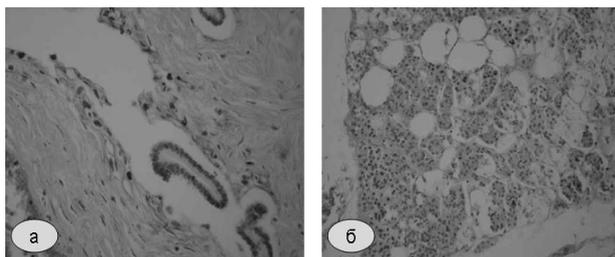


Рисунок 4. Процессы апоптоза в поджелудочной железе при смерти от отравления наркотическими веществами при различных морфологических признаках.

а — апоптозные клетки при выраженном фиброзе. Ув. x 140;

б — апоптозные клетки при слабом липоматозе Ув. x 140.

Иммуногистохимическая окраска

Проведенными иммуногистохимическими исследованиями были выявлены достоверные различия в количественном отношении А-клеток эндокринной части поджелудочной железы при различных причинах смерти. Так, при смерти от отравления наркотическими веществами, в островках Лангерганса поджелудочной железы (рисунок 5) количество А-клеток намного превалирует, нежели при смерти от травмы.

Для показательного сравнения нами были сделаны серийные срезы и фотографии с целью доказательства достоверности наших исследований.

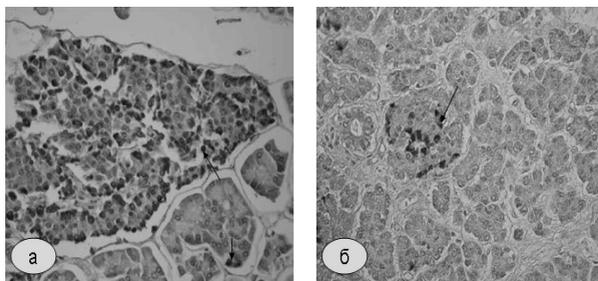


Рисунок 5. А-клетки в поджелудочной железе при смерти от отравления наркотическими веществами и от травмы.
а — А-клетки в островке Лангерганса при отравлении наркотиком. Ув. x 140; б — А-клетки в островке при смерти от травмы Ув. x 140. Иммуногистохимическая окраска

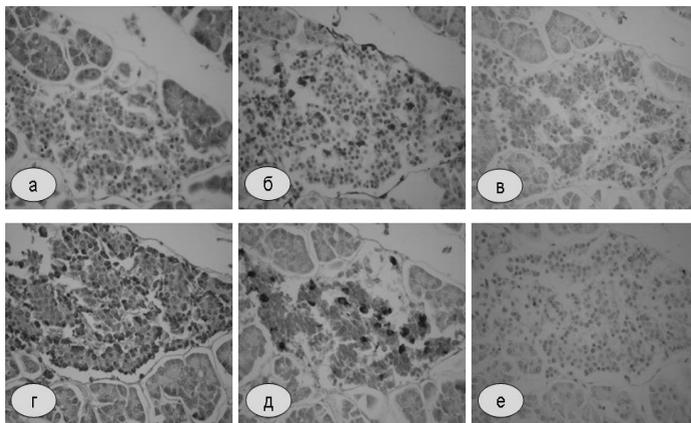


Рисунок 6 – Серийные фотографии островка поджелудочной железы (одного и того же участка) при отравлении наркотическим веществом. а — островок Лангерганса, Ув. x 140. Г-э.; б — апоптотные клетки в том же островке, Ув. x 140.; в — В-клетки, Ув. x 140.; г — А-клетки, Ув. x 140.; д — G-клетки, Ув. x 140.; е — отсутствие реакции на выявление серотонина, Ув. x 140. Серийные срезы

На рисунке 6 показано, что в островке Лангерганса поджелудочной железы при смерти от отравления наркотиком наблюдаются выраженная запрограммированная гибель клеток, увеличение количества клеток, вырабатывающих глюкагон, уменьшение клеток,

синтезирующих инсулин, отсутствие серотонина. Ряд работ доказывают взаимосвязь локализации серотонина и инсулина в В-клетках островков Лангерганса и роль серотонина в секреции инсулина [5]. По их данным использование гистохимических методов или электронной микроскопии обеспечивает получение более детальной информации о локализации серотонина в пределах островковых клеток. Было обнаружено, что серотонин в В-клетках поджелудочной железы содержится в тех же самых гранулах, в которых депонируется инсулин. И после введения некоторых веществ в поджелудочной железе понижался уровень серотонина и специфическая реакция гранул на серотонин исчезала [6]. В наших исследованиях наркотики влияли на поджелудочную железу таким образом, что серотонин вообще отсутствовал в островках Лангерганса при одновременном снижении числа В-клеток. В единичных случаях отравлений наркотическими веществами наблюдались положительные иммуногистохимические реакции на серотонин в экзокринной части поджелудочной железы, но основная масса наблюдений имела отрицательную реакцию (рисунок 7)

