



ISSN 1994-8921

**ЗДОРОВЬЕ,
ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**Nº1
2014**

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»
Ministry of Health of the Russian Federation
Izhevsk State Medical Academy

**ЗДОРОВЬЕ, ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**HEALTH, DEMOGRAPHY, ECOLOGY
OF FINNO-UGRIC PEOPLES**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

FOUNDED IN 2008

№ 1

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Главный редактор *Н.С. Стрелков*

Editor-in-Chief N.S. Strelkov

ИЖЕВСК • 2014

IZHEVSK • 2014

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Н.С. Стрелков (Российская Федерация), главный редактор; **С. Лаллукка** (Финляндия), заместитель главного редактора; **П. Тамаш** (Венгрия), заместитель главного редактора; **М. Вали** (Эстония), заместитель главного редактора

EDITORIAL BOARD

N.S. Strelkov (*Russian Federation*), *Editor-in-Chief*; **S. Lallukka** (*Finland*), *Deputy Editor-in-Chief*; **P. Tamas** (*Hungary*), *Deputy Editor-in-Chief*; **M. Vali** (*Estonia*), *Deputy Editor-in-Chief*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

П. Барат (Венгрия); **В.В. Богатов** (Тверь); **Я.М. Вахрушев** (Ижевск); **Н.А. Кирьянов** (Ижевск); **З.В. Лонгортowa** (Салехард); **В.М. Музлов** (Ижевск); **Г.А. Никитина** (Ижевск); **Н.М. Попова** (Ижевск); **А.А. Разин** (Ижевск); **В.Ф. Стафеев** (Петрозаводск); **В.В. Фаузер** (Сыктывкар); **Р.П. Четкарева** (Йошкар-Ола); **М.А. Якунчев** (Саранск)

EDITORIAL COUNCIL

P. Barath (*Hungary*); **V.V. Bogatov** (*Tver*); **Ya.M. Vakhrushev** (*Izhevsk*); **N.A. Kiryanov** (*Izhevsk*); **Z.V. Longortova** (*Salekhard*); **V.M. Muzlov** (*Izhevsk*); **G.A. Nikitina** (*Izhevsk*); **N.M. Popova** (*Izhevsk*); **A.A. Razin** (*Izhevsk*); **V.F. Stafeev** (*Petrozavodsk*); **V.V. Fauzer** (*Syktvyvkar*); **R.P. Chetkareva** (*Yoshkar-Ola*); **M.A. Yakunchev** (*Saransk*)

Ответственный секретарь **К.А. Данилова**
Executive secretary **X.A. Danilova**

Адрес редакции: Россия, Удмуртская Республика,
426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281
Телефон (3412) 68-52-24

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций.
Свидетельство ПИ № ФС77-36977 от 27.07.2009

© ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия
МЗ РФ», 2014

Научный редактор *Н.М. Попова*
Компьютерная верстка *М.С. Быкова*
Художественный редактор *Э.Н. Лобанова*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *Н.И. Ларионова*
Дата выхода в свет 26.03.2014. Подписано в печать 18.03.2014.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 6,7. Уч.-изд. л. 5,3.
Тираж 500 экз. Зак.

РИО ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»
Учредитель: ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281.
Отпечатано в МУП г. Сарапула «Сарапульская типография»
427900, г. Сарапул, ул. Раскольникова, 152.
Цена свободная.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Ш.А. Юсупов</i> УВЕРЕННЫЕ ШАГИ В БУДУЩЕЕ	5
<i>Sh.A. Yusupov</i> RESOLUTE STEPS TOWARDS THE FUTURE . . .	5
<i>М.В. Воробьёв</i> ПРОБЛЕМА ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	6
<i>M.V. Vorobyov</i> PROBLEM OF INFECTION SAFETY IN PROVIDING DENTAL CARE	7
<i>А.Р. Габриелян, А.В. Рапенкова</i> ЭКОНОМИЧЕСКОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	10
<i>A.R. Gabrielyan, A. V. Rapenkova</i> ECONOMIC STIMULATION OF WORK OF HEALTH CARE PROFESSIONALS.	10
<i>А.Р. Габриелян</i> УПРАВЛЕНИЕ КАРЬЕРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	15
<i>A.R. Gabrielyan</i> MEDICAL INSTITUTION CAREER MANAGEMENT: PROSPECTS FOR DEVELOPMENT	16
<i>Р.М. Загртдинова, В.А. Мерзляков, Е.В. Димакова, М.С. Алексеева</i> АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА КОНТРОЛЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИПП У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ «ДОВЕРИЕ» В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.	19
<i>R.M. Zagrtdinova, V.A.Merzlyakov, E.V. Dimakova, M.C. Alekseeva</i> THE ANALYSIS OF ACTIVITY OF THE CENTRE FOR CONTROL AND PREVENTION OF STIS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS IN CHILDREN AND TEENAGERS «TRUST» IN THE UDMURT REPUBLIC	19

<i>К.И. Касапов</i> АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ г. МОСКВЫ ВРАЧАМИ-ХИРУРГАМИ	22
<i>K.I. Kasapov</i> ANALYSIS OF PROVISION OF SURGICAL CARE FOR MOSCOW POPULATION	22

ДЕМОГРАФИЯ

<i>И.В. Сергейко</i> АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.	27
<i>I.V. Sergeiko</i> ANALYSIS OF REPRODUCTIVE LOSSES IN THE MODERN PERIOD	27

<i>М.В. Семёнова</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В ИССЛЕДОВАНИЯХ СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ.	30
<i>M.V. Semenova</i> IMPORTANT SIENTIFIC RESEARCHES OF THE STAFF OF THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY	30

ЭКОЛОГИЯ

<i>В.В. Туганаев, И.Л. Бухарина, Е.И. Камашева</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УДМУРТСКОЙ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ	33
<i>V.V. Tuganayev, I.L. Bukharina, Ye.I. Kamasheva</i> SOME FEATURES OF UDMURT FOLK MEDICINE	33

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

<i>З.М. Сигал, К.Е. Золотарёв, Е.С. Бобылева, Л.В. Вахрушева</i> ИШЕМИЯ КИШКИ: ТРУДНЫЕ СИТУАЦИИ В ХИРУРГИИ (ОБЗОР ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)	35
<i>Z.M. Seagal, K.Ye. Zolotarev, E.S. Bobyleva, L.V. Vahrusheva</i> BOWEL ISCHEMIA: DIFFICULT ASPECTS IN SURGERY (REVIEW OF ORIGINAL FOREIGN LITERATURE).	35

<i>Л.А. Миронова, О.Н. Аутова, С.Н. Бекеев</i> ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ЛИЗОБАКТ» НА АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД К СЪЁМНЫМ ПРОТЕЗАМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕ- СКОГО ВОЗРАСТА.	38	<i>Z. M. Seagal, F. G. Babushkin, S. Yu. Meshchanov, Yu.V. Yelmashev, S.V. Bartov</i> A METHOD OF INTRAMURAL SUPRAMUCO- SAL OMENTO GASTROPEXY IN SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC ULCER	47
<i>L.A. Mironova, O.N.Aitova, S.N. Bekeyev</i> INFLUENCE OF LYSOBACT ON THE PERIOD OF ADAPTATION TO REMOVABLE DENTURES IN ELDERLY AND OLD AGE PATIENTS.....	39	<i>В.Г. Фёдоров, Я.М. Орлов, О.Н. Шапранов, Р.М. Габдуллина</i> СОЧЕТАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ КОСТЕЙ И АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ	50
<i>М.В. Семёнова, А.С. Талабадзе</i> АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: СОСТОЯ- НИЕ ПРОБЛЕМЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУ- БЛИКЕ	41	<i>V.G. Fedorov, Y.M. Orlov, O.N. Shapranov, R.M.Gabdullina</i> ASSOCIATED INJURIES OF BONES AND ARTE- RIES OF THE LOWER LEG.....	50
<i>M.V. Semenova, A.S. Talabadze</i> OBSTETRIC HEMORRHAGE: STATE OF THE PROBLEM IN THE UDMURT REPUBLIC	41	ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	
<i>З.М. Сигал, К.Е. Золотарёв</i> СИНДРОМ «ВКЛЮЧЕНИЯ» ПРИ ИШЕМИИ КИШКИ	43	<i>А.Ю. Вавилов, В.И. Витер, С.А. Кононова, Н.Г. Маркелова, А.Л. Ураков</i> СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ КРО- ВОПОДТЕКОВ НА ЖИВЫХ ЛИЦАХ	53
<i>Z.M. Seagal, K.Ye. Zolotarev</i> INCLUSION SYNDROME IN BOWEL ISCHE- MIA.....	44	<i>A.Yu. Vavilov, V.I. Viter, S.A. Kononova, N.G. Markelova, A.L. Urakov</i> METHOD OF DETERMINING PRESCRIPTION OF BRUISES ON LIVING PEOPLE.....	53
<i>З.М. Сигал, Ф.Г. Бабушкин, С.Ю. Мещанов, Ю.В. Елмашев, С.В. Бартов</i> СПОСОБ ИНТРАМУРАЛЬНОЙ НАДСЛИЗИС- ТОЙ ОМЕНТОГАСТРОПЕКСИИ В ХИРУРГИ- ЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА	46	<i>С.А. Зыкина, И.А. Курникова, Т.Е. Чернышова</i> СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДОСТИЖЕ- НИЯ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕ- ТА 2-го ТИПА	56
		<i>S.A. Zykina, I.A. Kurnikova, T.Ye. Chernyshova</i> METHOD OF PREDICTING THE ACHIEVE- MENT OF INSULIN-INDEPENDENT DIABETES COMPENSATION	56

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 61:378.661(470.51-25)

Ш.А. Юсупов

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

УВЕРЕННЫЕ ШАГИ В БУДУЩЕЕ

Юсупов Шухрат Абдурасулович – проректор по научной работе Самаркандского государственного медицинского института, кандидат медицинских наук, доцент

Sh.A. Yusupov

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan

RESOLUTE STEPS TOWARDS THE FUTURE

Yusupov Shukhrat Abdurasulovich – Vice-rector for Scientific Research of Samarkand State Medical Institute, Candidate of Medical Sciences

Семь лет назад, в апреле 2006 года, Ижевская государственная медицинская академия принимала очередной научный форум детских хирургов: Всероссийскую научную студенческую конференцию по детской хирургии и Российский симпозиум детских хирургов. Именно тогда мне впервые, в составе самаркандской делегации, предстояло познакомиться с высшим медицинским образовательным учреждением Удмуртии. Как будто это было только вчера. Прием гостей конференции, знакомство с академией, с ее кафедрами и лабораториями, профессорско-преподавательским составом, студентами и подписание в торжественной обстановке договора о сотрудничестве между Самаркандским государственным медицинским институтом (СамМИ) и Ижевской государственной медицинской академией (ИГМА). В рамках данного договора началось активное партнерство в образовательной и научной сферах. Руководство Самаркандского МИ с благодарностью приняло приглашение академии принять участие в работе Недели международного сотрудничества, посвященной 80-летию ИГМА.

И вот мы вновь в Ижевске. С большим волнением переступаем порог Ижевской государственной медицинской академии. И наше волнение, наверное, вполне объяснимо. Фасад академии

(в прошлом красно-коричневого цвета) приобрел современный дизайн. И гармонично ему преобразился внутренний облик административного корпуса: уютные кабинеты, светлые коридоры, современный интерьер, деловая и несуетливая рабочая обстановка. Длительность нашего визита позволила нам подробно познакомиться с деятельностью академии на современном этапе. И хочется подчеркнуть: **сделан большой рывок вперед!**

Это, прежде всего, связано с укреплением материально-технической базы академии. В архитектурный комплекс зданий красиво вписался новый учебно-лабораторный корпус. Мы познакомимся с кафедрами и подразделениями, которые расположились в нем. Все современные технические достижения предоставлены кафедрам для того, чтобы студенты могли получить прочные знания по фундаментальным медицинским наукам, которые, без сомнения, пригодятся им при изучении клинических дисциплин. Хотелось особо подчеркнуть, что на всех кафедрах применяются современные педагогические и информационные технологии, которые, безусловно, способствуют улучшению качества образования. Большое внимание уделяется обучению студентов практическим навыкам ведения больных и оказания медицинской помощи в организован-

ном центре практических умений. Именно в нем реализуются инновационные формы обучения путем закрепления полученных знаний по проведению лечебно-диагностических процедур с использованием фантомов и муляжей.

В ИГМА созданы условия не только для эффективного обучения, но и для комфортной жизни и отдыха студентов: три благоустроенных общежития, столовая, буфеты, медицинский пункт. Приятно удивил нас спортивный комплекс академии, включающий в себя современный спортивный зал, который является не только гордостью академии, но и Удмуртии, так как в нем проводятся спортивные мероприятия республиканского и федерального масштаба.

Продолжение стратегии, направленной на укрепление материально-технической базы ИГМА наглядно демонстрируется в реконструкции фундамента морфологического корпуса. Мы уверены, что в скором будущем морфологический корпус красочно украсит архитектурный комплекс академии и станет настоящим храмом науки.

Студенты старших курсов академии обучаются на современных клинических базах, где работают опытные педагоги, которые являются и высококвалифицированными специалистами. В атмосфере взаимного понимания и уважения мы провели беседы с профессорами-клиницистами: В.В. Поздеевым, В.П. Пушкаревым, Б.Б. Капустиным, А.Я. Мальчиковым и многими другими. Нам была предоставлена возможность познакомиться с лечебно-диагностическими возможностями клиник и прочитать лекции по актуальным вопросам медицины.

Следует отметить, что ИГМА является не только ведущим высшим учебным заведением, но и крупным научным центром Удмуртии, в котором проводится активная научно-исследовательская работа. Примером тому может послужить тот факт, что ежегодно сотрудники

академии получают 30–40 патентов на изобретения, здесь проводятся международные научно-практические конференции и семинары, в практическое здравоохранение внедряются десятки новейших методов и технологий по хирургии, кардиологии, педиатрии, гастроэнтерологии, акушерству и гинекологии и другим областям медицины.

Конечно, нельзя не сказать и о студентах академии. Нам было очень приятно видеть их опрятно одетыми, в белых халатах и колпачках, целеустремленно овладевающими знаниями и всегда приветливыми. Многие студенты приехали учиться в ИГМА из других регионов Российской Федерации и из-за рубежа. Это еще раз свидетельствует о том, что в ИГМА созданы все необходимые условия для учебного процесса и о востребованности получения высшего образования в Ижевской государственной медицинской академии.

В успешных достижениях академии огромная роль принадлежит ее лидеру – ректору Николаю Сергеевичу Стрелкову, который является не только известным детским хирургом (чем мы без сомнения гордимся), но и талантливым организатором, прекрасно знающим все грани деятельности вуза. Он созидатель, который работает на перспективу. А это значит, что у ИГМА большое будущее!

Хочется выразить искреннюю признательность всей команде Николая Сергеевича, которая окружила нас большой заботой и сделала пребывание в Ижевске незабываемым: проректору по учебной работе профессору Е.Г. Бутолину, проректору по научной работе профессору Н.А. Кирьянову, начальнику международного отдела А.А. Соболевой, заведующей кафедрой общественного здоровья и здравоохранения профессору Н.М. Поповой и многим другим нашим коллегам из ИГМА.

УДК 616.31:614.4

М.В. Воробьёв

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ»

ПРОБЛЕМА ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Воробьёв Михаил Викторович — ассистент кафедры стоматологии № 2

В условиях нарастающей частоты распространения гемоконтактных инфекций в стоматологической практике особую актуальность представляет профилактика их распространения и поиск путей обеспечения безопасности при оказании специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, гемоконтактные инфекции, инфекционная безопасность

M.V. Vorobyov

Ivanovo State Medical Academy

PROBLEM OF INFECTION SAFETY IN PROVIDING DENTAL CARE

Vorobyov Mihail Victorovich — Lecturer of Stomatology № 2

Under the conditions of increasing incidence of blood-borne infections in dental practice prevention of these infections and search for the ways to guarantee safety in providing specialized medical care becomes an urgent issue.

Key words: dental care, blood-borne infections, infection safety

Материал и методы. Методом описательной статистики нами проведен анализ источников отечественной и зарубежной литературы по частоте распространения гемоконтактных инфекций в различных странах мира.

Результаты и их обсуждение. Стоматология является одним из самых востребованных видов медицинской помощи населению [22]. За последние десятилетия отечественная стоматология достигла больших успехов [10]. В связи с её бурным развитием особую значимость приобретает повышение инфекционной безопасности при оказании стоматологической помощи населению, как в отношении врача, так и пациента. Проблема сохранения общественного здоровья в настоящее время является одной из актуальных в отечественном здравоохранении и государстве в целом и является одним из важнейших критериев его благополучия [25].

Учитывая большие экономические затраты на восстановление утраченного соматического и «стоматологического здоровья», его сохранение является актуальным не только в рамках стоматологии [20], но и в других отраслях здравоохранения. Однако до настоящего времени не существует единой программы по профилактике стоматологической заболеваемости [11].