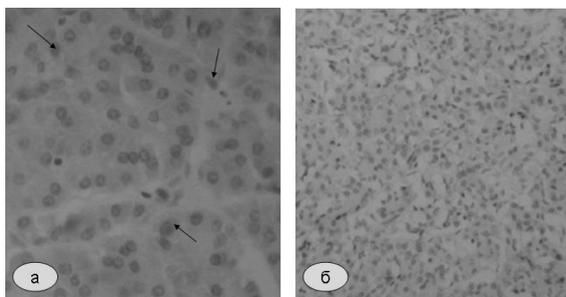


Рисунок 7. Состояние ацинозной ткани поджелудочной железы при отравлениях наркотиками при проведении иммуногистохимических методов выявления серотонина.
а — серотонин в экзокринной части, Ув. x 140.;
б — отсутствие серотонина в экзокринной части, Ув. x 140., Иммуногистохимическая окраска

Выводы:

- морфологические изменения структур поджелудочной железы при смертельных отравлениях наркотиками характеризуются дисциркуляторными, дистрофическими и фибропластическими процессами с формированием «солидных» и «трабекулярных» островков

Лангерганса, дезинтеграцией ацинозной ткани, стромальным фиброзом, а также липоматозом, который более выражен у лиц, комбинирующих наркотики с +алкоголем;

- степень выраженности морфологических изменений структур поджелудочной железы зависит от длительности периода выведения наркотиков из организма;

- полнокровие, кровоизлияния и воспалительные клеточные инфильтраты чаще встречаются при отравлении наркотиками с периодом выведения из организма до 4 дней;

- выраженная дезинтеграция ацинозной ткани, выраженный фиброз и умеренный липоматоз наблюдаются при действии на организм наркотических веществ с периодом выведения из организма более 4 дней;

- токсическое воздействие наркотиков при смертельных отравлениях активизирует процессы апоптоза в поджелудочной железе, особенно в эндокринной части;

- на фоне наркотического отравления развивается инсулиновая недостаточность, что обусловлено исчезновением серотонина из эндокринной части поджелудочной железы, что сопровождается уменьшением количества клеток, вырабатывающих инсулин и увеличением количества клеток, синтезирующих глюкагон.

Список литературы:

1. Коган Е.А., Низяева Н.В., Демура Т.А., Ежова Л.С., Унанян А.Л. Морфологические и иммуногистохимические особенности очагов аденомиоза при сочетании с аденокарциномой эндометрия. // Архив патологии. — 2010. — № 4. — С. 7—12.
2. Кульбицкий Б.Н., Богомолов. Некоторые перспективы иммуногистохимического изучения миокарда в судебной медицине. // Избранные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Хабаровск. — 2012. — № 12. — С. 85—86.
3. Саякенов Н.Б., Шабдарбаева Д.М. Морфологическая характеристика поджелудочной железы при отравлениях наркотическими веществами // Науч. журн. «Наука и здравоохранение». Семей, — 2008. — № 3. — С. 35—44.
4. Смирнова М.Ю., Джемлиханова Л.Х., Костючек И.Н., Кветной И.М., Нлаури Д.А., Пальцев М.А. Количественная иммуногистохимия: оптимизация анализа экспрессии сигнальных молекул в миометрии. // Архив патологии. — 2010. — № 1. — С. 51—55.
5. Теэзалу С. Серотонин и деятельность поджелудочной железы. Таллин Валгус, 1979. — 84 с.

6. Теэсалу С.А. Регуляторная роль серотонина в деятельности поджелудочной железы: Автореф. ... д-ра мед. наук: 10.12.75. Тарту. 1975. — с. 39.
7. Франк Г.А., Андреева Ю.Ю., Виноградов И.Ю., Глатко С.Б., Горелик М.З., Завалишина Л.Э., Леенман Е.Е., Мационис А.Э., Петров С.В., Сазонов С.В. 10 лет тестирования HER 2 — статуса рака молочной железы в России. // Архив патологии. — 2012. — Т. 74. — № 5. — С. 3—6.
8. Франк Г.А., Мальков П.Г., Ed.G.L. Kumar., L. Rudbeck. Иммуногистохимические методы: рук.//М.: Dako. 2011. — 224 с.
9. Шабдарбаева Д.М. Сравнительная морфологическая оценка органов иммунной системы при насильственной смерти: Дисс. ... д-ра мед. наук: 17.01.07. Астана: КазГМА, 2007. — 272 с.
10. Шабдарбаева Д.М., Саякенов Н.Б. Морфологические изменения селезенки и поджелудочной железы при отравлениях наркотическими препаратами: материалы 7 международной науч. конф. «Здоровье семьи — XXI век» Пермь (Россия) Валетта (Мальта), 2003. — С. 206—207.
11. Юнеман О.А., Савельев С.В. Иммуногистохимическая характеристика сосудистых сплетений головного мозга человека. // Архив патологии. — 2012. — Т. 74. — № 5. — С. 23—26.