В условиях современного здравоохранения конкурентоспособной стала негосударственная (частная) структура оказания медицинской помощи, отличительными аспектами которой являются более высокая оснащенность и сервис обслуживания. В то же время частная медицина в большинстве стран мира традиционно является одним из структурных элементов системы здравоохранения в целом [29]. Однако отношение к негосударственным медицинским учреждениям в России и за рубежом не является однозначным [33]. При этом актуальность проблемы оценки и обеспечения качества медицинской помощи в России и в мире в целом определяется постоянным совершенствовани-

ем технологий, качества оказываемой помощи и т. д. [18].

В многочисленных исследованиях, посвященных проблемам здоровья российского населения в период реформирования, отмечено, что наиболее выраженные негативные тенденции сформировались среди молодежи более активной в социальном, экономическом и репродуктивном плане [21].

Основным направлением развития охраны здоровья населения и реформирования системы здравоохранения было предусмотрено снижение заболеваемости, в том числе вирусными гепатитами. Заболеваемость вирусными гепатитами еще во времена СССР оставалась на высоком уровне, особенно в республиках Средней Азии, где она в 3–4 раза превышала среднесоюзные показатели и составляла практически половину от общего числа заболевших вирусными гепатитами в стране [19].

Распространенность различных инфекций оказывает существенное влияние на здоровье населения, а усилия, направленные на сокращение заболеваемости и ликвидацию инфекций, следует рассматривать как фактор сохранения здоровья нации [16]. Известно, что стоматологическое здоровье связано с состоянием желудочно-кишечного тракта и описано в трудах многих зарубежных авторов [34].

Начиная с XX века и до наших дней, благодаря усилиям мирового сообщества, достигнуты значительные успехи в борьбе с инфекционными болезнями. Несмотря на прогресс медицинской науки и практики в данной области, актуальность проблемы противодействия инфекционным болезням не только сохранилась, но даже возросла [14].

Согласно определению ВОЗ, «здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов» [40]. Тем не менее уровень стоматологического здоровья россиян продолжает неуклонно ухудшаться.

Среди стоматологической патологии высокое распространение получили кариес и пародонтит [32]. Известно, что неправильный образ жизни приводит к нарушению здоровья. В нарушении «стоматологического здоровья» определенную роль играют алиментарные факторы [37], подтверждением которых является рост доли больных, обратившихся с запущенными случаями хронических заболеваний. В связи с влиянием стоматологической патологии на состояние внутренних органов соблюдение гигиены полости рта является необходимым [39].

Социально-экономические процессы в обществе за последние два десятилетия ощутимо изменили условия оказания стоматологической помощи населению [7]. Для оценки состояния стоматологической помощи особую ценность представляют специальные исследования.

Известно, что в ряде случаев в стоматологии имеет место ненадлежащее оказание медицинской помощи [17, 18], что может принести ущерб здоровью пациента. В этой связи установление основных стоматологических проблем и механизмов их профилактики является чрезвычайно актуальной проблемой, как практического здравоохранения, так и науки.

Высокая частота распространения наркомании также ставит под угрозу физическое и моральное здоровье молодежи, социальную стабильность общества [4], а также стоматологическое здоровье населения, поскольку среди наркозависимой части населения часто регистрируются вирусные гемоконтактные гепатиты В и С [15], а поражения слизистой оболочки полости рта имеют свои особенности [9].

Известно, что главная опасность гепатита С в большинстве случаев заключается в его позднем и случайном выявлении, а также в возможности перехода в хроническую форму [2], что повышает риск инфицирования, особенно при многократном использовании медицинских инструментов и перчаток, а также через татуировки и пирсинги [27, 38]. Антитела к вирусному гепатиту С появляются до и после начала клинических симптомов [28]. К примеру тестирования, проведенные среди потребителей внутривенных наркотиков в различные годы разными авторами, показали, что 80–90% из них имели антитела к вирусному гепатиту С, а это свидетельствует о высоком риске инфицирования данной категории населения [42].

Более частый переход гепатита С в хроническую форму, по сравнению с гепатитом В, подтвердили значительно высокие показатели заболеваемости, несмотря на то, что заболеваемость острыми формами, обусловленными гепатитами отмечается в прямо противоположном соотношении [12]. В современных условиях подобный эпидемиологический процесс отмечен как в России, так и в США [30].

По данным литературы, в начале 90 годов до 50–60% инфицирование гепатитом С происходило в лечебно-профилактических учреждениях, а в конце 90 годов до 60–80% заражений было связано с применением наркотиков [3, 23].

Изучение социального статуса стоматологических пациентов с наркотической зависимостью является чрезвычайно актуальным, поскольку прослеживается рост числа заражений среди потребителей инъекционных психотропных препаратов [26,35]. Это представляет угрозу заражения практически здоровой части пациентов и медицинских работников, оказывающих им стоматологическую помощь.

Особая настороженность в работе стоматологов необходима в связи с тем, что имеются случаи медицинского заражения гепатитом С [8,12].

По данным ВОЗ, в Европе ежегодно происходит инфицирование вирусным гепатитом В до 304000 медицинских работников [36]. Доля заражений в медицинских учреждениях вирусным гепатитом С в 2010 году составила 2,8% [7]. По данным источников литературы, достаточно высок также уровень профессионального заражения ВИЧ-инфекцией [13].

В условиях современного здравоохранения одним из механизмов оптимизации безопасности заражения вирусом гепатита В является вакцинопрофилактика [24], которая помогает избежать инфицирования [31]. В то время как против вирусного гепатита С пока специфическая вакцинопрофилактика не разработана.

Процесс травматизации при оказании стоматологической помощи либо при обработке медицинского инструментария чреват риском заражения вирусными гемоконтактными гепатитами и ВИЧ-инфекцией. Исследования путей инфицирования вирусным гепатитом В на территории Италии показали, что лечение в больницах, хирургические вмешательства [41], лечение зубов и бритье в парикмахерских занимают до 30,0% от числа всех инфицирований.

Вывод. Таким образом, в последние годы прослеживается тенденция к ухудшению стоматологического здоровья. Ненадлежащее оказание стоматологической помощи может причинить вред здоровью стоматологических пациентов, а процесс травматизации чреват заражением специалистов. Одну из главных проблем при оказании стоматологической помощи представляют вирусные гепатиты и ВИЧ – инфекция. Особую опасность представляют вирусный гепатит С и ВИЧ-инфекция, поскольку в настоящее время пока еще не разработана специфическая профилактика. В связи с вышеизложенным в условиях современного здравоохранения одной из главных проблем организаторов здравоохранения является разработка механизмов обеспечения безопасности при оказании стоматологической помощи населению.

Список литературы

1. **Айрапетян, С.М.** Обеспечение безопасности пациентов в стоматологической практике: автореф. дис. канд. мед. наук / С.М. Айрапетян. – М., 2011. – 24 с.
2. Проблемы подготовки вакцинных штаммов живой гриппозной вакцины на основе потенциально пандемических вирусов гриппа / Е.А. Баженова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. – № 6. – С. 16–20.
3. **Богач, В.В.** Вирусные гепатиты В и С на Дальнем Востоке Российской Федерации (эпидемиологическая характеристика): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Богач. – М., 2000. – 48 с.
4. **Еремеева, Л.В.** Наркоманы на производстве / Л.В. Еремеева // Нарколет. – 2010. – № 1. – С. 42–50.
5. **Иванова, М.А.** Эпидемиологическая ситуация с инфекциями, передаваемыми половым путем, и основные направления модернизации дерматовенерологической помощи: монография / М.А. Иванова. – М: ЦНИИОИЗ, 2006. – 174 с.
6. **Иванова, М.А.** К вопросу об организации медицинской помощи больным с наркотической зависимостью / М.А. Иванова, Т.М. Павлова, О.Ж. Бузик // Вопросы наркологии. – 2010. – № 4. – С. 117–122.
7. **Иорданишвили, А.К.** Клиническая стоматология: официальная и интегративная: руководство для врачей / под ред. А.К. Иорданишвили. – СПб: СпецЛит, 2008. – 431 с.
8. **Калинина, О.В.** Молекулярная эпидемиология гепатита С / О.В. Калинина, С.Л. Мукомолов // Вирусные гепатиты: достижения и перспективы. – 2000. – № 3 (10). – С. 9–15.
9. **Кардынова, Т.Н.** Клинико-функциональные особенности поражения слизистой оболочки полости рта при вирусных гепатитах с парентеральным механизмом заражения у наркоманов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.Н. Кардынова. – Пермь, 2001. – 28 с.
10. **Кулаков, А.А.** Основные направления развития медицинской науки в стоматологической отрасли / А.А. Кулаков, Е.К. Кречина // Современные медицинские технологии. – 2012. – № 9. – С. 14–16.
11. **Леонтьев, В.К.** Роль и место гигиениста стоматологического в структуре стоматологической помощи населению России / В.К. Леонтьев, О.В. Шевченко // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов: материалы VII Всероссийской научно-практической конф. – М., 2001. – С. 46–49.
12. **Мукомолов, С.Л.** Эпидемиологическая характеристика хронических вирусных гепатитов в Российской Федерации в 1999–2009 гг. / С.Л. Мукомолов, И.А. Левакова // Инфекция и иммунитет. – 2011. – № 1(3). – С. 255–262.
13. Мониторинг постконтактной профилактики профессионального заражения ВИЧ в лечебных учреждениях / Р.С. Нарсия [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни: актуальные вопросы. – 2012. – № 6. – С. 26–31.
14. **Онищенко, Г.Г.** Борьба с инфекционными болезнями – приоритетная тема председательства Российской Федерации в «Группе восьми» в 2006 г. / Г.Г. Онищенко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 1. – С. 3–6.
15. **Павлова, Т.М.** Организационные основы оказания медицинской помощи больным с алкогольной и наркотической зависимостью при различной соматической патологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.М. Павлова. – М., 2012. – 24 с.
16. Экономическое значение профилактики вирусных гепатитов / О.Е. Петручук [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 1. – С. 13–16.
17. **Покровский, В.И.** Вирусные гепатиты в Российской Федерации: аналитический обзор / под ред. В.И. Покровского, А.Б. Жебуна. – СПб.: ФБУН НИИЭМ им. Пастера. – 2011. – Вып. 8. – 116 с.
18. О критериях экспертной оценки неблагоприятных исходов при оказании стоматологической имплантологической помощи / Т.Г. Попова [и др.] // Судебно-медицинская экспертиза. – 2008. – № 2 (51). – С. 21–23.
19. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране» от 12.07.89 г.
20. **Седова, Н.Н.** Ваш бизнес – стоматология / Н.Н. Седова, С.В. Дмитриенко. – М.: Н.Новгород, 2001. – 114 с.
21. **Семенова, В.Г.** Реконструкция реальных потерь от некоторых социально значимых причин смерти молодежи Красноярского края в 2008 г. / В.Г. Семенова, С.А. Федоткина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 6. – С. 14–19.
22. **Турчиев, А.Г.** Оптимизация системы лечебно-профилактических мероприятий в государственных стоматологических учреждениях на муниципальном уровне: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Г. Турчиев. – М., 2012. – 25 с.
23. **Шахгильдян, И.В.** Современные особенности эпидемиологии гепатитов В и С в РФ / И.В. Шахгильдян // Гепатиты В, С, D и проблемы диагностики, лечения и профилактики: тезисы докл. IV Российской научно-практической конф. – М., 2001. – С. 381–384.
24. **Шахгильдян, И.В.** Вакцинопрофилактика гепатита В в Российской Федерации. Итоги и перспективы в свете национального проекта «Здоровье» / И.В. Шахгильдян, М.И. Михайлов, В.А. Хухлович // Вакцинология 2006. Совершенствование иммунобиологических средств профилактики, диагностики и лечения инфекционных болезней. – М., 2006. – С. 234–235.
25. **Щепин, О.В.** Стоматологическая помощь инвалидам в условиях городской поликлиники / О.В. Щепин, О.Г. Любенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 4. – С. 50–53.

26. Частота встречаемости маркёров, распределение генотипов и факторы риска вирусного гепатита С среди некоторых групп населения Новосибирской области / А.В. Шустов [и др.] // Журнал Микробиологии Эпидемиологии и Иммунобиологии (ЖМЭИ). – 2004. – № 5. – С. 20–25.

27. **Burt, B.A.** Sugar consumption and caries risk : a systematic review / B.A. Burt, P. Satishchandra // *O Dent Educ.* – 2003. – Vol. 65 (10). – P. 1017–1023.

28. **Cox, A.L.** Prospective evaluation of community acquired acute – phase hepatitis C virus infection / A.L. Cox, D.M. Netski, T. Mosbrugger // *Clin. Infect. Dis.* – 2005. – Vol. 40. – P. 951–958.

29. **Chinarlet, C.Le.** Trade Marketing / C.Le. Chinarlet. – Paris: Les Editions d'Organisation, 1994. – 580 p.

30. **Daniels, D.** Surveillance for acute viral hepatitis – United States, 2007 / D. Daniels, S. Grytdal, A. Wasley. – *MMWR Surveill. Summ.* – 2009. – 58 (3). – P. 1–27.

31. **Gaeta, G.B.** Multiple viral infections / G.B. Gaeta, D.F. Precone, A. Cozzi – Lepri // *Hepatology.* – 2006. – Vol. 44. – P. 108–113.

32. **Laurisch, E.** Диагностика и терапия индивидуального риска возникновения кариеса / E. Laurisch // *Новое в стоматологии.* – 2003. – Т. 114. – № 6 – С. 31–35.

33. **Murray, Ch G.L.** The Global Burden of Disease / Ch G.L. Murray, A.D. Lopes // *WHO, Geneva, 1996.* – 320 p.

34. **Nguyen, A.M.** Helicobacter pylori may in the oral cavity. A critical review of the literature / A.M. Nguyen, D.Y. Graham, F.A. Zaatar // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* – 2005. – № 6. – P. 705–708

35. *Hepatitis C virus infection among drug injectors in St. Petersburg, Russia: social and molecular epidemiology of an endemic infection* / E. Painsil et al. – *Addiction.* – 2009. – 104. – P. 1881–1890.

36. **Puro, V.** European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus / V. Puro, G. Carli, S. Cicalini // *Eurosurveillance.* – 2005. – Vol. 10. – P. 260–264.

37. **Ritchie, C.S.** Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease: associations between specific measures of adult oral health and nutrition outcomes / C.S. Ritchie // *Crit. Cum. Oral. Biol. Med.* – 2002. – Vol. 13. – № 3. – P. 291–300.

38. **Roberts E.A.** Maternal – infant TRANSMISSION OF HEPATITIS c VIRUS / E.A. Roberts // *Hepatology.* – 2002. – Vol. 36. – P. 106–113.

39. **Sedelmayer, J.** Критический обзор наиболее распространенных методов обеспечения гигиены полости рта / J. Sedelmayer // *Новое в стоматологии.* – 2003. – № 6. – С. 49–52.

40. **Slate G.** Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile / G. Slate // *Community Dental Health.* – 1994. – 11. – P. 3–5.

41. **Spijerman, I.J.** Transmission of hepatitis B virus from a surgeon to his patients during high – risk and low – risk surgical procedures during 4 years / I.J. Spijerman, L.J. Van Doorn, M.N. Janssen // *Inf. Contr. And Hosp. Epidemiol.* – 2002. – Vol. 23. – P. 306–312.

42. **Thomas, D.L.** The natural history of hepatitis C virus infection: host, viral and environmental factors / D.L. Thomas, J. Astemborski, R.M. Rai // *JAMA.* – 2008. – Vol. 284. – P. 450 – 456.

УДК 614.23/25:331.225

А.Р. Габриелян¹, А.В. Рапенкова²

¹Городская клиническая больница № 61 Департамента здравоохранения, г. Москва

²ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра медбиофизики, информатики и экономики

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Габриелян Артур Рудольфович — кандидат медицинских наук, главный врач; Рапенкова Алевтина Васильевна — кандидат экономических наук, доцент кафедры

В работе представлено обоснование внедрения экономических инноваций в многопрофильном стационаре с учетом мнения медицинских работников. К основной экономической инновации было отнесено стимулирование труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала, которое непосредственно оказывает влияние на качество медицинской помощи пациентам.

Ключевые слова: инновация, экономическое стимулирование, медицинский персонал, медицинская помощь.

A.R. Gabrielyan¹, A.V. Rapenkova²

¹Municipal Clinical Hospital № 61, Moscow

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Medical-Biological Physics, Computer Science and Economics

ECONOMIC STIMULATION OF WORK OF HEALTH CARE PROFESSIONALS

Gabrielyan Artur Rudolfovich — Candidate of Medical Sciences, Head Doctor; Rapenkova Alevtina Vasilyevna — Candidate of Economic Sciences, Associate Professor

The article presents the bases for introducing economic innovations in a general hospital concerning primarily health care workers. The main economic innovation relates to stimulating the work of doctors, nurses, and other staff which has a direct influence on the quality of medical care.

Key words: innovation, economic stimulation, health care professionals, medical care

К группе экономических инноваций в деятельности анализируемых медицинских учреждений отнесены следующие: создание системы экономических поощрений и системы депремирования, основанных на объективных критериях и тесно связанных с системой оценки качества медицинской помощи, развитие платных медико-социальных и сервисных услуг [1, 2, 3]. Учитывая рост объема платных медицинских услуг, оказываемых в медицинских учреждениях, представляет интерес изучение и анализ мнения врачей и населения о целесообразности предоставления платных услуг, их объеме и ассортименте, условиях оплаты и мотивах выбора коммерческих услуг в медицине. Эта информация, в свою очередь, позволяет укреплять инновационную сферу многопрофильного стационара [4, 5].