3.3. ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СУММЫ ФУРАНОХИНОЛИНОВЫХ АЛКАЛОИДОВ ИЗ *PARLORHYLLUM PERFORATUM*

Мирзаев Юрий Рахманович

*канд. мед. наук, старший научный сотрудник
отдела фармакологии и токсикологии
Института химии растительных веществ Академии наук
Республика Узбекистан, г. Ташкент
E-mail: rahmanych@rambler.ru*

Турсунова Наталья Владимировна

*канд. биол. наук, старший научный сотрудник
отдела фармакологии и токсикологии
Института химии растительных веществ Академии наук
Республика Узбекистан, г. Ташкент
E-mail: natalya-tursunova@mail.ru*

Расулова Холида Абдулхаевна

*канд. хим. наук, старший научный сотрудник лаборатории химии
алкалоидов Института химии растительных веществ Академии наук
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Саноев Зафар Исомиiddинович

*младший научный сотрудник отдела фармакологии и токсикологии
Института химии растительных веществ Академии наук
Республика Узбекистан, г. Ташкент
E-mail: ZafarSano19@mail.ru*

FEATURES OF PSYCHOPHARMACOLOGICAL ACTIVITY OF SUM OF FURANOQUINOLINE ALKALOIDS OF HAPLPHYLLUM PERFORATUM

Mirzaev Yuriy

*candidate of Medical Sciences, Senior Scientific Researcher of Department
of Pharmacology and Toxicology of Institute of Chemistry of Plant
Substances, Academy of Sciences,
Republic of Uzbekistan, Tashkent*

Tursunova Nataliya

*candidate of Biological Sciences, Senior Scientific Researcher
of Department of Pharmacology and Toxicology of Institute of Chemistry
of Plant Substances, Academy of Sciences,
Republic of Uzbekistan, Tashkent*

Rasulova Holida

*candidate of Chemical Sciences, Senior Scientific Researcher of laboratory
of alkaloids chemistry of Institute of Chemistry
of Plant Substances, Academy of Sciences,
Republic of Uzbekistan, Tashkent*

Sanoev Zafar

*scientific Researcher of Department of Pharmacology and Toxicology
of Institute of Chemistry of Plant Substances, Academy of Sciences,
Republic of Uzbekistan, Tashkent*

АННОТАЦИЯ

Проведенные психофармакологическое исследование Седуксена (Диазепам) и стандартизированной суммы фуранохинолиновых алкалоидов из *Haplophyllum perforatum*, названного — «Хаппополифин» выявило у него выраженное седативное и анксиолитическое действие. В отличие от Седуксена и Галоперидола Хаппополифин в меньшей степени угнетал двигательную активность и обострял исследовательское поведение крыс и его, в отличие от производных бензодиазепина, можно было бы назначать категориям работников, чья трудовая деятельность требует повышенного внимания и быстрой реакции.

ABSTRACT

Comparatively psychopharmacological study of standartised sum of furanoquinoline alkaloidsl from *Haplophyllum perforatum* named

“Haplopoliphin” and Diazepam have been conducted. It was established, that Haplopolifin revealed expressed sedative-anxiolytic activity and in opposite to Diazepam, in significantly less degree depressed locomotor activity and some increased cognitive function. Haplopoliphin in opposite to Diasepam, pricipally may be used by such workers, whose job demands acute attention and fast reaction.

Ключевые слова: производные бензодиазепаина; атипичные седативные; анксиолитические средства; алкалоиды фуранохинолинового типа; лекарственные растения.

Keywords: bensodiazepine derivatives; alkaloids of furanoquinoline type; atypical sedative and anxiolytic compounds; medicinal herbs.

Введение. Седативные и противотревожные средства в виде производных бензодиазепаина под названиями элениума, седуксена (дiazепама) и др. широко применяются в различных отраслях медицины. Необходимо отметить, что у всех упомянутых веществ имеются серьёзные побочные эффекты и, прежде всего, нарушения памяти, рассеянности внимания, снижения физических и психических реакций, мышечного расслабления, ограничивающих применение этих веществ. Поэтому поиск новых седативных средств местного производства с менее выраженными побочными эффектами является актуальной задачей.