Материалы и методы. С целью исследования мнения пациентов о введении платных услуг в здравоохранении проведено анкетирование и интервьюирование 502 пациентов, постоянно проживающих в г. Москве и Московской области и проходивших лечение в исследуемых стационарах.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было установлено, что подавляющее большинство (90,5 из 100 респондентов) врачей независимо от возраста и стажа работы положительно относятся к введению платных услуг различного характера (медицинских, социальных, сервисных) в стационарах государственного (муниципального) сектора здравоохранения, мотивируя свои ответы различными моментами. При этом 16,2 из 100 опрошенных врачей убеждены в необходимости полного перевода отечественного здравоохранения на платную основу, причем удельный вес таких лиц среди респондентов со стажем работы до 5 лет в 2,7 раза достоверно ($p < 0,05$) больше, чем в других группах по стажу работы. Аналогичная закономерность выявлена при распределении ответов по возрастным группам, поскольку между профессиональным стажем и возрастом существует прямая, сильная достоверная корреляционная зависимость ($r = +0,965$; $m = \pm 0,0018$; $p < 0,0001$). В целом 97,0 из 100 респондентов считают, что наличие у многопрофильного стационара возможности предоставлять платные медицинские

услуги позволяет улучшить материальное положение медицинских работников. По мнению 82,2 из 100 опрошенных врачей введение платных медицинских и немедицинских услуг сверх обязательных стабилизирует материально-техническую базу стационара, а также привлекает к работе в данных учреждениях специалистов-медиков высокой квалификации (77,4 из 100 опрошенных), что способствует развитию инвестиционной среды учреждения. Кроме того, при существующем дефиците финансирования платные услуги помогают обеспечить доступность и качество медицинской помощи.

В 54,1 из 100 случаев респонденты считают, что при таком подходе более интенсивно и более эффективно используется все имеющееся в учреждении оборудование, аппаратура. 31,0 из 100 опрошенных отмечают, что введение платных услуг снижает в целом нагрузку на бюджетное здравоохранение, а каждый четвертый уверен в возможности увеличения инвестиций в научно-исследовательскую деятельность многопрофильного стационара. Влияние возраста респондентов и стажа их работы на оценку введения платных услуг не выявлено.

Результаты анкетирования показали, что, как правило, положительное мнение врачей основано на сочетании нескольких преимуществ введения платных медицинских услуг в работу многопрофильного стационара государственного (муниципального) сектора здравоохранения. В большинстве случаев (60,4 из 100 опрошенных) врачи отмечают 3 причины, определяющие целесообразность введения платных услуг для населения, из которых лидирующее положение занимает возможность увеличения заработной платы. С точки зрения врачей, в качестве платных услуг в стационаре наиболее предпочтительно иметь прежде всего услуги сервисного характера, поскольку они повышают комфортность пребывания пациентов в больницах (88,1 из 100 опрошенных), затем социальные услуги, обеспечивающие дополнительный уход за больным (91,7 из 100), транспортные услуги для пациентов (41,1 из 100). Среди медицинских услуг, по мнению врачей, в первую очередь, целесообразно переводить на платную основу те, которые касаются нетрадиционных методов диагностики и лечения (69,2 из 100 опрошенных).

Отмечено, что лишь 8,5 из 100 анкетированных поддерживают переход отечественного здравоохранения только на платные услуги (медицинские, социальные и сервисные). Однако 49,1 из 100 опрошенных считают целесообразным частичное введение платных услуг в государственный (муниципальный) сектор здравоохранения. Респонденты, отрицательно относящиеся к коммерциализации деятельности стационаров, в подавляющем большинстве (82,9 из 100 случаев) считают, что наличие платных медицинских услуг нарушает принцип социальной справедливости. В то же время среди лиц, положительно оценивающих введение платных услуг в стационаре, большинство (68,5 из 100 опрошенных) убеждены, что платными в государственном здравоохранении должны быть только сервисные услуги, повышающие комфортность пребывания пациентов в больничных учреждениях, и социальные услуги, позволяющие обеспечивать уход за больными. К платным же медицинским услугам положительно относится только третья часть данной категории лиц.

Положительное отношение к наличию платных медицинских услуг в лечебных учреждениях зависит от пола, возраста, уровня образования и социального статуса, материального положения респондентов. Так, установлено, что лиц, положительно относящихся к введению платных медицинских услуг, достоверно ($p < 0,001$) в 1,5 раза больше среди женщин, чем среди мужчин (соответственно 40,5 и 27,0 из 100 опрошенных). На положительное отношение к платным медицинским услугам влияет принадлежность к молодой возрастной группе. Выявлено, что среди лиц в возрасте 20–39 лет достоверно ($p < 0,001$) в 2,1 и 2,7 раза больше лиц, положительно оценивающих роль платных медицинских услуг, по сравнению с населением в возрасте 40–59 и 60 лет и старше (соответственно 45,7, 21,8, 17,0 из 100 опрошенных). Среди опрошенных с высшим образованием достоверно ($p < 0,001$) в 2,4 раза больше респондентов, которые положительно относятся к платным медицинским услугам, в сравнении с лицами, имеющими среднее или среднее специальное образование (соответственно 49,0 и 20,4 из 100). Естественно, пенсионеры, имеющие, как правило, более низкий уровень дохода, реже,

в сравнении с работающими лицами, дают положительную оценку оказания платных медицинских услуг (7,7 против 45,2 из 100; $p < 0,00001$).

В группе лиц, считающих осуществление принципа платных медицинских услуг ведущим фактором развития отечественного здравоохранения, подавляющее большинство респондентов (80,3 из 100) оценили уровень своих доходов как высокий. В то же время опрос населения, которое является потенциальным потребителем услуг в здравоохранении, показал, что только каждый десятый (10,1 из 100) имеет возможность оплачивать некоторые медицинские услуги и то не постоянно, а только в случае крайней необходимости.

Среди лиц, которые пользовались за наличный расчет или через систему добровольного медицинского страхования платных медицинских услуг, 85,7 из 100 респондентов относятся положительно к их введению в повседневную практику многопрофильных стационаров. Как показали результаты интервьюирования пациентов, получавших платные медицинские услуги, наибольший удельный вес (67,1 из 100) приходится на проведение диагностических обследований, 27,2 из 100 респондентов – на лечебные, и только 5,7 из 100 оплачивают профилактические мероприятия. Следует констатировать, что, по мнению опрошенных, наибольшим спросом пользуются услуги стоматолога, хирурга, кардиолога, гинеколога и уролога.

При изучении мотивации выбора потребителями платных медицинских услуг выявлено, что он продиктован желанием: сократить очередь ожидания на проведение обычных диагностических и лечебных мероприятий (82,5 случаев на 100 опрошенных); получить современные лечебно-диагностические процедуры, основанные на эффективных технологиях (78,3 из 100), консультирование и лечение у известных специалистов (66,7 случаев на 100 опрошенных); получить качественные сервисные услуги (52,1 случаев на 100 опрошенных); иметь более внимательное и чуткое отношение со стороны медицинского персонала (45,9 случаев на 100 опрошенных); получить медицинскую помощь, основанную на применении фитотерапии, гомеопатии (32,5 из 100).

По мнению 72,3 из 100 респондентов, наличие платных медицинских услуг способствует повышению уровня качества медицинской помощи.

Таким образом, расчет коэффициента корреляции между положительным отношением населения к наличию платных медицинских услуг и основными социально-гигиеническими факторами выявил, что наибольшее влияние на положительную оценку данного принципа оказывает материальное положение респондентов ($Q=+0,941$; $m=\pm 0,0019$; $p<0,001$), далее в ранговом порядке следует уровень образования ($Q=+0,830$; $m=\pm 0,0032$; $p<0,001$), возраст ($Q=-0,623$; $m=\pm 0,0025$; $p<0,001$), занятость в трудовой деятельности ($Q=+0,572$; $m=\pm 0,0022$; $p<0,01$).

В качестве другой экономической инновации в многопрофильных стационарах, взятых под наблюдение, выступает разработанная в процессе настоящего исследования система экономических поощрений и депремирования, тесно связанная с системой оценки качества работы персонала. Следует учитывать, что оплата труда медицинского персонала базируется на разработке и внедрении новых форм материального стимулирования, она должна обеспечивать коллективную и личную заинтересованность в достижении высоких конечных результатов работы, отражая реальный вклад каждого члена коллектива в общие результаты деятельности многопрофильного стационара. При этом система оплаты труда должна строиться не только на ее стимулировании, но и наказании за нерадивый труд (штрафы, увольнения, лишение права работы по специальности и т. д.). Это позволит не только в значительной мере перераспределить средства в пользу лучше работающих, но и добиться экономии за счет уменьшения сроков лечения, повторных обращений больных в многопрофильный стационар из-за некачественного лечения и т. д.

С точки зрения стимулирующей функции заработной платы условно можно выделить три основные системы оплаты труда: стимулирующую, оценивающую, безразличную.

Стимулирующей можно назвать систему оплаты труда, при которой происходит нацеливание на достижение какого-то конкретного результата путем установления зависимости

(прямой или обратной, поощряющей или наказывающей) оплаты от степени достижения поставленной цели при условии, что у работников есть возможность влиять на результат. Оценивающей следует называть ту систему оплаты труда, которая связана с какими-то конкретными показателями, но работники практически не могут сами влиять на объем выполняемой ими работы (например, на количество вызовов «скорой помощи»). Безразличной можно назвать систему оплаты труда, при которой зарплата не зависит от конкретного объема работ. Это может быть оплата труда на той же «скорой помощи», если работники не получают дополнительной оплаты за увеличение объема выполненных работ, санитарок-буфетчиц, если они получают зарплату независимо от того, сколько больных питается в отделении.

Наиболее прогрессивной является стимулирующая система оплаты труда. Нередко эта система нацеливает на достижение нескольких показателей, порой взаимоисключающих или имеющих противоположную направленность, например, увеличение объемных показателей и повышение качества. Для достижения целей стимулирования необходимо добиться либо того, чтобы была исключена внутренняя противоречивость самой системы стимулирования, либо, напротив, того, чтобы все ее направления стали гармонично дополнять друг друга, а для этого необходимо, чтобы дополнительные затраты труда в любом из направлений получали одинаковую дополнительную оплату.

Однако применение стимулирующей системы оплаты труда имеет недостатки, требующие коррекции при ее использовании. В частности, необходимо учитывать, что на получение каждой дополнительной единицы эффекта (например, на обслуживание каждого последующего больного) по сравнению с предыдущей затраты труда увеличиваются за счет накопления усталости у медицинского работника, ограниченности его рабочего времени, что требует повышения интенсивности его труда и т. д. Степень же увеличения этих затрат труда для достижения различных показателей неодинакова. Поэтому работникам обычно бывает выгодно отдавать приоритет тем показателям, которые обеспечивают достижение

каждой последующей единицы при наименьшем увеличении дополнительных затрат труда.

Кроме того, если объем медицинских услуг (количество пролеченных больных и т.д.) можно считать неограниченным, то показатели уровня качества медицинской помощи необходимо связывать с оптимальным объемом выполняемых услуг. Поэтому при достижении оптимального уровня качества медицинской помощи (равного или близкого к 100,0%), работники меняют ориентацию на другие показатели, как правило, связанные с объемом труда. Следует учитывать, что достижение лучших показателей возможно за счет использования современного высокоэффективного оборудования, более действенных медикаментов. Естественно, что для конкретного работника будут более предпочтительны те направления его деятельности, где повысить зарплату можно не за счет собственного труда, а путем более широкого использования лучшей материально-технической базы.

На практике стимулирующая, оценивающая или безразличная системы оплаты труда в чистом виде встречаются редко – обычно применяется смешанный вариант. При определении основной оплаты труда используется безразличная, при начислении дополнительной – стимулирующая, а при премировании – оценивающая системы оплаты. Обычно применяемые системы оплаты труда представляют собой сложные, многоплановые и многоступенчатые комплексы.

В связи с вышеперечисленным, а также учитывая результаты анкетирования медицинских работников исследуемого многопрофильного стационара, отметивших неудовлетворенность существующей системой оплаты труда была разработана система премирования и депремирования. Для материального поощрения администрацией стационара формируется премиальный фонд за счет экономии по фонду заработной платы, собственных средств и спонсорской помощи. Лишь за счет материального поощрения (выплата премий) может быть осуществлен дифференцированный подход к оплате труда. Начисление премии основывается на определении индивидуальных коэффициентов трудового участия (КТУ) работника, учитывающих выполнение определенных видов и объемов работ. Следует помнить, что методика опреде-

ления коэффициента трудового участия каждого сотрудника (КТУ_с), размер премий персонала должен быть достаточно простым и доступным для понимания каждого члена коллектива. Каждый работник должен быть уверен в том, что результат его деятельности основывается на объективных критериях качества и количества труда, а также учитывается в полной мере при решении вопроса о размерах премии.

С целью обеспечения объективного подхода к распределению премиального фонда многопрофильного стационара приказом главного врача создается специальная премиальная комиссия, в задачи которой входит определение КТУ подразделений и конкретных работников. Распределение премиального фонда осуществляется по этапам:

1-й этап – распределение премий по подразделениям соответственно трудовому вкладу всего персонала отделения (ФПР_{отд});

2-й этап – распределение премий внутри отделения по коэффициенту трудового участия каждого сотрудника (КТУ).

Для адекватного распределения премий по отделениям используется коэффициент премий (КФ_{пр}), который вычисляется по учреждению в целом по формуле

$$\text{КФ}_{\text{пр}} = \text{ФПР} / \text{ФЗПт}, \quad (3)$$

где ФПР – величина премиального фонда, ФЗПт – величина фонда заработной платы по тарификации

Полученный коэффициент используется для расчета фонда премий по каждому отделению (ФПР_{отд}) по формуле

$$\text{ФПР}_{\text{отд}} = \text{ФЗП}_{\text{отд}} \times \text{КФ}_{\text{пр}} \quad (4)$$

Однако премиальный фонд отделения может быть уменьшен в том случае, если премиальной комиссией будут наложены штрафные санкции, перечень которых изложен в таблице. Премиальная комиссия по учреждению и по отделениям создается приказом главного врача. В премиальную комиссию учреждения входят заместители главного врача по лечебной работе и по экономическим вопросам, председатель профкома, главная медицинская сестра, начальник отдела кадров. В каждом подразделении создаются рабочие комиссии по премированию, в которые входят представители всех категорий работников (заведующий отделением, врач, средний и младший медицинский персонал).

Перечень штрафных санкций в многопрофильном стационаре, снижающих размер выплат премии по отделению, шкала их оценки

№ п/п	Наименование дефекта работы	Коэффициент снижения выплат
1.	Невыполнение основных показателей работы • рост повторных госпитализаций • снижение % пациентов, выписанных с улучшением • увеличение летальности • нарушение санэпидрежима	0,1 0,1 0,1 0,1
2.	Неоднократное выявление дефектов в ведении медицинской документации	0,1
3.	Нарушение этических норм поведения • наличие одной обоснованной жалобы • наличие неоднократных обоснованных жалоб • наличие чрезвычайных происшествий в подразделениях (попытки суицида и др.)	0,05 0,2 0,1
4.	Нарушение правил внутреннего трудового распорядка и трудовой дисциплины: • прогулы • опоздание и преждевременный уход с работы • наличие материалов о привлечении к административной или уголовной ответственности за пьянство, хулиганство, нарушение общественного порядка	0,1 0,1 0,2
5.	Грубые дефекты в работе, выявленные на любой стадии контроля качества	0,2
6.	Нарушения правил охраны труда и техники безопасности	0,2
7.	Несвоевременное представление итогов работы заместителю главного врача и главному врачу	0,2

Таким образом, как показало исследование, в том случае, если на отделение наложены штрафные санкции, то фонд премий отделения уменьшается на величину, равную произведению ФПР_{отд} на сумму коэффициентов снижения выплат. Сэкономленные в этом случае средства направляются в фонд для дополнительного поощрения подразделений (резервный фонд материального стимулирования), формируемый в размере 0,5% от премиального фонда учреждения. Из фонда для дополнительного поощрения подразделений главный врач больницы по согласованию с комиссией по премированию имеет право повысить премиальный фонд отделения на основании выполнения необходимых критериев, в отдельных случаях премировать конкретных работников за выполнение особо важных и сверхплановых работ.

Список литературы

1. Михайлова, Л.С. К вопросу об экономическом анализе деятельности ЛПУ / Л.С. Михайлова // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 6. – С. 29–31.
2. Найговзина, Н.Б. Качество медицинской помощи и его экспертиза / Н.Б. Найговзина, А.Г. Ластовецкий // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 1. – С. 7–14.
3. Накатис, Я.А. Управление качеством выполнения 'диагностической и лечебной помощи в многопрофильном медицинском учреждении / Я.А. Накатис, Г.Н. Романюк // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 6. – С. 33–36.
4. Нестеренко, Е.И. К вопросу об экономической эффективности деятельности стационарных лечебно-профилактических учреждений / Е.И. Нестеренко, Н.В. Полунина // Бюллетень Санкт-Петербургского Института Медицинского страхования. – СПб., 1998. – С. 110–117.
5. Оценка качества стационарной медицинской помощи в отделениях терапевтического профиля / Е.К. Нечаева [и др.] // Проблемы городского здравоохранения / под ред. Н.И. Вишнякова. – СПб., 2000. – Вып. 5. – С. 158–161.

УДК 614.21:338.26

А.Р. Габриелян

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 61» Департамента здравоохранения, г. Москва

УПРАВЛЕНИЕ КАРЬЕРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Габриелян Артур Рудольфович — кандидат медицинских наук, главный врач

Социально-трудовые отношения – часть многообразных социальных связей между рабочими группами и подразделениями организации, а также между отдельными работниками внутри их, которая непосредственно касается трудовой деятельности. Социально-трудовые отношения имеют первостепенное значение для решения проблем продуктивной занятости и социальной защиты людей, участвующих в производстве нужных обществу товаров и услуг, оплаты труда и формирования доходов, технологизации трудовых процессов, гуманизации труда и его условий, повышения самостоятельности, творческой инициативы и ответственности работников, развития самоуправления, функционального и социального партнерства. Данная статья посвящена правильной стратегии управления карьерой медицинской организации.

Ключевые слова: карьера, управление кадрами, социально-трудовые отношения, медицинская организация

A.R. Gabrielyan

Municipal Clinical Hospital № 61, Moscow

MEDICAL INSTITUTION CAREER MANAGEMENT: PROSPECTS FOR DEVELOPMENT

Gabrielyan Artur Rudolfovich — Candidate of Medical Sciences, Head Doctor

Social and labour relations are a part of diverse social ties between work teams and subdivisions within an institution as well as between the employees inside them which relate directly to labor activities. Social and labour relations are of primary importance for solving the problems of gainful employment and social protection of people taking part in the production of goods and services demanded by the society, the problems of remuneration of labour and revenue formation, application of new technologies to working process, humanization of labor conditions, increasing employees' self-dependence, creative initiative and responsibility, development of autonomy, functional and social partnership. It is the right strategy of medical institution career management that the article is devoted to.

Key words: career, personnel management, social and labour relations, medical institution

В сфере здравоохранения, как и в любой другой отрасли народного хозяйства, одним из важнейших факторов, влияющих на уровень эффективности, являются кадры.

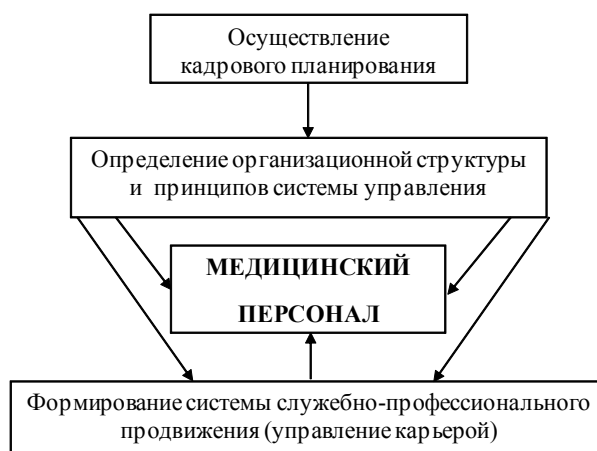
Как главная часть ресурсов здравоохранения, кадры обеспечивают результативность деятельности не только системы здравоохранения в целом, но и отдельных ее структур и объектов. И, тем не менее, за последние 10 лет данному вопросу уделялось мало внимания в отечественной литературе [1, 2, 3, 4, 5].

Современный период характеризуется кризисом мотивации и негативным представлением большей части работников предприятий о трудовой деятельности. Суть трудовой мотивации свелась практически к желанию иметь максимально гарантированную заработную плату при равнодушном отношении к результатам труда (качеству, своевременности). Бедность мотивации и узкий диапазон потребностей, удовлетворяемых посредством трудовой деятельности, снизили управляемость работников, сделали их слабо подвластными стимулированию. Сказанное относится не только к работникам, но и к специалистам в области управления. Часть работников, сохранивших нравственные основы трудового сознания, богатую трудовую мотивацию, составляют меньшинство и зачастую находятся в предпенсионном и пенсионном возрасте. Что касается работодателей и руководителей высшего звена, то, согласно социологическим опросам, 90,0% из них, в противоположность другим формам воздействия, отдают предпочтение административному стилю руководства, объясняя такой выбор метода управления падением дисциплины. Поэтому в качестве самого распространенного метода воздействия на людей с целью получения желаемого результата

утвердился на сегодня метод «кнута и пряника», реализующийся через систему простейших экономических и административных стимулов и санкций. Такая система достаточно эффективна при низкой содержательности работы, авторитарном стиле руководства и значительной безработице [6, 7]. К методу «кнута и пряника» следует отнести пропорциональные доплаты и удержания, работу на условиях администрации, штрафы и другие известные приемы.

Поэтапное решение задач, связанных с сохранением и развитием кадрового потенциала, позволяет более рационально использовать ресурсы, предоставляемые здравоохранению, что создает основу для роста качества медицинского обслуживания.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования, проведенного в Городской клинической больнице № 64 г. Москвы и центральной районной больнице Ногинского района Московской области стали основой для формирования модели управления персоналом современного многопрофильного стационара, активно занимающегося инновационной деятельностью (см. рис.).



Модель управления медицинским персоналом современного многопрофильного стационара

Цель разработанной модели – повышение медицинской, социальной и экономической эффективности деятельности многопрофильного стационара. Созданная модель полностью соответствует «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации до 2020 года» и направлена на обеспечение квалифицированными кадрами, организацию их эффективного использования, профессиональное и социальное развитие.

Моделирование управления медицинским персоналом многопрофильного стационара осуществлялось по модульному принципу, при котором каждый модуль включает в себя совокупность структурно-функциональных элементов, адаптированных к рыночным условиям и направленных на повышение качества предоставляемых населению медицинских услуг, а также на рост эффективности работы многопрофильного стационара. Медицинские кадры являются системообразующим фактором разработанной

модели, а сама модель включает в себя следующие модули:

- определение организационной структуры и принципов системы управления персоналом многопрофильного стационара;
- осуществление кадрового планирования;
- формирование системы служебно-профессионального продвижения персонала.

Выделение модулей является достаточно условным, так как каждый из них взаимосвязан с другими. В качестве базы для построения представленной модели нами использованы принципы, сформированные и апробированные в ходе настоящего исследования.

Нами выделены две группы принципов построения системы управления персоналом в многопрофильном стационаре: принципы, характеризующие требования к формированию системы управления персоналом, и принципы, определяющие направления развития системы управления персоналом (см. табл.).

Принципы построения системы управления персоналом (УП) многопрофильного стационара

Принцип	Содержание принципа
Принципы, характеризующие требования к формированию системы УП	
Обусловленность функций УП целями производства медицинских услуг в многопрофильном стационаре	Функции УП формируются и изменяются не произвольно, а в соответствии с потребностями и целями производства медицинских услуг
Первичность функций УП	Состав подсистем системы УП, организационная структура, требования к медицинским и другим работникам и их численность зависят от содержания, количества и трудоемкости функций УП
Оптимальность соотношения интра- инфрафункций управления персоналом	Определяет пропорции между функциями, направленными на организацию системы УП (интрафункции) и функциями УП (инфрафункции)
Оптимальность соотношения управленческих ориентаций	Диктует необходимость опережения ориентаций функций УП на развитие производства медицинских услуг по сравнению с функциями, направленными на обеспечение функционирования производства в условиях многопрофильного стационара
Потенциальные имитации	Временное выбытие отдельных работников не должно прерывать процесс осуществления каких-либо функций управления. Для этого каждый работник системы УП должен уметь имитировать функции вышестоящего, нижестоящего сотрудника и одного-двух работников своего уровня.
Экономичность	Предполагает наиболее эффективную и экономичную организацию системы УП, снижение доли затрат на систему управления в общих затратах, повышение эффективности производственных процессов в многопрофильном стационаре. В случае, если после мероприятий по совершенствованию системы УП увеличились затраты на управление, то они должны перекрываться эффектом в производственной системе, полученным в результате их осуществления.
Прогрессивность	Соответствие системы УП передовым зарубежным и отечественным аналогам
Перспективность	При формировании системы УП следует учитывать перспективы развития многопрофильного стационара
Комплексность	При формировании системы УП необходимо учитывать все факторы, воздействующие на систему управления (связи с вышестоящими органами, договорные связи, состояние объекта управления и т.д.)
Оперативность	Своевременное принятие решений по анализу и совершенствованию системы УП, предупреждающих или оперативно устраняющих отклонения
Оптимальность	Многовариантная проработка предложений по формированию системы УП и выбор наиболее рационального варианта для конкретных условий деятельности учреждения

Окончание таблицы

Принцип	Содержание принципа
Принципы, характеризующие требования к формированию системы УП	
Простота	Чем проще система УП, тем лучше она работает. Безусловно, это исключает упрощение системы УП в ущерб деятельности учреждения
Научность	Разработка мероприятий по формированию системы УП многопрофильного стационара должна основываться на достижениях науки в области управления и с учетом изменения законов развития общественного производства в рыночных условиях
Иерархичность	В любых вертикальных разрезах системы УП должно обеспечиваться иерархическое взаимодействие между звеньями управления (структурными подразделениями или отдельными руководителями), принципиальной характеристикой которого является несимметричная передача информации «вниз» (деагрегирование, детализация) и «вверх» (агрегирование) по системе управления
Автономность	В любых горизонтальных и вертикальных разрезах системы УП должна обеспечиваться рациональная автономность структурных подразделений или отдельных руководителей
Согласование	Взаимодействия между иерархическими звеньями по вертикали, а также между относительно автономными звеньями системы УП по горизонтали должны быть в целом согласованы с основными целями многопрофильного стационара и синхронизированы во времени
Устойчивость	Для обеспечения устойчивого функционирования системы УП необходимо предусматривать специальные «локальные регуляторы», которые при отклонении от заданной цели многопрофильного стационара ставят того или иного работника или подразделение в невыгодное положение и побуждают их к регулированию системы УП
Многоаспектность	УП, как по вертикали, так и по горизонтали может осуществляться по различным каналам: административно-хозяйственному, экономическому, правовому и т.п.
Прозрачность	Система УП должна обладать концептуальным единством, содержать единую доступную терминологию, деятельность всех подразделений и руководителей должна строиться на единых «несущих конструкциях» (этапах, фазах, функциях) для различных по экономическому содержанию процессов УП
Комфортность	Система УП должна обеспечить максимум удобств для творческих процессов обоснования, выработки, принятия и реализации решений человеком. Например, исключение излишней работы при заполнении медицинской документации
Принципы, определяющие направления развития системы УП	
Концентрация	Рассматривается в двух направлениях: концентрация усилий работников отдельного подразделения или всей системы УП на решение основных задач многопрофильного стационара или как концентрация однородных функций в одном подразделении системы УП, что устраняет дублирование
Специализация	Разделение труда в системе УП (выделяется труд руководителей, специалистов и служащих). Формируются отдельные подразделения, специализирующиеся на выполнении групп однородных функций
Параллельность	Предполагает одновременное выполнение отдельных управленческих решений, повышает оперативность УП
Адаптивность (гибкость)	Приспособляемость системы УП многопрофильного стационара к изменяющимся целям объекта управления и условиям его работы
Преимственность	Предполагает общую методическую основу проведения работ по совершенствованию системы УП многопрофильного стационара на разных ее уровнях и разными специалистами, стандартное их оформление
Непрерывность	Отсутствие перерывов в работе работников системы УП многопрофильного стационара или его подразделений, уменьшение времени невостребованности и несвоевременного ответа на документы, простоя тех технических средств управления и т. п.
Ритмичность	Выполнение одинакового объема работ в равные промежутки времени и регулярность повторения функций УП многопрофильного стационара

Выводы. Таким образом, все принципы построения системы управления персоналом многопрофильного стационара реализуются во взаимодействии. Их сочетание зависит от конкретных условий функционирования системы управления персоналом многопрофильного стационара.

Список литературы

1. Здоровье населения, медицинская помощь и оплата медицинских услуг / В.А. Алексеев [и др.] // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – №6(49). – С. 32–38.

2. Мейтланд, Ян. Руководство по управлению персоналом / Ян Мейтланд; под ред. И.И. Елисеевой. – М.: Аудит: Юнити, 2004. – 80 с.

3. Михалева, Е.П. Менеджмент / Е.П. Михалева. – М.: ЮРАЙТ, 2004. – 31 с.

4. Организация медицинской помощи в условиях ограниченного кадрового обеспечения / С.Г. Ганатов [и др.] // Заместитель главного врача. – 2010. – № 2. – С. 12–16.

5. Роль квалифицированной кадровой службы в управлении персоналом медицинских учреждений / В.А. Алексеев [и др.] // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 25–28.

6. Столяров, В.И. Оценка кадров / В.И. Столяров. – Ижевск: РНО НУМ, 1999. – 40 с.

7. Уткин, Э. Курс менеджмента / Э. Уткин – М.: Зерцало, 2000. – 38 с.

УДК 616.97.98-053.2-084(470.51)

Р.М. Загртдинова ¹, В.А. Мерзляков ², Е.В. Димакова ², М.С. Алексеева ²

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

²БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР»

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА КОНТРОЛЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИППП У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ «ДОВЕРИЕ» В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Ризид Миннесагитовна Загртдинова — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Владимир Анатольевич Мерзляков — главный врач БУЗ УР «РКВД МЗ УР»; Елена Владимировна Димакова — заведующий центром контроля и профилактики ИППП у детей и подростков «Доверие», г. Ижевск; Мария Сергеевна Алексеева — заместитель главного врача БУЗ УР «РКВД МЗ УР» по организационно-методической работе.

Проведен анализ заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) у детей и подростков; представлены принципы работы и проведен анализ деятельности центра «Доверие» в г. Ижевске.

Ключевые слова: подростки, профилактика ИППП, центр «Доверие».

R.M. Zagrtdinova ¹, V.A. Merzlyakov ², E.V. Dimakova ², M.C. Alekseeva ²

¹Izhevsk state medical Academy, Udmurt Republic

²Republican dermatovenerologic dispensary, Izhevsk

THE ANALYSIS OF ACTIVITY OF THE CENTRE FOR CONTROL AND PREVENTION OF STIS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS IN CHILDREN AND TEENAGERS «TRUST» IN THE UDMURT REPUBLIC

The review of the problem of sexually transmitted infections (STIS) in children and teenagers, presented the principles of work and the analysis of activity of the center «Trust» in the city of Izhevsk.

Key words: teenagers, STD prevention, the center «Trust»

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), являются актуальной проблемой, в связи с их неблагоприятными последствиями, влияющими на состояние здоровья населения, в том числе репродуктивного здоровья. Выявлены серьезные осложнения этих заболеваний, к которым относится бесплодие, преждевременные роды, внематочная беременность, являющаяся одной из основных причин материнской смертности. Причинами слепоты, нарушений умственного развития, а также некоторых видов злокачественных новообразований у детей могут быть перинатальные и врожденные инфекции. ИППП относятся к социально значимым заболеваниям, так как оказывая влияние на репродуктивное здоровье населения, они являются фактором снижения рождаемости, что в свою очередь усугубляет демографическую ситуацию в России [3]. Наблюдается значительное «омоложение» контингента больных ИППП [2].

Дети и подростки, которые относятся к группе риска по ИППП, являются индикатором уровня социального неблагополучия [4]. В последнее время отечественные ученые уделяют пристальное внимание проблемам распространения ИППП среди детей и подростков, причем

некоторые авторы основной причиной считают изменение сексуального поведения подростков [1]. К основному фактору риска возникновения ИППП у подростков, наряду с низким образовательным уровнем, ранним началом половой жизни, отсутствием «навыков безопасного секса», ряд авторов относят проживание в «неблагополучных» — малообеспеченных и неполных семьях, наличие вредных привычек в семье [3]. С позиции стратегического планирования оказания эффективной помощи несовершеннолетним с ИППП необходима разработка новых форм и методов лечебно-профилактической деятельности, внедрение новых моделей медицинской, психологической и социальной служб для детей и подростков. Вместе с тем необходимо организовать процесс клинико-лабораторной диагностики ИППП таким образом, чтобы иметь возможность проводить обследование и назначать терапию в максимально короткие сроки, что немаловажно в среде неорганизованной молодежи. При этом обязательным условием является выработка современной концепции профилактики ИППП у несовершеннолетних.

Цель работы: разработка рекомендаций по совершенствованию медицинской помощи де-

тям и подросткам с ИППП, с использованием комплексного подхода, включающего в себя не только организацию лечебно-диагностической помощи несовершеннолетним, но и психосоциальную поддержку, а также организацию первичной и вторичной профилактики ИППП среди несовершеннолетних.

Материалы и методы. Объектом исследования стали пациенты, обратившиеся в центр «Доверие» в 2008–2013 гг.