Растение *Haplophyllum perforatum* широко представлено во флоре Центральной Азии и Казахстана. В 50—70-х годах прошлого века в ИХРВ АН РУз проводилось изучение алкалоидного состава разных видов цельнолистника, а также фармакологическое исследование индивидуальных алкалоидов из этого растения [1—4; 6]. Однако, индивидуальные алкалоиды цельнолистника не были внедрены в медицинскую практику, возможно, вследствие передозированной схемы лечения (от 300 до 900 мг в сутки с курсом 5—7 дней), а также экономической нецелесообразности из-за дороговизны получения индивидуальных алкалоидов и отсутствия явных преимуществ веществ перед применявшимися в то время нейролептиками и седативными, в том числе и бензодиазепинового ряда. В связи с вышесказанным было проведено исследование влияния на центральную нервную систему суммы алкалоидов из *H. perforatum*, так как получение суммарного вещества экономически более выгодно, а результаты проведенной ранее работы представляют несомненный научный и практический интерес.

Объекты и методы исследования. Опыты проводились на белых мышцах массой 20—24 г и крысах самцах массой 180—210 г. Исследуемая сумма алкалоидов фуранохинолинового ряда с условным названием «Хаплополифин» была выделена из надземной части растения *Haplophyllum perforatum*, собранного в фазу цветения, с выходом суммы алкалоидов более 1 % от сухого веса растения. Сумма алкалоидов состоит из скиммианина (32 %), хаплофилидина (20 %), гликоперина (11 %), глюкохаплопина (2 %), эвоксина (1 %), γ -фагарина (1 %), хаплозидина (0,4 %) и хаплозидинина (0,2 %). Вещество вводили в разных дозах внутрь.

Психофармакологические свойства Хаплополифина исследовали по методам оценки влияния на двигательную активность мышей изучали при однократном и длительном введении по методу Т. Лапина и соавт. (1991) [5], где подсчитывалось число пересечений крестообразных линий. Хаплополифин вводили в дозах 0,3—50 мг/кг. Противотревожного действия изучалось по методам Sanberg P. (1989) [8] у белых крыс и Kilfoil (et al., 1989) [7] у белых мышей. Первый метод заключался в том, что при смене привычной обстановки у крыс появлялось чувство тревоги и учащение дефекации. В спокойном состоянии крысы выделяли в среднем 0,8—1,2 болюсов за 1 час, при смене же обстановки — от 4 до 7. Предварительно крысам за 2 часа вводился Хаплополифин в дозах 0,1; 0,3; 1,0 и 2,0 мг/кг. Второй метод проводился в крестообразном лабиринте с темными и светлыми отсеками. Учитывалась продолжительность нахождения мышей в тёмном и светлом отсеках. Тревога у мышей усиливалась введением коразола 20 мг/кг п/к за 30—30 мин до опыта. Влияние вещества на выполнение условного пищевого рефлекса изучалось в условиях лабиринта. В течение 3-х дней у крыс вырабатывался условный рефлекс. Затем крысам вводился Хаплополифин в дозах 0,3; 1,0; 10,0; 30,0 и 100 мг/кг внутрь. Влияние Хаплополифина на исследовательскую деятельность крыс проводили в опыте с «открытым полем». Хаплополифин вводили за 3 часа до опыта в дозах 1,0; 10,0 и 100,0 мг/кг внутрь.

В качестве препаратов сравнения использовали нейролептик галоперидол и транквилизатор седуксен.

Результаты экспериментов. Средняя летальная доза Хаплополифина составила 550(455÷665) мг/кг. В картине отравления отмечались вялость, угнетённость, от больших доз — урежение дыхания. Гибель мышей происходила на протяжении 2-х суток.

Влияние Хаплополифина на двигательную активность белых мышей проявлялось в угнетении двигательной активности, причём,

даже от большой дозы 100 мг/кг не было полного её угнетения. Тенденция к восстановлению наблюдалась через 3—5 часов после введения препарата. Что касается седуксена и галоперидола, они в малых дозах в значительно большей степени, иногда до 0 угнетали двигательную активность подопытных животных (таблица 1).

Таблица 1.

Влияние однократного введения Хаплополифина в разных дозах на двигательную активность белых мышей в сравнении с нейролептиками ($M \pm m$, $n=6$)

Вещество, доза	Число горизонтальных движений в минуту			
	Исходные значения	Через 1 час	Через 2 часа	Через 3 часа
Контроль	17,1±1,0	16,5±0,6	15,3±1,3	16,6±1,2
Хаплополифин (ХП*) 1,0 мг/кг	16,7±0,9	14,1±1,2	9,0±0,7	9,8±0,6
ХП, 3,0 мг/кг	16,9±0,8	12,1±0,8	6,0±0,3	4,5±0,4
ХП, 10,0 мг/кг	17,3±1,4	10,8±0,8	4,9±0,2	4,0±0,3
ХП, 50,0 мг/кг	17,5±1,3	6,4±0,9	2,8±0,1	2,2±0,2
Галоперидол, 0,3 мг/кг	14,2±0,09	1,6±0,04	0,9±0,02	0,4±0,01
Седуксен, 1,0 мг/кг	17,4±0,6	0,4±0,03	0	0,4±0,05
Седуксен, 0,3 мг/кг	16,8±0,7	9,0±0,1	8,0±0,1	10,4±0,09