Результаты и обсуждение. В рамках реализации программных мероприятий подпрограммы «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем», федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2013 годы)», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации, от 11 декабря 2006 г. № 1706-р, в 2007 году была организована работа центра «Доверие» в городе Ижевске на базе Республиканского кожно-венерологического диспансера. Центр объединил в себе новые формы и методы лечебно-профилактической деятельности, где стало возможным внедрение новых моделей медицинской и психологической помощи для детей и подростков с ИППП. Особенностью создания центра «Доверие» в г. Ижевске, в отличие от других городов, является его изолированное расположение от РКВД, что создает наиболее благоприятную атмосферу для приема подростков, которые зачастую испытывают чувство неловкости, а порой и страха быть узнанными.

Работа в центре «Доверие» включает в себя организацию лечебно-диагностической помощи несовершеннолетним: выявление и лечение больных инфекциями, передаваемыми половым путем, а также организацию первичной и вторичной профилактики ИППП среди несовершеннолетних – проведение санитарно-просветительной работы в школах, ССУЗах, ПУ, ПТУ по формированию здорового образа жизни, физиологии, психологических аспектах взросления, ИППП и контрацепции. Основной задачей организации первичной профилактики ИППП среди несовершеннолетних стало предотвращение заражения ИППП в результате повышения уровня информированности, обучение навыкам сохранения собственного здоровья. Соответственно сложились основные принципы работы центра «Доверие»:

1. Широкая информированность молодежи о работе центра «Доверие» реализуется проведением ознакомительных лекций и тренингов в школах, ВУЗах, колледжах, ПТУ, выступлением на радио и телевидении. Заинтересованные лица не только из молодежной среды, но и школьные психологи, социальные педагоги, кураторы студенческих групп приглашаются для дальнейшего сотрудничества, поскольку, часто именно они первыми сталкиваются с подростками, обратившимися с первыми признаками проявления ИППП. Мальчики зачастую даже не знают, к какому именно специалисту им обратиться. Часто они обращаются к среднему медперсоналу или фельдшеру учебного заведения, и в данном случае основными задачами медработника является правильная оценка состояния подростка и последующее направление его в специализированное лечебное учреждение. В 2008, 2009 гг. на базе Ижевского медицинского колледжа в рамках программных мероприятий Проекта «ХОУП» (Профилактика ВИЧ/СПИДа для 10–11 классов) специалистами центра «Доверие» были проведены трехдневные тренинги по обучению медицинских работников профессиональных училищ, лицеев и колледжей. Тренинги предполагают использование активных методов обучения профилактике ИППП, ВИЧ/СПИДа в учебных заведениях, а также формирование личного отношения учащихся к проблеме данных заболеваний и навыков соблюдения личной безопасности и сохранения репродуктивного здоровья подростков. В 2010–2013 гг. специалисты центра «Доверие» принимали участие в следующих пропагандистско-оздоровительных мероприятиях: акция «Первокурсник» – прочитаны доклады на тему «Подростковый возраст и репродуктивная система», «Сохранение репродуктивного потенциала подростков», «Сохранение репродуктивного здоровья. Профилактика ИППП и ВИЧ-инфекции».

2. Комплексность предполагает одновременную или последовательную работу врачей различных специальностей (педиатров, гинекологов, дерматовенерологов, психологов). Врачи гинекологи поликлиник г. Ижевска для дополнительного обследования подростков на ИППП и при необходимости психологической консультации направляют несовершеннолетних в центр «Доверие».

3. Преемственность профилактических и лечебно-диагностических мероприятий. Значительное число пациентов (56–65%) приходят на обследование и лечение после проведения тренингов, лекций.

4. Доступность врачебного консультирования. Любой позвонивший в центр «Доверие» получает исчерпывающую информацию об услугах, оказываемых центром, и, при желании, записывается на первичный прием, либо может задать свой вопрос по электронной почте на официальном сайте РКВД.

5. Конфиденциальность. Данный принцип очень важен для подростков из-за боязни огласки перед друзьями или родителями. Исключением являются дети до 15 лет, в соответствии со ст. 32 «Согласие на медицинское вмешательство» основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан необходимым предварительным условием обследования детей до 15 лет является письменное согласие родителей или законных представителей ребенка. Необходимым предварительным условием обследования пациентов старше 15 лет является их информированное добровольное согласие.

6. Комплаентность предполагает продуктивное сотрудничество между врачом и пациентом. Строго определенное время приема, предварительная запись пациента на прием позволяют избежать ситуаций, когда он может неожиданно столкнуться с кем-либо из своего ближайшего окружения. Только доверяя врачу подросток будет стремиться как можно точнее выполнять все врачебные предписания и рекомендации. Следуя этому принципу, бывшие и настоящие пациенты безбоязненно приводят в наш центр своих половых партнеров и друзей, нуждающихся в помощи.

За период 2008–2013 г. заключены договоры и соглашения о сотрудничестве с 60 учебными заведениями г. Ижевска, Министерством здравоохранения, Министерством образования, Республиканским наркологическим диспансером, городскими общественными организациями по борьбе с наркоманией и алкоголизмом, Республиканским центром планирования семьи. За период 2008 по 2013 г. прочитано 572 лекции для более чем 20 000 учащихся образовательных учреждений УР. Увеличилось количество посещений центра «Доверие» в течение указанного периода (рис. 1)

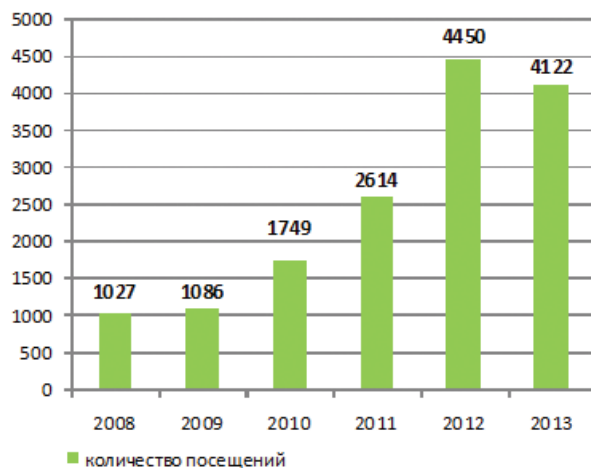


Рис. 1. Динамика посещаемости центра «Доверие» в 2008–2013 гг.

Численность пациентов по возрасту, обратившихся в центр «Доверие», представлена на рисунке 2.

В структуре пациентов, обратившихся в центр «Доверие» за 2008–2013 гг., преобладает количество учащихся общеобразовательных школ – 37,9%, неработающих – 24,1, учащихся ПТУ – 19,0 и учащихся ССУЗов – 10,3%.

Среди обратившихся несовершеннолетних детей преобладали лица женского пола (7549 чел) – см. рис. 3. Из них 22,0% направлены в центр для комплексного обследования акушерами-гинекологами, 8,0 % – педиатрами.

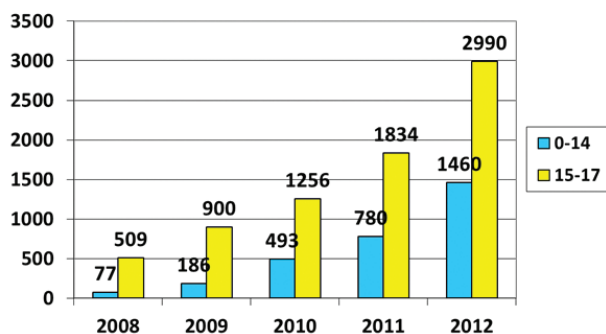


Рис. 2. Распределение по возрасту пациентов, обратившихся в центр «Доверие» за 2008–2013 гг.

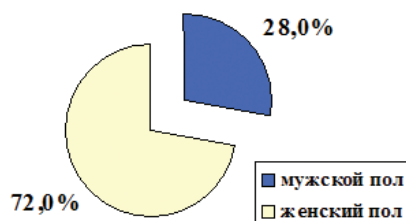


Рис. 3. Распределение пациентов по полу, обратившихся в центр «Доверие» за 2008–2013 гг.

Количество зарегистрированных ИППП в центре «Доверие» за 2008–2013 гг. имеет тенденцию к уменьшению (рис. 4).

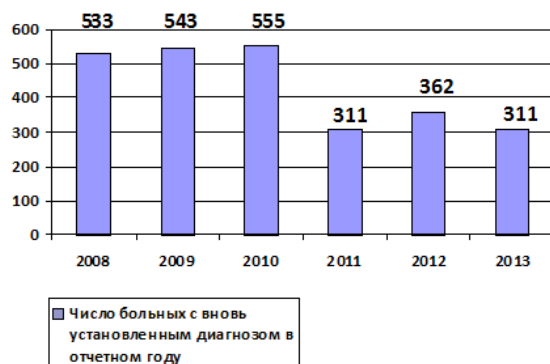


Рис. 4. Динамика зарегистрированных пациентов с ИППП за 2008–2013 гг.

Вывод. За период 2008–2013 гг. в центре «Доверие» специализированную лечебно-диагностическую помощь получили около 6 000 детей и подростков, также отмечено увеличение количества обследуемых в 2012–2013 гг. по сравнению с предыдущими годами, увеличилось число проведенных профилактических мероприятий. Данные о количестве принятых пациентов свидетельствуют о повышении обращаемости, что, в свою очередь, говорит о повышении уровня информированности подростков о цен-

тре «Доверие», заинтересованности педиатров, гинекологов, урологов и врачей других специальностей в полноценном обследовании детей и подростков с ИППП. Наряду с увеличением количества обратившихся, отмечается уменьшение случаев выявления ИППП у детей и подростков, что подтверждает эффективность работы центра «Доверие». Таким образом, наблюдается положительная динамика по снижению заболеваемости детского, подросткового населения ИППП благодаря активной лечебно-диагностической и профилактической деятельности медицинских организаций.

Список литературы

1. Кравец, Т.А. Характеристика сексуального поведения подростков, заболевших сифилисом, и здоровых / Т.А. Кравец, О.К. Лосева // Материалы международной конференции «Сексуальное здоровье человека на рубеже веков», М., 1999. – С. 217–218.
2. Кубанова, А.А. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году / А.А. Кубанова, О.П. Щепин. – 2003. – 390 с.
3. Лопаткина, Л.В. Медико-социальное исследование заболеваемости социально-дезадаптированных подростков инфекциями, передаваемыми половым путем: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.В. Лопаткина – 2006. – 24 с.
4. Gindoff, P.R. Reproductive potential in the older woman / P.R. Grindoff, R. Jewelewicz // Fertil. Steril. – 1986. – Vol. 46. – № 5/6. – P. 989–1001.

УДК 614.23:617.5(470.311-25)

К.И. Касапов

«СМ-Клиника» Общество с ограниченной ответственностью «ДЭРАЙС», г. Москва

АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ ВРАЧАМИ-ХИРУРГАМИ

Касапов Константин Иванович — заместитель главного врача, хирург-онколог, кандидат медицинских наук

В статье дан анализ обеспеченности г. Москвы врачами-хирургами, поскольку хирургическая медицинская помощь на современном этапе является наиболее востребованной у населения. Зная кадровую обеспеченность населения специалистами, можно планировать мероприятия по оптимизации деятельности востребованной области медицины.

Ключевые слова: врач-хирург, обеспеченность, востребованность, мегаполис.

K.I. Kasapov

«SM-Klinika» limited liability company «DERAIS», Moscow

ANALYSIS OF PROVISION OF SURGICAL CARE FOR MOSCOW POPULATION

Kasapov Konstantin Ivanovich — Deputy Head Doctor, Oncological Surgeon, Candidate of Medical Sciences

The article analyses the provision of surgical care in Moscow since surgical care is currently in highest demand. Knowing the staffing level in surgery we can plan the measures to optimize the activity of the field of medicine in demand.

Key words: surgeon, provision of surgical care, demand, megalopolis

Сохранение и обеспечение физического и психического здоровья населения являются неотъемлемой частью задач отечественного здравоохранения и правительства в целом. От состояния

здоровья населения зависит социально-экономическое благосостояние общества и наоборот, т. е. это два взаимозависимые явления. Его сохранение в свою очередь во многом зависит от уровня

информированности о влиянии факторов, формирующих отклонения в состоянии здоровья [1, 2, 3, 4].

Своевременность выявления данных факторов и оказание качественной медицинской помощи является одной из задач амбулаторно-поликлинического учреждения. Однако позднее выявление каких-либо отклонений в состоянии здоровья во многом зависит от несвоевременности обращения, что нередко связано с низкой обеспеченностью специалистами и оснащенностью медицинского учреждения, поскольку состояние любой медицинской помощи оценивается, в первую очередь, обеспеченностью кадрами и материально-техническими возможностями учреждения [4, 5].

Материалы и методы. Нами проведен анализ кадрового обеспечения и обращаемости населения г. Москвы за хирургической помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения (подразделения) за период с 2008 по 2012 г.

Результаты и обсуждение. Своевременность и доступность в получении медицинской помощи зависят от уровня обеспеченности населения специалистами.

Анализ данных официальной статистики показал, что обеспеченность хирургами в динамике за последние пять лет уменьшилась. Наиболее высокий показатель был в начале анализируемого периода, за последние два года оставался стабильно на одном уровне (рис. 1).

Следует отметить, что снижение обеспеченности специалистами хирургического профиля происходило на фоне увеличения абсолютного числа хирургов по штатному расписанию медицинских организаций. К примеру, наиболее высокое абсолютное число врачей-хирургов в штатном расписании было в 2011 г., что выше 2008 г. на 1,5%. За последние пять лет это число выросло на 0,6%, однако по сравнению с предыдущим годом к 2012 г. произошло их сокращение на 0,7%. Из общего числа специалистов, предусмотренных по штатному расписанию учреждений здравоохранения г. Москвы занятость ставок не превышала 94,7%. Наиболее высокая занятость рабочих мест врачами-хирургами была в 2010 г., минимальная – в конце анализируемого периода (рис. 2). Данные свидетельствуют о ежегодном снижении занятости должностей хирургического профиля.

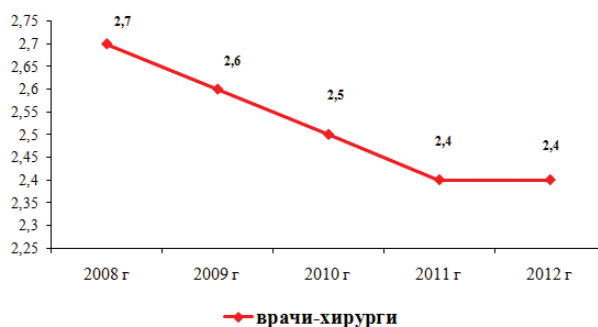


Рис. 1. Обеспеченность учреждений здравоохранения г. Москвы врачами-хирургами за период с 2008 по 2012 г. (на 10000 населения)

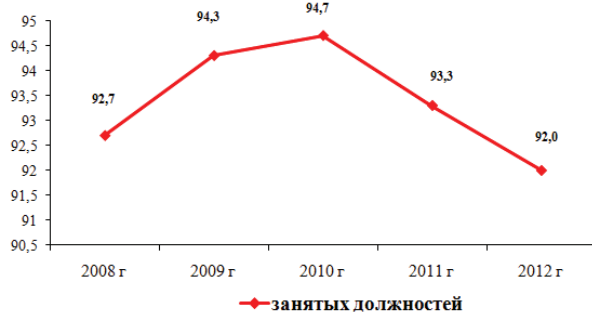


Рис. 2. Занятость должностей врачей-хирургов от числа должностей, предусмотренных по штатному расписанию учреждений здравоохранения г. Москвы за период с 2008 по 2012 г. (%)

Это уменьшает в свою очередь доступность своевременной хирургической помощи в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений, а следовательно, приводит к росту хронической хирургической патологии либо осложнениям в течении болезни и послеоперационном периоде, поскольку от эффективности организации работы специалистов на амбулаторно-поликлиническом этапе во многом зависит исход болезни.

В любом медицинском учреждении, в состав которого входят поликлиническое и стационарное отделения, специалисты имеют возможность замещать вакантные должности. Однако при этом часть из них работают на постоянной основе на амбулаторно-поликлиническом приеме. Поскольку амбулаторно-поликлиническая помощь является первичным звеном оказания медицинской помощи, важно обеспечить население необходимым числом специалистов в данном подразделении учреждений здравоохранения. Их число, необходимое для оказания медицинской помощи, зависит от ряда параметров, в том числе обращаемости за медицинской помощью, создания условий и материальной заинтересованности.

Максимальное число обеспеченности по штатному расписанию амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) от числа всех хирургов по учреждениям здравоохранения г. Москвы приходилась на 2012 г. (рис. 3).

В расчете обеспеченности амбулаторно-поликлинических учреждений специалистами хирургического профиля на 10000 населения происходили несущественные изменения в динамике. Относительно выше был показатель в 2009 г., после чего снова произошло снижение. Однако к концу анализируемого периода положение стабилизировалось на 0,84 на 10000 населения г. Москвы (рис. 4).

Стабилизация в обеспеченности врачами-хирургами учреждений здравоохранения за последние два года анализируемого периода находилась в прямой зависимости от обеспеченности данными специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений. Следовательно, эти колебания связаны с текучестью кадров в амбулаторно-поликлиническом звене.