Далее изучалось противотревожное действие в тесте по P.Sanberg. Результаты экспериментов показали, что начиная с дозы 0,1 мг/кг внутрь, Хаплополифин уменьшал число выделяемых болюсов. Максимальный эффект наблюдался в дозе 2 мг/кг. На основании полученных данных графическим методом была вычислена ЭД₅₀ анксиолитического действия вещества по этому методу. Она составила 0,28 мг/кг внутрь.

Таблица 2.

Влияние Хаплополифина на число выделяемых болюсов крысами при смене привычной обстановки ($M \pm m$, $n=6$)

Препарат, доза	Число болюсов
Контроль (физ.р-р 1 мл)	5,5±0,3
Хаплополифин, 0,1 мг/кг	4,3±0,4 (-22 %)
Хаплополифин, 0,3 мг/кг	2,7±0,1 (-51 %)
Хаплополифин, 1 мг/кг	1,3±0,3 (-76 %)
Хаплополифин, 2 мг/кг	0,8±0,1 (-100 %)

В опыте по изучению противотревожного действия Хаплополифина по методу Kilfoil (1989) получены следующие результаты.

Под воздействием коразола отмечалось более продолжительное нахождение в тёмном отсеке и уменьшение числа переходов по сравнению с контрольными мышами. При введении Хаплополифина в дозе 1 мг/кг внутрь продолжительность нахождения в светлом отсеке увеличилась в 3 раза по сравнению с группой мышей под воздействием коразола. В 3 раза участились и переходы из отсека в отсек. Таким образом, и во втором тесте оценки противотревожного действия отмечено чёткое противотревожное действие Хаплополифина (см. таблицу 3).

Как известно, типичные седативные средства бензодиазепинового ряда угнетают умственные способности [9]. Поэтому мы изучали влияние Хаплополифина на выработку различных рефлексов.

Таблица 3.

Влияние Хаплополифина на чувство тревоги у мышей (по Т.Kilfoil) в крестообразном лабиринте) ($M \pm m$, $n=6$)

Препарат, доза	Время нахождения, сек		Число переходов
	в темных отсеках	в светлых отсеках	
Интактный контроль (дист. вода)	52,8±3,1	55,5±3,0	7,3±0,4
Контроль (коразол, 20 мг/кг)	98,5±5,4	24,4±1,2	3,3±0,6
Хаплополифин (1 мг/кг) + коразол (20 мг/кг)	32,0±1,7	84,0±4,8	9,5±0,7

Далее исследовалось влияние вещества на когнитивные функции. В первой серии экспериментов мы исследовали воздействие Хаплополифина в дозах 0,3; 1,0; 10,0; 30,0 и 100 мг/кг внутрь на скорость выполнения условного пищеводвигательного рефлекса у белых беспородных крыс в лабиринте. Было установлено, что как в контрольной, так и в опытных группах время пробежки по лабиринту после введения Хаплополифина через 1 и 3 часа не изменялось, оно оставалось в пределах 11—15 сек. не зависимо от введённой дозы вещества, что говорит об отсутствии влияния вещества на условный пищевой рефлекс.

В следующем эксперименте мы оценивали влияние Хаплополифина на исследовательское поведение крыс в тесте «открытое поле» с норками. Хаплополифин вводился в дозах 1, 10 и 100 мг/кг.

Результаты представлены в таблице 4. Показано, что Хаплополифин во всех дозах увеличивал число заглядываний в норки и за край поля, причём, с меньшей дозой получал лучший результат. Результаты опытов говорят об улучшении познавательного поведения крыс под воздействием Хаплополифина. Уменьшалось также и число выделенных болюсов, что свидетельствует об уменьшении чувства тревожности крыс в необычной обстановке.

Таблица 4.

Влияние Хаплополифина на исследовательское поведение крыс в «открытом поле»

Вещество, доза	Число заглядываний за край поля	Число заглядываний внутрь норок	Общее число заглядываний	Число каловых болюсов
Контроль, дист. вода	22,0±3,0	11,1±0,6	33,2±3,0	8,0±3,1
Хаплополифин, 1,0 мг/кг	39,0±2,1	25,2±1,5	64,3±4,3	4,3±0,1
То же 10,0 мг/кг	43,2±3,5	13,5±0,7	56,0±1,1	5,1±1,0
То же 100 мг/кг	23±1,8	21±0,9	44±2,5	6,0±3,0

Заключение. В заключение следует отметить, что стандартизированная сумма алкалоидов из Цельнолистника исколотого, широко представленного в Средней Азии и Казахстане и названного «Хаплополифином», обладала выраженным успокаивающим и противотревожным действиями с ЭД₅₀ 0,28 мг/кг внутрь и, в отличие от классических седативных средств, в меньшей степени угнетал двигательную активность и не только не угнетал когнитивные способности, но и улучшал исследовательскую деятельность крыс в опыте с «открытым полем» и уменьшили число выделенных каловых болюсов, что подтверждает анксиолитическое действие. Следует отметить, что выраженное психофармакологическое действие Хаплополифина проявляется в дозах меньших, чем 1/1000 от ЛД₅₀, что свидетельствует о выраженной специфичности анксиолитического действия вещества. В случае введения в медицинскую практику Хаплополифин можно было бы назначить категориям работников, чья трудовая деятельность требует повышенной внимательности обостренной реакции, в том числе водителям транспортного средства и диспетчерам, которым приём производных бензодиазепина не рекомендуется.

Список литературы:

1. Данилевский Б.Л., Туляганов Н.Т., Садритдинов Ф.С. / Фармакологическое исследование хаплополихина // В сб.: «Фармакология растительных веществ», изд. «Фан» УзССР, т., 1976, — с. 25—31.
2. Евдокимова Н.И., Полиевцев Н.П., Султанов М.Б /О фармакологических свойствах алкалоида скиммианина // В кн.: «Фармакология алкалоидов и их производных», 1971, — с. 167—169.
3. Исмаилов Н.И., Мукминова Ш.Г., Исмаилова Н.И., Полиевцев Н.П. / О некоторых анальгезирующих и седативных свойствах дубинидина при испытании в терапевтической клинике // В кн. Фармакология алкалоидов и их производных. 1972, — с. 205—208.
4. Камилов И.К., Магруппова М.А., Полиевцев Н.П. / О фармакологии алкалоида хаплофилидина // В сб.: «Фармакология алкалоидов и гликозидов». Ташкент. 1967, — с. 5—14.
5. Лапин И.П., Слепокуров М.В. / Анксиогенная активность фенилэтил-амина в тесте социальной изоляции на мышах // Фармакол. и токсикол. — 1991, — т. 54, — № 6, — с. 9—11.
6. Полиевцев Н.П., Камилов И.К. / К фармакологии хаплоперина (эвоксина). // В кн.: «Фармакология алкалоидов», Т., 1965, — с. 14—22.
7. Kilfoil T., Michel A., Montgomery D., Whiting R. / Effect of anxyolytic and anxyogenic drugs on exploratory activity a simple model of anxiety in mice // Psychopharmacology, — 1989, — v. 28, — № 9, — p. 901—905.
8. Sanberg P., Russel K., Hagenmeyer-Houser S. /Neuroleptic induced emotional defecation effect of scopolamine and haloperidol . //Psychopharmacology — 1989, — v. 99, — № 1, — p. 60—63.
9. Stewart S. /Effect of benzodiazepines on cognition. //J.Clin.Psychiatry. — 2005, — № 66, — Suppl. 2, — p. 9—13.

3.4. КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

ВИДОВОЙ СПЕКТР И АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНЪЕКЦИОННЫМИ АБСЦЕССАМИ

Серегина Наталья Владимировна

*канд. биол. наук, доцент медицинского института
Тульского государственного университета,
РФ, г. Тула*

E-mail: Seregina.79@mail.ru

Монаenkova Елизавета Ивановна

*студент медицинского института
Тульского государственного университета,
РФ, г. Тула*

E-mail: lisa.monaenkowa@yandex.ru

Седельникова Мария Андреевна

*студент медицинского института
Тульского государственного университета,
РФ, г. Тула*

E-mail: mashanazar95@mail.ru

THE SPECIES SPECTRUM AND ANTIBIOTIC SENSITIVITY OF MICROORGANISMS ISOLATED FROM PATIENTS WITH POSTINJECTION ABSCESSSES

Seregina Natalia

*candidate Biol. Sciences, associate Professor,
Medical Institute of the Tula state University,
Russia, Tula*

Manaenkova Elizaveta

*students Medical Institute of the Tula State University,
Russia, Tula*

Sedelnikova Maria

*students Medical Institute of the Tula State University,
Russia, Tula*

АННОТАЦИЯ

С помощью современных бактериологических методов изучен видовой пейзаж бактерий, выделенных из постинъекционных абсцессов. Проанализированы антибиотикограммы патогенов хирургической инфекции. Отмечено преобладание кокковой флоры среди патогенов.