Однако не всегда должности врачей-хирургов, предусмотренные по штатному расписанию амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений), были заняты специалистами. За весь анализируемый период занятость должностей по данному профилю в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) не превышала 94,0% от должного по штатному расписанию. Максимальная занятость была в 2010 году, минимальная – в 2012 г. (рис. 5).

За последние пять лет занятость должностей врачей-хирургов амбулаторно-поликлинических учреждений от должного числа специалистов по штатному расписанию уменьшилась на 3,8%.

Следует отметить, что за последние пять лет абсолютное число занятых должностей выросло на 4,6%, не произошло роста относительно штатного расписания по поликлиническому подразделению, поскольку по штатному расписанию число должностей врачей-хирургов выросло на 9,1%. В то же время численность постоянного населения г. Москвы за анализируемый период выросла на 13,6%, что повлияло на уровень обеспеченности специалистами в динамике. Однако сокращение числа занятых должностей, возможно, связано с оттоком кадров в негосударственную структуру ввиду большей материальной заинтересованности в услугах, нежели в государственных учреждениях здравоохранения, где крайне низкая заработная плата.

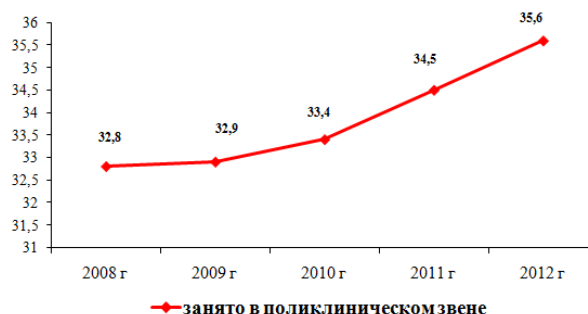


Рис. 3. Доля должностей врачей-хирургов амбулаторно-поликлинических учреждений от числа должностей, предусмотренных по штатному расписанию по учреждениям здравоохранения г. Москвы всего за период с 2008 по 2012 г. (%)



Рис. 4. Обеспеченность врачами-хирургами амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) г. Москвы за период с 2008 по 2012 г. (на 10000 населения)

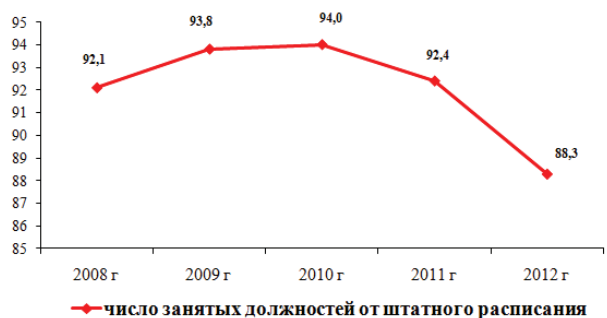


Рис. 5. Занятость должностей врачей-хирургов от числа должностей, предусмотренных по штатному расписанию амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) г. Москвы за период с 2008 по 2012 г. (%)

По данным источников литературы, происходит ежегодный рост числа оказываемых платных услуг. Для установления ресурсов их обеспечения в государственных учреждениях здравоохранения, нами проведен анализ штатных и занятых должностей врачей-хирургов, занимающихся платными медицинскими услугами хирургического профиля, на примере г. Москвы как крупного мегаполиса с большой

численностью населения. В официальной статистике кадровые ресурсы по платным медицинским услугам выделены в отдельную графу с 2009 г. В этой связи нами проведен анализ обеспеченности специалистами хирургического профиля за последние четыре года.

По данным федерального статистического наблюдения, за анализируемый период амбулаторно-поликлинические учреждения имели нестабильные показатели укомплектованности штатными должностями специалистов по оказанию платных услуг. Данная ситуация характерна для периода формирования платных услуг в государственных медицинских учреждениях, поскольку даже в негосударственных учреждениях на этапе становления прослеживается некоторая нестабильность с посещением пациентов, что также влияет на формирование кадрового состава.

Наиболее высокая обеспеченность врачами-хирургами по платным медицинским услугам была в 2011 г., к концу 2012 г. доля специалистов по данному направлению уменьшилась до 0,7%.

Нестабильность показателя, вероятно, связана также с возможностями населения на их получение в связи с высокими расценками специализированных услуг, что также может послужить предметом для научных исследований (рис. 6).

За последние пять лет число штатных должностей врачей-хирургов, оказывающих платные услуги, уменьшилось на 17,0%. При этом не всегда штатные единицы были заняты специалистами, что свидетельствует о недостаточно широком использовании платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения г. Москвы. Максимальная занятость штатных должностей специалистами хирургического профиля была в 2009 и 2010 гг., к 2012 г. уменьшилась до 62,1% (рис. 7).



Рис. 6. Доля врачей-хирургов, оказывающих платные услуги в учреждениях здравоохранения г. Москвы за период с 2008 по 2012 г. (в %)

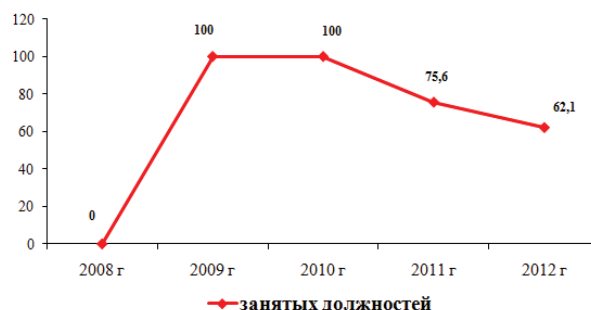


Рис. 7. Доля занятых должностей врачей-хирургов, оказывающих платные услуги в учреждениях здравоохранения г. Москвы за период с 2008 по 2012 г. (в %)

Снижение доли специалистов по оказанию платных услуг, вероятно, связано с высокой конкурентной способностью и расширением сети негосударственных медицинских организаций, а также возможностью населения обратиться за платными услугами в медицинские учреждения федерального значения, которые в большей степени расположены на территории г. Москвы. Известно, что платные услуги в своем большинстве оказываются по современным и высокотехнологичным методам. В свою очередь данные виды медицинской помощи в основном оказываются в специализированных учреждениях здравоохранения федерального значения.

Для выявления большей достоверности снижения доли специалистов хирургического профиля по оказанию платных услуг нами проведен анализ обеспеченности учреждений здравоохранения г. Москвы штатными должностями врачей-хирургов, обеспечивающих платные услуги. Результаты представлены на рис. 8.



Рис. 8. Обеспеченность врачами-хирургами по оказанию платных услуг в медицинских организациях г. Москвы за период с 2008 по 2012 г. (на 10000 населения г. Москвы)

Обеспеченность медицинских организаций г. Москвы врачами-хирургами по оказанию платных медицинских услуг была относительно высокой в 2011 г. За последние четыре года число врачей-хирургов в штате учреждений здравоохранения по оказанию платных услуг уменьшилось на 9,4%, относительно предыдущего года – на 29,3%. Из числа занятых должностей врачей-хирургов по оказанию платных услуг за последние четыре года освободилось вакантных мест на 43,8%, относительно предыдущего года – на 41,9%.

Выводы. Таким образом, анализ обеспеченности государственных учреждений врачами-хирургами за последние пять лет показал ежегодное сокращение штатного расписания по врачебным ставкам хирургического профиля. Снижение штатных должностей способствовало росту их занятости до 2010 года. Однако за последние два года анализируемого периода даже при стабильном штатном расписании по хирургическому профилю уменьшалась их занятость.

Параллельно движению штатного расписания по хирургическому профилю в государственных учреждениях здравоохранения г. Москвы происходил рост доли должностей по данной специальности в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях). Однако при этом показатели обеспеченности врачами-хирургами амбулаторно-поликлинического звена за последние два года оставались неизменными, что связано с ростом численности населения за последние два года. В то же время занятость должностей врачей-хирургов в амбулаторно-поликлиническом звене с 2011 г. начала снижаться.

После снижения занятых должностей по хирургическому профилю в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) следовало снижение штатных и занятых должностей хирургов по оказанию платных услуг. Вероятно, уход специалистов, оказывающих платные услуги, на более высокооплачиваемую работу отразился на снижении занятых должностей в амбулаторно-поликлиническом звене учреждений здравоохранения г. Москвы.

Обеспеченность врачами-хирургами относительно высокой была в 2011 г., к концу анализируемого периода стала ниже уровня, который был в начале данного периода. С учетом того, что в последние годы большими темпами расширяется сеть негосударственных медицинских организаций, возможен отток кадрового потенциала на более высокооплачиваемый труд.

Список литературы

1. **Назарова, И.Б.** Реформы здравоохранения: за и против / И.Б. Назарова // Здравоохранение. – 2000. – № 5. – С. 29–35.
2. **Найговзина, Н.Б.** Основные направления реформирования здравоохранения России / Н.Б. Найговзина // Вестник аритмологии. – 2000. – № 18. – С. 33–34.
3. **Нуштаев, И.А.** Перестройка отечественного здравоохранения и уроки прошлого / И.А. Нуштаев // Материалы симпозиума «Развитие государственной медицины в России». – М., 2003. – С. 106–107.
4. **Откордина, А.А.** Экономический анализ при планировании численности медицинского персонала // Организация здравоохранения: проблемы и решения: сб. науч. трудов. – Екатеринбург; Челябинск; Тюмень, 2000. – С. 141–147.
5. **Охотников, С.В.** Анализ заболеваемости работающих в газовой отрасли промышленности / С.В. Охотников // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. трудов / под ред. проф. Н.И. Вишнякова. – СПб., 2001. – Вып. 6. – С. 50–53.

ДЕМОГРАФИЯ

УДК 618.177:616.697

И.В. Сергейко

«СМ-Клиника» Общество с ограниченной ответственностью «ДЭРАЙС», г. Москва

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Сергейко Ирина Владимировна — акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук

Кризисная ситуация в социальной, экономической, экологической и других сферах нашей жизни оказывает негативное влияние на женщин репродуктивного возраста. Показатели репродуктивного здоровья российских женщин в настоящее время характеризуются высоким уровнем материнской смертности, заболеваниями органов малого таза, в том числе заболеваниями, передаваемыми половым путем, увеличением частоты бесплодия, расстройствами менструального цикла, причем нарушения репродуктивного здоровья отмечаются уже в детском и подростковом возрасте.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, репродуктивные потери, состояние здоровья женщин, причины материнской смертности.

I.V. Sergeiko

«SM-Klinika» limited liability company «DERAIS», Moscow

ANALYSIS OF REPRODUCTIVE LOSSES IN THE MODERN PERIOD

Sergeiko Irina Vladimirovna — Obstetrician-Gynecologist, Candidate of Medical Sciences

Critical situations in social, economical, ecological and other spheres of life exert an immediate negative influence on women of childbearing age. The indices of Russian women's reproductive health demonstrate high level of maternal mortality and diseases of the organs of true pelvis, including sexually transmitted diseases; increasing infertility rate and disturbance of menstrual cycle; moreover, the impairment of reproductive health is noted even in children and adolescents.

Key words: reproductive health, reproductive losses, women's health condition, causes

Проблема репродуктивных потерь остается актуальной в современном акушерстве. В мировой литературе репродуктивные потери все чаще объединяют термином «синдром потери плода». Риск потери желанной беременности возрастает с увеличением числа неудач и составляет 38% после двух предшествующих выкидышей [1, 2, 3, 4].

У 45,0–88,6% женщин в первые недели гестации самопроизвольному прерыванию беременности предшествует гибель эмбриона. В результате задержки эмбриона в полости матки и выделения им токсинов, стенки матки подвергаются воздействию последних. На конгрессе FIGO в Куала-Лумпуре (2006) был поставлен знак равенства между несостоявшимся выкидышем и хроническим эндометритом, который встречается у 75% женщин с ранними репродуктивными потерями [2].

В настоящее время выделяют материнские, плацентарные, плодные и средовые причины репродуктивных потерь.

За 10-летний период (с 2003 по 2012 г.) резко ухудшилось состояние здоровья беременных женщин, то есть той группы женщин, которая участвует в воспроизводстве населения.

Данные государственных докладов о состоянии здоровья населения Российской Федерации и исследования ведущих социал-гигиенистов свидетельствуют о комплексном характере негативных тенденций. Так, в последние годы уровень рождаемости в России стал на 1/3 ниже необходимого для простого численного замещения поколения родителей их детьми. Продолжается рост заболеваемости новорожденных, который связан с ухудшением качества здоровья рожденных детей и обусловлен ухудшающимся здоровьем женщин.

Реализация в России 2000 годов активных социально-экономических реформ привела к изменению уровня жизни населения и сопровождалась рядом негативных тенденций в жизни общества: инфляцией, ухудшением качества жизни его граждан, сужением возможностей развития и использования собственного потенциала здоровья.

Отрицательные тенденции в наибольшей мере проявились в периферических районах и на селе, где население изначально находилось в худших условиях: более низкой инфраструктуры производственной и бытовой сфер, обеспеченности коммуникациями и условиями для развития культуры и образования.

Результаты и обсуждение. Рассматривая репродуктивное здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов, мы предприняли попытку изучить динамику, уровни и структуру заболеваний и патологических состояний репродуктивной системы, а также заболеваний влияющих на репродуктивную систему и их зависимость от изменения социально-экономической ситуации в регионе.

Современная демографическая ситуация в России является итогом длительного развития демографических и социально-политических процессов, которое было в известной мере деформировано социальными потрясениями в 2000 гг. Население России уже давно увеличивалось только благодаря демографическому потенциалу роста, накопленному в его возрастной структуре.

В то время как в России с 2002 г. число жителей уменьшилось на 1,6 млн, динамика численности населения Московской области за последние 10 лет характеризовалась тенденцией монотонного возрастания. Однако рост численности происходил не за счет прогрессивного режима воспроизводства, а за счет положительного сальдо миграции, интенсивность которой увеличилась с 2001 г. Однако уже с 2007 г. миграционный прирост не компенсировал естественные потери населения. Поэтому при сохраняющемся отрицательном приросте численность населения с 2007 г. постепенно снижается.

Начиная с 2006 г. тип возрастно-половой структуры населения можно оценить как переходный от стабильного к регрессивному, харак-

теризующийся преобладанием доли лиц старше 50 лет над долей детей. В результате этого демографическая нагрузка на трудоспособное население детьми снизилась на 22,5% (397,22 против 307,76 на 1000 трудоспособных), а демографическая нагрузка пенсионерами возросла на 3,4% (292,28 против 302,78 на 1000 трудоспособных).

Одним из значительных факторов для формирования нормального режима воспроизводства населения является численность лиц репродуктивного (фертильного) возраста (15–49 лет). С 2006 до 2011 г. численность этой категории населения монотонно снижалась с 500348 человек (50,92 %) до 481630 (48,46%). После 2011 г. тенденция изменилась на противоположную и в 2012 г. лица репродуктивного возраста составляли 553716 человек (54,67%).

На фоне высокой смертности наблюдается снижение рождаемости. В 2012 г. суммарный коэффициент рождаемости составил 1,48 рождений на женщину (в среднем по России 1,3), тогда как для замещения поколения родителей их детьми необходимо 2,15–2,17 рождений. Тем не менее, Московская область на протяжении ряда лет стабильно занимает третье место по уровню рождаемости и третье место по уровню общей смертности среди центральных областей России.

Сокращается частота деторождений. Если в 2001 г. на долю первых детей приходилось 49,0% от всех родившихся, на долю вторых – 34,0, а на долю третьих – 11,0, то в 2012 г. эти показатели равны 56,0, 31,0 и 9,0%.

В 2000-е годы в России на фоне социально-экономического кризиса фиксируется значительный рост социально-зависимых и, соответственно, социально значимых болезней, в том числе у женщин. Это, в первую очередь, заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез и наркологические расстройства. В последние годы заболеваемость венерическими и другими заболеваниями, передаваемыми половым путем (ИППП), принимает угрожающий характер. Среди женщин на протяжении 2001–2012 гг. максимально выросла частота первичных заболеваний сифилисом (в 52,7 раза), а хламидийная инфекция диагностируется: у каждой второй женщины с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой сферы, у 57,0% женщин, страдающих бесплодием, у 87,0% женщин, с невынашиванием беременности и у 48,9% – с неразвивающейся беременностью (рис.1).

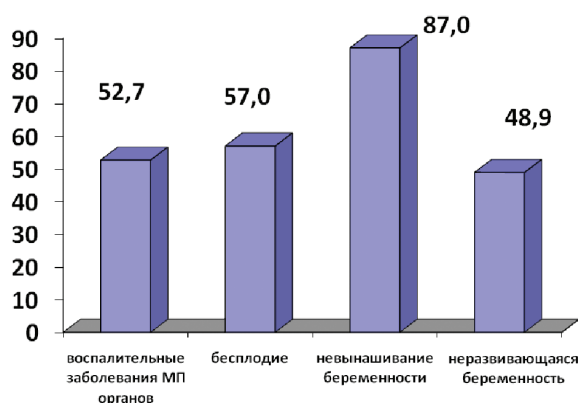


Рис. 1. Частота выявления ИППП у женщин с различной патологией репродуктивной сферы (на 100 женщин).