ABSTRACT

With the help of modern bacteriological methods studied species landscape bacteria isolated from detachable postinjection abscesses. Analyzed the antibiogram of pathogens surgical infection. The marked increase in the share of coccal flora among pathogens.

Ключевые слова: постинъекционный абсцесс; бактерия; антибиотики.

Keywords: postinjection abscess; bacteria; antibiotics.

Введение. Особое место в гнойной хирургии занимают больные с постинъекционными осложнениями, в том числе с абсцессами. При этом постинъекционные нагноения ягодичной области составляют до 94 % от всех локализаций. Этиология и патогенез постинъекционных воспалительных осложнений, возникающих в результате внутримышечного и подкожного введения лекарственных препаратов, недостаточно изучены. Так, в этиологии постинъекционных воспалительных осложнений рассматриваются два основные пути

проникновения возбудителей инфекции: первичное (экзогенное) и вторичное. Об аутоинфекции говорят в тех случаях, когда возбудителем становится микроб, ранее существовавший в организме как сапрофит. Альтернативой аутоинфекции является ятрогенная вторичная инфекция, связанная, например, с манипуляциями врача или медицинской сестры [1, с. 1].

Экзогенное инфицирование некоторые ученые связывают с попаданием возбудителей с кожи в момент ее прокола или по ходу раневого микроканала; попаданием микроорганизмов в ткани из камеры шприца (нестерильные шприц или инъеклируемый раствор); использованием нестерильной инъекционной иглы (применявшейся для набора препарата, расстерилизованной соприкосновением с объектами окружающей среды); инфицированием нестерильным перевязочным материалом; нестерильными руками медперсонала. В некоторых исследованиях подвергается сомнению возможность попадания достаточного количества гноеродных бактерий с кожи в момент прокола или по ходу раневого микроканала [2, с. 1]. Однако этот механизм не отрицается полностью, особенно при грубых нарушениях требований асептики. Около 90 % постинъекционных осложнений имеют бактериальное происхождение.

Сочетание таких факторов, как вирулентность бактерий, их видовые соотношения, глубокая инфекционная травма и повышенная восприимчивость организма больного, наличие дефектов кожи в виде микроран, может вносить существенные коррективы в разрешающее количество бактерий, вызывающее нагноительный процесс [3, с. 2—3].

Проведен ретроспективный анализ микробного пейзажа возбудителей, выделенных из постинъекционных абсцессов ягодиц и бедер.

Цель: изучить особенности популяционной структуры возбудителей, раневого отделяемого, полученного из отделений хирургического профиля лечебных учреждений города Тулы за 2013—2014 годы.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих **задач:**

1. Изучить микробный пейзаж возбудителей.
2. Провести сравнительный анализ этиологической структуры возбудителей.
3. Определить чувствительность к антибиотикам выделенных культур.

Материалы и методы: работа по изучению микрофлоры постинъекционных абсцессов выполнялась на базе городской

централизованной диагностической бактериологической лаборатории при ГУЗ «ГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина» города Тулы и кафедре санитарно-гигиенических и профилактических дисциплин медицинского института Тульского государственного университета.

В работе использовалась клиническая методология проведения исследования, включающая микроскопические, культуральные методы и методы прикладной медицинской статистики.

Материалом для бактериологического исследования являлось содержимое гнойной полости, раневое отделяемое, доставленное в бактериологическую лабораторию из хирургических отделений больниц города Тулы. Было произведено 66 посевов анализов с данным диагнозом.

Выделение микроорганизмов осуществляли на 5 % кровяном агаре, агаре Эндо, на Schaedler agar с использованием газогенераторных пакетов французской фирмы Bio Merieux. Идентификацию бактерий и их антибиотикочувствительность проводили с помощью анализатора VITEK 2 compact Bio Merieux France, который позволяет определить возбудителя фотометрическим методом. А технология, используемая для определения чувствительности — турбидиметрия, является одним из самых современных методов физико-химического анализа. Это высоко технологичные методы анализа мутных сред, основанные на измерении интенсивности поглощенного ими света.

Результаты исследования:

Как показали наши исследования, из выполненного количества анализов около 83 % оказались положительными. Общие данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Количество анализов за 2013—2014 годы

Всего доставленных образцов	Из них положительных	Из них без роста микрофлоры
66(100 %)	55(83 %)	11(17 %)

Основную этиологическую роль в возникновении постинъекционных осложнений играют патогенные стафилококки, энтеробактерии, неферментирующие бактерии, возбудители неклостридиальной и клостридиальной анаэробной инфекции, таблица 2.

Более 96 % гнойников имело моноинфекцию. Дважды высевалась смешанная микрофлора, включающая аэробов и неспорообразующих анаэробов. В 17 % раневого отделяемого микрофлоры не было выделено.