Величина среднегодового темпа прироста (СГТП) заболеваний передаваемых половым путем в целом по области составляла + 13,7%. Наиболее интенсивно увеличивались: гарднереллез (+ 30,2%), хламидиоз (+ 25,2), сифилис (+ 23,0), кандидоз (+ 11,5), трихомониаз (+ 7,3%).

Особую тревогу вызывает заболеваемость сифилисом детей. В 2012 г. в Московской области зарегистрировано 33 больных в возрасте до 14 лет, что в 33 раза больше, чем в 2008 г. Отмечается превалирование темпов роста заболеваемости сифилисом у детей по сравнению со взрослым населением. При этом доля врожденного сифилиса составляет 72,7% от числа заболевших детей. Половым путем заразились 34,5% детей, среди которых 78,9% – девочки.

Значимость проблемы туберкулеза в мире огромна. Туберкулез стоит на первом месте среди причин смерти взрослых от воздействия одиночной инфекции. Потери от туберкулеза исчисляются, примерно в 46 млн человеко-лет и касаются в основном лиц трудоспособного возраста.

Хотя туберкулез и считается преимущественно заболеванием мужчин, он является ведущей причиной смерти женщин от воздействия одиночной инфекции. Женщины репродуктивного возраста, особенно в состоянии беременности и в послеродовом периоде, имеют более высокий риск развития активного туберкулеза. В России за период с 2000 по 2007 г. частота заболеваний туберкулезом среди женского населения выросла в 1,9 раза.

Для оценки конечного результата влияния социальных, медицинских и биологических факторов на здоровье беременной женщины, плода и новорожденного были введены понятия репродуктивных и фетоинфантильных потерь.

Особого внимания заслуживает анализ частоты смертности женщин в процессе беременности (включая смерть от аборт), родов и в течение 42 суток после родов. По данным Госкомстата, материнская смертность в России за 2000-е годы снизилась почти на 6% (с 27,4 до 11,5 на 100 тыс. живорожденного потомства).

Материнская смертность является одним из основных критериев социально-экономического благополучия общества и отражает доступность, своевременность и качество медицинской помощи при беременности и в родах. Анализ уровня и структуры материнской смертности (МС) необходим для определения стратегии службы родовспоможения и выявления резервов ее улучшения.

Проведенный анализ причин, структуры и тенденций МС в Московской области в 2002–2012 гг. выявил ряд проблем (см. табл.).

Структура причин материнской смертности в динамике по среднегодовым показателям за 2003–2012 гг. по Московской области (% от числа умерших)

Период	Причины смертности										
	Внематочная беременность	Искусственный медицинский аборт	Аборты, начатые и начавшиеся	Токсикозы беременности	Кровотечения при беременности	Осложнения анестезии	Сепсис во время и после родов	Акушерская эмболия	Другие причины акушерской патологии	Непрямые причины акушерской патологии	Остальные осложнения беременности
2000–2002	6,3	5,1	16,2	15,9	16,3	1,8	3,9	7,3	13,9	11,9	1,5
2003–2005	5,3	2,9	14,2	13,6	19,4	3,2	3,9	8,6	15,3	12,6	1,0
2006–2008	5,3	1,9	9,6	13,4	15,2	3,7	5,2	10,7	18,2	15,8	1,2

На фоне устойчивого снижения уровня материнской смертности за счет аборта основными причинами ее в современных условиях стали осложнения родов и послеродового периода (кровотечения, эклампсия, сепсис, разрыв матки), развивающиеся нередко в результате ятрогенных осложнений и дефектов медицинской помощи. Значимость акушерских кровотечений в материнской смертности значительно выше, чем это следует из данных официальной статистики: по данным проведенной экспертной оценки множественных причин смерти женщин при беременности, в родах и послеродовом периоде, доминирующим клинико-патогенетическим синдромом у 52,0% среди всех умерших женщин и у 54,3% умерших в сроки беременности «28 недель и более» стал синдром массивной кровопотери.

Выводы. На основании проведенного анализа можно сделать выводы: наблюдается рост социально значимых болезней в Московской области, рост демографической нагрузки пенсионерами, регрессивная возрастно-половая структура. Необходимо искать новые пути снижения перинатальных потерь. Основным резервом снижения материнской смертности на современном этапе является предупреждение предотврати-

мой патологии, что требует повышения качества акушерской и анестезиолого-реанимационной помощи на популяционном уровне. Важным направлением профессиональной деятельности в сфере родовспоможения является поиск новых организационных и клинических подходов к обеспечению безопасного родоразрешения, акушерский аудит не только случаев материнской смерти, но и тяжелой патологии беременности и родов, ятрогенных осложнений, а также внедрение новых перинатальных технологий в общую сеть родовспоможения.

Список литературы

1. Баранов, А.А. Смертность детского населения России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. — М.: Литерра. — 2007. — 328 с.
2. Суханова, Л.П. Детская и перинатальная смертность в России: тенденции, структура, факторы риска / Л.П. Суханова, М.С. Скляр // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. — 2007. — Том 4. — № 4. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/46/30/> (Дата обращения 22.09.2011).
3. Талалаев, А.Г. Перспективы снижения перинатальной смертности / А.Г. Талалаев, Г.А. Самсыгина // Педиатрия. — 1992. — № 1. — С. 7–10.
4. Царегородцев, А.Д. Стратегия Всемирной организации здравоохранения по профилактике жестокого обращения с детьми и отсутствию заботы (анализ ситуации в Российской Федерации) / А.Д. Царегородцев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2004. — № 6. — С. 5–11.

УДК 618:378.661(470.51):001

М.В. Семёнова

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра акушерства и гинекологии

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В ИССЛЕДОВАНИЯХ СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ

Семёнова Маргарита Витальевна — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой

В статье нашли отражение результаты исследований сотрудников кафедры акушерства и гинекологии Ижевской государственной медицинской академии, в том числе выполняемые по планам диссертационных работ. Автор отмечает практическую значимость исследований для организации службы охраны материнства и детства в республике.

Ключевые слова: беременность, невынашивание, психосоматические особенности, эндометриоз, репродуктивное здоровье, озонотерапия.

M.V. Semenova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Obstetrics and Gynecology

IMPORTANT SCIENTIFIC RESEARCHES OF THE STAFF OF THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Semenova Margarita Vitalievna — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department

The article reflects the results of the researches conducted by the staff of the department of obstetrics and gynecology of Izhevsk State Medical Academy. The author highlights the practical significance of the researches for improving the organization of maternity and child protection in the republic.

Key words: pregnancy, miscarriage, psychosomatic features, endometriosis, reproductive health, ozone therapy.

С момента основания в 1934 г. и на протяжении почти 80 лет кафедра акушерства и гинекологии принимает активное участие в подготовке молодых специалистов и является базовой образовательной кафедрой медицинской академии, а также участвует в решении вопросов практического здравоохранения.

В научно-исследовательской работе кафедры большое внимание уделяется участию в решении проблем невынашивания беременности и преждевременных родов. В преддверии перехода на рекомендованные ВОЗ критерии учета перинатальных потерь с 22 недель беременности совместно с Министерством здравоохранения Удмуртской Республики кафедра принимала участие в разработке схем маршрутизации акушерской помощи. В результате совместной деятельности более 70% детей с экстремально низкой массой тела сегодня рождается в стационарах III уровня, ориентированных на оказание квалифицированной и специализированной неонатологической помощи. Профилактика преждевременных родов, ранняя диагностика их начала, организация квалифицированной помощи являются предметом исследования заведующей кафедрой, доц. М.В. Семеновой. Анализ гистологического исследования последов при преждевременных родах выявил наличие признаков воспалительных изменений и хронической плацентарной недостаточности, а соматический и акушерско-гинекологический анамнез женщин диктует необходимость проведения прегравидарной подготовки. Замершая беременность по праву считается эпидемией XXI века. Анализ гистологического исследования соскобов полости матки при замершей беременности, проведенный ассист. кафедры, канд. мед. наук Е.В. Мамаевой, выявил превалирование воспалительных изменений и неполноценной гестационной трансформации эндометрия при наступившей беременности. Это обстоятельство свидетельствует о необходимости прегравидарной подготовки с учетом результатов обследования пациенток и состояния эндометрия, особенно у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Основной вывод из сравнительного анализа гистологического исследования последов при очень ранних преждевременных родах и материала, полученного при выскабливании полости матки при замершей беременности, касается необходимости

профилактики хронической плацентарной недостаточности не во время, а до наступления беременности.

Профилактикой невынашивания беременности в рамках основного научного направления кафедры активно продолжает заниматься ассист. кафедры, канд. мед. наук В.Я. Наумова. Квалифицированное наложение шва на шейку матки (серкляж) в качестве терапии и профилактики истмико-цервикальной недостаточности позволило сохранить беременность до срока жизнеспособности плодов в 93 % непростых клинических ситуаций. Результаты работы нашли свое отражение в информационном письме для акушеров-гинекологов женских консультаций и гинекологических отделений республики.

Изучение инфекционных факторов в генезе преждевременных родов является предпочтением в исследованиях ассист. кафедры, канд. мед. наук С.Н. Титова. Психосоматическим особенностям женщин, рожаящих раньше срока, посвящено исследование аспиранта кафедры Д.А. Набеевой. Оказалось, что преждевременные роды наступают у женщин с высоким уровнем личностной и ситуационной тревожности. Особый интерес вызывают исследования, выполненные кафедрой акушерства и гинекологии (канд. мед. наук В.Я. Наумова) совместно с кафедрой психиатрии и наркологии (д-р мед. наук В.В. Васильев), касающиеся послеродовой депрессии и психического состояния женщин с бесплодием. Показано, что в большей степени послеродовой депрессии подвержены женщины молодого (18–22 г.) и более старшего возраста (27 и более лет), находящиеся в законном браке, работающие, либо учащиеся (студентки). Изучение психического состояния женщин, страдающих бесплодием, и выявление некоторых отклонений позволяют рекомендовать включение психотерапии в схемы лечения первичного и вторичного бесплодия у женщин.

В 2012 г. успешно защищена докторская диссертация сотрудником кафедры Д.Р. Халимовой «Репродуктивное здоровье девочек Удмуртии и мероприятия по его улучшению». В результате выполненной работы изучена динамика заболеваемости у девочек; выявлены современные тенденции физического и полового развития городских и сельских девочек; установлены клинико-соматометрические варианты олигоменореи у девочек-подростков; внесены

уточнения клинико-лабораторных особенностей течения воспалительных заболеваний органов малого таза у девочек пубертатного периода. Практическим приложением результатов диссертационной работы Д.Р. Халимовой стало ее участие в дальнейшем совершенствовании акушерско-гинекологической помощи девочкам в качестве внештатного специалиста Министерства здравоохранения УР.

Ведущими причинами материнской смертности в России, а также в Удмуртской Республике являются экстрагенитальная патология, кровотечения и гестоз. Поиску новых методов терапии заболеваний мочевыделительной системы с учетом неизбежно развивающегося вторичного иммунодефицита, высокой устойчивости возбудителей к антибактериальным препаратам посвящены исследования доц. М.Л. Черненко в рамках выполнения докторской диссертации. Исследования показали, что возможности комплексной терапии гестационного пиелонефрита можно увеличить за счет применения нефармакологических иммуномодуляторов, в частности озонотерапии.

Изучением особенностей течения беременности при иммунном конфликте по системам резус и АВ0 продолжают заниматься доц. А.В. Чиркова и ассист., канд. мед. наук В.И. Жданова. Показано, что ранняя диагностика поражения плода при иммунном конфликте имеющимися методами практически невозможна. Именно это обстоятельство диктует необходимость использования в Удмуртской Республике инвазивных (амниоцентез, кордоцентез) и неинвазивных (амниоскопия) методов с последующей эффективной терапией при выявлении у плода признаков гемолитической болезни.

Течение беременности и родов, состояние новорожденных и катамнез детей, родившихся после ЭКО, изучались ассист., канд. мед. наук З.С. Корняевой. Отмечено, что течение беременности на всем протяжении сопровождается риском ее прерывания, а также развития плацентарной недостаточности. Тщательное динамическое на-

блюдение, выбор оптимальной тактики родоразрешения обеспечили рождение детей с хорошими массо-ростовыми показателями и адаптационными возможностями. Проведенный анализ приобрел особую значимость, учитывая открытие в составе Первой Республиканской клинической больницы центра ЭКО и репродукции человека.

Проблемами эндометриозной болезни занимается доц. Т.А. Кравчук, принявшая участие в Международном конгрессе по эндометриозу в Италии в 2012 г. И сегодня в гинекологическом отделении Первой РКБ совершенствуются диагностические и лечебные технологии. Наличие факторов риска развития генитального эндометриоза (нарушение менструальной функции, наличие хронических воспалительных процессов внутренних половых органов, напряженная репродуктивная функция, использование внутриматочных контрацептивов), а также выявление гиперпластических процессов эндометрия должны насторожить акушера-гинеколога и направить дальнейший диагностический поиск на выявление и гистологическую верификацию заболевания. Необходимость тщательного выполнения алгоритма диагностики внематочной беременности обоснована ассист., канд. мед. наук М.В. Тактаевой.

При непосредственном участии кафедры и совместной деятельности с практическим здравоохранением разработаны алгоритм профилактики и лечения кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах, этапность оказания медицинской помощи. Сегодня в условиях Первой РКБ при участии кафедры акушерства и гинекологии совершенствуются диагностические технологии в своевременном выявлении врастания ворсин хориона в стенку матки (использование МРТ). Родоразрешение женщин проводится с использованием эмболизации маточных артерий.

Кафедра акушерства и гинекологии в 2014 году отметит свой 80-летний юбилей. Успешность кафедры обеспечивается высоким научным и педагогическим потенциалом сотрудников.

ЭКОЛОГИЯ

УДК 615.8

В.В. Туганаев¹, И.Л. Бухарина², Е.И. Камашева

ФГБОУ ВПО «Удмуртский государственный университет», г. Ижевск

¹Кафедра общей экологии

²Кафедра инженерной защиты окружающей среды

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УДМУРТСКОЙ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ

Туганаев Виктор Васильевич — доктор биологических наук, профессор; Бухарина Ирина Леонидовна — доктор биологических наук, профессор; Камашева Елизавета Ивановна — краевед

На основании этноботанических и экологических исследований и использования населением в качестве лечебных средств грибов и растений установлены представляющие практический интерес способы применения народными целителями объектов живой природы (грибов и растений). Отмеченные авторами факты представляют практический интерес и требуют научного подтверждения.

Ключевые слова: народная медицина, грибы, лекарственные растения.

V.V. Tuganayev¹, I.L. Bukharina², Ye.I. Kamasheva

Udmurt State University, Izhevsk

¹Department of General Ecology

²Department of Environmental Engineering

SOME FEATURES OF UDMURT FOLK MEDICINE

Tuganayev Viktor Vasilyevich — Doctor of Biological Sciences, Professor; Bukharina Irina Leonidovna — Doctor of Biological Sciences, Professor; Kamasheva Yelizaveta Ivanovna — local historian

The authors conducted ethnobotanical and environmental research in the use of mushrooms and plants as medicines by the Udmurt population. As a result, we have found interesting and of practical importance ways to use objects of nature (plants and mushrooms) by traditional healers. Facts noted by the authors need the further scientific confirmation.

Key words: folk medicine, mushrooms, medicinal plants.

Медицина удмуртского народа изучена слабо, и это связано, в первую очередь, с недостаточным знанием биологии и экологии этнографами. Между тем эта область знаний и практики представляет интерес своим распространением в прошлом и в настоящем времени. Дорогостоящее и зачастую неэффективное лечение вынуждает многих больных обращаться к народным целителям, которых среди удмуртского населения предостаточно.

Цель работы: выявление специфических черт удмуртской народной медицины для создания программ дальнейших исследований.

Материалы и методы. Изучена литература и собрана информация при полевых исследовани-

ях, касающихся народной медицины, представлен результат исследования эндомикориза в лабораториях Берлина (Германия) и Сиэтла (США).

Результаты и обсуждения. В.В. Туганаев. Во время полевых исследований в 1964–2014 гг. нами было установлено довольно распространенное использование природных объектов в медицинских целях. Касается это, прежде всего, растений и животных. Бытует мнение, что удмуртские народные целители — знатоки лечебных свойств грибов и что они находят относительно широкое их использование при лечении заболеваний в случае, когда научная медицина не в силах помочь больному, или больной не в состоянии пользоваться её услугами. Дорого-

визна лечения здесь играет не последнюю роль. Нами установлено использование народными целителями чёрного берёзового гриба (чага) (*Inonotus obliquus* (Fr.) Pil. f. *sterilis* (Jan) Nikol.) при лечении раковых заболеваний и мухомора красного (*Amanita muscaria* (Fr.) Hooker) при лечении рака, диабета и гангрены. Навозник серый, чернильный (*Coprinus aframentharius* (Fr.)) и серый, обыкновенный (*C. cinereus* (Fr.) S.F. Gray) находят применение при лечении алкоголизма. Знахарки, использующие грибы, неохотно раскрывают свои секреты, боясь летального исхода от использования своих средств. Обычно они занимаются либо самолечением, либо используют свои знания при лечении близких родственников пожилого возраста.