Таблица 2.**Пейзаж микрофлоры**

Возбудитель	Количество
<i>Staphylococcus aureus</i>	27 (49 %)
<i>Staphylococcus epidermidis</i> гемолизирующая форма	10 (18 %)
<i>Staphylococcus lugdunensis</i>	1 (1,8 %)
<i>Staphylococcus hominis</i>	1 (1,8 %)
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1 (1,8 %)
<i>Escherichia coli</i>	3 (5,4 %)
<i>Morganella morganii</i>	1 (1,8 %)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4 (7,2 %)
<i>Proteus mirabilis</i>	1 (1,8 %)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3 (5,4 %)
<i>Clostridium perfringens</i>	1 (1,8 %)

Выделение синегнойной палочки вместе со стафилококком говорит о возможном вторичном инфицировании открытой раны. Представители микст инфекции показаны в таблице 3.

Таблица 3.**Смешанная микрофлора, выделенная из ран**

Микст инфекция	Количество
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> + <i>Staphylococcus aureus</i>	1
<i>Bacillus cereus</i> + <i>Staphylococcus aureus</i>	1

Изучение чувствительности бактерий к антибиотикам проводилось преимущественно на основе классических рутинных методов микробиологического анализа в соответствии с МУК 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам» [2, с. 3—7], параллельно осуществлялась постановка возбудителей для получения антибиотикограммы на автоматический бактериологический анализатор ВИТЕК 2 compact. Как правило, лечение последствий неудачных инъекций проводится следующим образом. Для начала лечащий врач назначает процедуры, которые способствуют рассасыванию воспаления. Для этого используют физиотерапию, спиртовой раствор йода для обработки инфильтрата, лечение с использованием тепла. В месте скопления гноя врач может вскрыть большое место для того, чтобы удалить гной и промыть полость. Если очаг с гноем находится достаточно глубоко, то может производиться разрез ткани

и санировать антисептиком или раствором антибиотика [1, с. 3; 4, с. 1]. Для выделенных нами штаммов характерна средняя устойчивость к антибиотикам (24—50 %). По результатам исследования наиболее высокая активность в отношении бактерий рода *Staphylococcus* определена у амоксициллина/клавуланата (78 %), цефотаксима (89 %), цефтриаксона (80 %), цефоперазона/сульбактама (93 %), ципрофлоксацина (55 %), ванкомицина (100 %), тейкопланина (100 %). Умеренную устойчивость стафилококки проявили к цефепиму (54 %), азитромицину (77 %). Низкие показатели чувствительности были определены у спирамицина, амикацина (86 % и 91 % соответственно). При анализе антибиотикочувствительности энтеробактерий: *Escherichia coli*, *Morganella morganii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* выявлена высокая активность тиенама (100 %), ципрофлоксацина (99 %), цефоперазона/сульбактама (98 %). Умеренная устойчивость определена в отношении амикацина, цефепима, спарфлоксацина (52 %, 42 %, 45 % соответственно). Данные бактерии наиболее устойчивы к невидграмону (98 %), хлорамфениколу (97 %). Культуры *Pseudomonas aeruginosa* были чувствительны к тиенаму (100%), тикарциллину/клавуланату (92 %) резистентны к амикацину (54 %), цефепиму (76 %), цефотаксиму (89 %).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о том, что в этиологии инфицированных ран постинъекционных абсцессов высока роль грамположительной кокковой флоры. Менее важную роль, по нашим данным, играют стрептококки, энтеробактерии, синегнойная палочка и анаэробы. Соблюдение определенных правил поможет избежать возникновения постинъекционного абсцесса: самое главное — строго соблюдать стерильность при проведении любых инъекций, надо использовать правильную технику инъекции и лучше всего этот процесс доверить специалисту. Отмечены эффективные антибактериальные препараты и их воздействие *in vitro* на выделенные бактерии.

Список литературы:

1. Колб Л.И. Этиология и патогенез постинъекционных осложнений// Мед.журнал. — [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: old.bsmu.by/index.php?catid=157(дата обращения 7.02.2015).
2. МУК 4.2.1890-04 «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам» — 48 с.
3. Сухоруков В.П., Савельев О.Н., Макин В.П., Шерстянников А.С. Антибиотикопрофилактика в травматологии и ортопедии: Методические рекомендации. Киров: КГМА, Департамент здравоохранения Кировской области, 2007. — 30 с.
4. [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: claw.ru/medic/30245.htm(дата обращения 7.02.2015).

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Научное издание

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Сборник статей по материалам
XL международной научно-практической конференции

№ 2 (38)
Февраль 2015 г.

В авторской редакции

Подписано в печать 16.02.15. Формат бумаги 60x84/16.
Бумага офсет №1. Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 7,375. Тираж 550 экз.

Издательство «СибАК»
630099, г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 16, офис 807
E-mail: mail@sibac.info

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