Удмурты, пожалуй, являются тем редким этносом в лесной и лесостепной зонах, которые более или менее широко используют в медицинских целях грибы.

Е.И. Камашева. Ещё в детстве, когда меня брали в лес на заготовку лекарственных трав, бабушка Арина из д. Старая Салья Киясовского района (Удмуртская Республика) говорила не раз, что при лечении рака следует использовать как грибы (мухоморы), так и лекарственные травы. Грибы, мол, действуют против источника рака, а травы оздоравливают тело. Мы с сестрой лечились от рака именно таким способом: использовали лопух (*Arctium tomentosum* Mill.), кровохлёбку (*Sanguisorba officinalis* L.), герань (*Geranium pratense* L. и *G. sylvaticum* L.). Овощи рассматривались как пищевой продукт, но его надо было употреблять больше обычного. Благодаря соблюдению правильного режима и использованию перечисленных средств сестра моя смогла дожить до 92 лет (а заболела в 55).

Соглашаясь с мнением народных целителей, диабет я рассматриваю как разновидность рака и считаю наиболее подходящими средствами для его лечения настойку мухомора (употреблять по 2–3 капли спиртовой настойки в чайной ложечке один раз в день), отвар корней лопуха и створок плодов фасоли или конских бобов, который можно пить вместо чая. От гангрены я вылечилась, обрабатывая ногу кашицей настойки на мухоморе. Удмурты в прошлом, да и в настоящее время, через месиво из грибов фильтруют водку или самогон (кумышку). Такой алкогольный напиток считается лечебным. Из грибов используют чагу и навозники.

И.Л. Бухарина. То, что удмуртские народные целители в прошлом, а возможно, и в настоящее время используют грибы, представляет научный интерес, поскольку эта группа организмов интересна не только в систематическом, но и эколого-физиологическом отношении. Известно, что в лесах подстилка вся пронизана грибными мицелиями, и если бы удалось их обнажить, то тогда мы бы увидели картину, напоминающую паутину. Наука пока лишь предполагает, что мицелии различных видов грибов связаны друг с другом, и, быть может, какие-то вещества могут транспортироваться от одного вида к другому. Если это так, то и ядовитые, и лечебные вещества могут оказаться в теле различных видов грибов, в т. ч. съедобных.

Учёным следует особо обратить внимание на опыт народной медицины, хотя в последней немало откровенных шарлатанов. Думается, народную медицину должны изучать биологи и экологи, разбирающиеся в грибах и растениях, а не неподготовленные по части биологии и экологии этнографы.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616. 34-005. 4-089 (048. 8)

З.М. Сигал, К.Е. Золотарёв, Е.С. Бобылева, Л.В. Вахрушева

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ИШЕМИЯ КИШКИ: ТРУДНЫЕ СИТУАЦИИ В ХИРУРГИИ (ОБЗОР ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

Сигал Золтан Мойшевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; Золотарёв Константин Евгеньевич — старший преподаватель кафедры; Бобылева Елена Сергеевна — студент; Вахрушева Людмила Витальевна — студент.

Представлен обзор иностранной литературы по вопросам этиопатогенеза, осложнений ишемии кишечника. Рассмотрены такие осложнения, как анастомозит, прорезывание кишечных швов, показана роль различных факторов при заживлении анастомозов, а также лечебной тактики при релапаротомии, устранении источника перитонита. Для предупреждения фактора гипертензии в зоне анастомоза эффективно полное ортоградное промывание пищеварительного канала.

Ключевые слова: ишемия кишки, анастомозит, кишечные швы, анастомоз.

Z.M. Seagal, K.Ye. Zolotarev, E.S. Bobyleva, L.V. Vahrusheva

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy

BOWEL ISCHEMIA: DIFFICULT ASPECTS IN SURGERY (REVIEW OF ORIGINAL FOREIGN LITERATURE)

Seagal Zoltan Moyshevich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; Zolotarev Konstantin Yevgenyevich — Senior Lecturer of the Department; Bobyleva Elena Sergeevna — Student; Vahrusheva Lyudmila Vitalyevna — Student.

The presented review of original foreign literature concerns etiopathogenesis and complications of bowel ischemia. Such complications as anastomosis and intestinal suture disruption are discussed. The authors demonstrate the role of various factors in anastomotic healing, as well as the management of the patient in relaparotomy, in removing the source of peritonitis. Full orthograde irrigation of the digestive tract is effective in preventing hypertension in anastomosis area.

Key words: bowel ischemia, anastomosis, intestinal sutures, anastomosis.

Цель работы: установление лечебно-диагностической тактики при ишемии кишки по данным иностранной литературы.

Задачи: выявление актуальности проблемы этиопатогенеза и осложнений ишемии кишечника.

Ишемия кишки обычно рассматривается как редко встречающееся и трудно диагностируемое заболевание. Клиницисты не насторожены возможным развитием такой патологии. Смертность от ишемии кишки в США так же высока, как и от рака толстой кишки. В США причиной 5% всех летальных исходов в стационаре является ишемия кишки [5]. Патология обыч-

но возникает на фоне других крайне тяжелых, опасных для жизни и более явно проявляющихся заболеваний (сердечной недостаточности, септического шока, тромбоэмболии, аритмии сердца) или при восстановлении после большой операции на сердце или крупных сосудах [5, 6]. Для диагностики ишемии кишки не существует каких-либо стандартных специфических лабораторных исследований. Поздняя диагностика — основная причина смерти пациентов с этим диагнозом [3].

Основными причинами, вызывающими ишемию, являются: 1) окклюзия мезентеральных

артерий; 2) ишемия неокклюзивного характера; 3) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; 4) кишечная непроходимость и т. д. Основными осложнениями в ходе лечения ишемии кишечника являются: 1) несостоятельность швов; 2) перфорации; 3) перитонит. Внедрение в клиническую практику современных медицинских технологий, используемых для диагностики заболеваний органов брюшной полости и выполнения хирургических вмешательств, обусловило тенденцию к уменьшению частоты послеоперационных осложнений и связанных с ними летальных исходов [2, 14]. Однако осложнения со стороны анастомозов, такие как анастомозит, несостоятельность швов, стриктура, кровотечение из линии шва в просвет пищеварительного канала, по-прежнему встречаются довольно часто [3, 5, 13, 14]. После операций на толстой кишке указанные осложнения отмечаются соответственно в 28,6–36,5% [9, 10, 12], 12,6–18,6 [2, 6, 12, 13], 5,4–5,9 [1, 3, 4] и 0,74–2,3% [14] наблюдений. Формирование анастомоза на толстой кишке независимо от выбора способа соединения тканей в большинстве наблюдений сопровождается умеренным отёком и гиперемией в области соустья [9, 10]. Указанные изменения в зоне анастомоза наблюдаются в течение 10–12 суток раннего послеоперационного периода, как правило, не сопровождаются клиническими признаками и не требуют специального лечения [9, 10]. Прогрессирование воспалительного процесса приводит к анастомозиту, который проявляется умеренными болями в проекции соустья, парезом кишечника, нарушением эвакуации через анастомоз [8, 13]. В 8,1–11,2% наблюдений после операций на толстой кишке анастомозит осложняется абсцедированием [2, 6].

При любом виде кишечного шва шовный материал остается в тканях на тот или иной срок, что приводит к развитию воспаления, которое сказывается на процессе регенерации в сшиваемых тканях с последующим прорезыванием швов, образованием изъязвлений и ишемии тканей по линии швов. При лигатурном шве по шовным каналам происходит просачивание кишечного содержимого и проникновение инфекции в толщу соустья с возможным образованием микроабсцессов, длительным отторжением лигатур с развитием спаечного процесса, рубцеванием тканей, сужением и деформацией

анастомозов. Целостность хирургических швов зависит от ряда причин как со стороны анастомозируемых органов, так и от внеорганных изменений. Можно выделить три группы причин, влияющих на нарушение целостности хирургических швов: 1) состояние и патоморфологические процессы, происходящие в ушиваемых или анастомозируемых органах; 2) неблагоприятные факторы, при которых эти швы накладываются или которые возникают в послеоперационном периоде; 3) технические особенности наложения швов. Первую группу причин, безусловно, необходимо поставить во главу угла, так как жизнеспособность стенки органа, в первую очередь, определяет состоятельность швов и анастомозов. К ним относятся активное воспаление тканей с последующей ишемией, технические погрешности в виде чрезмерной мобилизации стенок органа и грубого наложения швов, внутристеночное и общее нарушение кровообращения, повышение внутрикишечного давления, гипопроотеинемия, локальное инфицирование.

В экспериментальных работах [11], посвященных изучению заживления анастомозов, была показана важная роль коллагена при формировании соустья. Так, в первые дни после хирургического вмешательства происходит массивный лизис коллагена в зоне анастомоза, а процессы его синтеза угнетены. Поэтому «коллагеновое равновесие» имеет решающее значение для сохранения целостности и герметичности кишечного шва. Инфицирование же зоны шва приводит к существенному усилению процесса лизиса коллагена и несостоятельности. Считается, что в зоне анастомоза происходят два диаметрально противоположных процесса. Первый, определяемый механической прочностью шва и имеющий максимум в момент наложения, зависит в большей мере от рядности наложения швов. В последующие сутки механическая прочность и герметичность неуклонно падают, достигая максимума снижения этих свойств на 4–7-е сутки. Этот вид прочности шва, по мнению авторов, достигает максимума к 10–12-м суткам. Второй процесс – это биологическая прочность шва, которая и определяется процессами коллагеногенеза. Лизис коллагена достигает максимума так же к 4–7-м суткам. Сочетание этих двух факторов и таит в себе угрозу несостоятельности шва.

Еще одним немаловажным фактором, снижающим прочность желудочных и кишечных соустьев, является инфицирование самой зоны анастомозируемых тканей. Инфицирование возникает в результате контакта шовных каналов и шовного материала (лигатурное инфицирование) с просветом органа и его содержимым, что обуславливает проникновение микрофлоры в толщу сшитых тканей с последующим развитием в них воспалительных и некротических процессов. В зоне свеженаложённого анастомоза всегда имеются благоприятные условия для развития микрофлоры – наличие ишемии, питательная среда в виде остатков крови, изменение pH , окислительно-восстановительных потенциалов и т. д. Поэтому инфицирование зоны анастомоза является закономерным процессом и зависит от вида кишечного шва и концентрации микробов в просвете органа. Диагностика анастомоза наиболее эффективна при эндоскопическом исследовании, во время которого оценивают состояние зоны соустья [9, 11, 13]. По результатам ректоскопии, ректороманоскопии в области колоанальных, колоректальных анастомозов, на основании данных колоноскопии в области межободочных и тонкокишечных анастомозов диагностируют гиперемию, отёк, эрозии, налёт фибрина по линии шва, деформацию, сужение просвета соустья, что указывает на выраженные воспалительные изменения в его стенках [9, 14]. Рентгеноконтрастное исследование толстой кишки в таких ситуациях также позволяет выявить деформацию краёв анастомоза и сужение его просвета [9, 12]. Нередко при анастомозе в воспалительный процесс вовлекается мышечная оболочка стенки кишки, что приводит к нарушению ее сократительной функции и возникновению функциональной непроходимости соустья [9, 7]. Иногда при внутрибрюшном расположении анастомоза имеются клинические признаки распространённого перитонита [2, 5, 7]. Генерализации воспалительного процесса в брюшной полости способствуют такие факторы, как значительная протяженность участка несостоятельности шва, неадекватное дренирование, возникновение осложнения в ранние сроки, на 3–5-е сутки послеоперационного периода, до образования сращений, ограничивающих зону анастомоза от свободной брюшной полости [5, 4, 6, 7]. Незначительное нарушение герметич-

ности кишечного шва может привести к возникновению инфильтрата в брюшной полости, при забрюшинном расположении соустья – к формированию наружного кишечного свища [2, 9, 11, 12, 13, 14], инфильтрата забрюшинной клетчатки или протекает бессимптомно и распознается случайно при выполнении контрольных исследований [5, 7, 9, 13].

Стриктура толстокишечного соустья наиболее часто наблюдается в сроки от 2 до 3 месяцев послеоперационного периода, нередко является следствием абсцедирования в области имеющегося анастомозита или несостоятельности швов [11, 4]. Частота указанного осложнения существенно возрастает при использовании циркулярного скобочного шва, формировании превентивной колостомы, что обусловлено избыточным разрастанием соединительной ткани в местах локализации металлических скобок и состоянием длительного функционального покоя зоны соустья [11, 13]. Наиболее высокая летальность – в пределах 54,7–92,3% – наблюдается при несостоятельности швов интраперитонеально расположенного толстокишечного анастомоза [9, 12, 14]. Лечебную тактику при указанном осложнении определяют в зависимости от расположения анастомоза по отношению к париетальной брюшине, обширности участка несостоятельности шва, распространённости воспалительного процесса в брюшной полости. При распространённом перитоните показана неотложная релапаротомия, устранение источника перитонита, интубация кишечника, санация и дренирование брюшной полости [6, 7, 8, 9]. Чрезвычайно важным этапом релапаротомии представляется ликвидация несостоятельности шва анастомоза. Поэтому при несостоятельности швов толстокишечного анастомоза, расположенного в брюшной полости, нередко производят его разобщение с последующим формированием проксимальной колостомы [2, 11, 13, 14] или накладывают проксимальную колостому без разобщения соустья при экстраперитонеальном его размещении [12, 13]. В дальнейшем для ликвидации воспалительного процесса в полости малого таза применяют антибактериальную, детоксикационную терапию, санацию зоны анастомоза растворами антисептиков через колостому, а также диализ пресакрального пространства через дренажные труб-

ки, подведенные к участку несостоятельности шва [6, 7, 8]. Консервативную терапию как самостоятельный метод лечения применяют при частичной несостоятельности экстраперитонеально расположенного анастомоза, отсутствии перитонита и флегмоны забрюшинного пространства [3, 5, 6]. В комплексном лечении несостоятельности колоректальных и колоанальных анастомозов используют метод полного ортоградного промывания кишечника [5, 6, 7]. Исходя из современных представлений о патогенезе несостоятельности швов, помимо выраженности микробной проницаемости, воспалительной реакции тканей, нарушения микроциркуляции, следует отметить чрезвычайно важное значение фактора гипертензии в зоне анастомоза [12, 13, 14]. Для его предупреждения на этапе предоперационной подготовки используют различные методы механической очистки кишки, среди которых наиболее эффективно полное ортоградное промывание пищеварительного канала.

Частота развития осложнений после экстренных операций, показанием к выполнению которых явилась ишемия кишечника, колеблется от 16,2 до 41,8% и достигает 38–69% при операциях по поводу рака толстой кишки [2]. Успех в лечении осложнений напрямую зависит от скорости их диагностики и сроков выполнения повторной операции [3–5]. При осложнении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а именно перфорации и последующим развитием перитонита, летальность составила 5,2%.

УДК 616.314-77-053.9:615.242

Л.А.Миронова, О.Н.Аитова, С.Н.Бекеев

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Стоматологическая клиника ГБОУ ВПО ИГМА

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ЛИЗОБАКТ» НА АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД К СЪЁМНЫМ ПРОТЕЗАМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Миронова Людмила Александровна — кандидат медицинских наук, стоматолог-ортопед клиники; Аитова Ольга Николаевна — директор стоматологической клиники; Бекеев Сергей Николаевич — врач-интерн

Продолжительность адаптационного периода пациентов к съёмным протезам зависит от качественных и количественных характеристик ротовой жидкости. Нормализация показателей ротовой жидкости препаратом «Лизобакт» повышает эффективность протезирования.

Ключевые слова: адаптационный период, полные съёмные протезы, ротовая жидкость, препарат «Лизобакт».

Список литературы

1. **Abu-Daff, S.** Mesenteric venous thrombosis and factors associated with mortality: a statistical analysis with five-year follow-up / S. Abu-Daff // S.Gastrointestin. Surg. — 2009. — 13:7. — P. 1245–1250.
2. **Abbas, S.M.** Meta-analysis of oral water-soluble contrast agent in the management of adhesive small bowel obstruction / S.M. Abbas, I.P. Bisset, B.R. Parry // Br.S.Surg. — 2007. — Vol. 94. — P. 404–411.
3. **Cagir, B.** Short bowel syndrome / B. Cagir // J Pediatr Surg. — 2009. — 44:5. — P. 928–932.
4. **Donohoe, C.L.** Short bowel syndrome / C.L. Donohoe, J.V. Reynolds // Surg. — 2010. — 8:5. — P. 270–279.
5. **Dropper, C.** Short bowel syndrome: searching for the proper diet / C. Dropper // S.Pediatric Surg. — 2008. — 43. — P. 12–22.
6. Outcome of surgical management of the bladder in advanced colorectal cancer / F. Gao [et al.] // Int S.colorectal. Dis. — 2007. — Vol. 22. — N 1–9. — P. 21–24.
7. **Markogiannakis, M.** Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome / M. Markogiannakis, E. Messaris, D. Dardamanis // World.S.Gastroenterol. — 2007. — Vol.13. — N 3. — P. 25–34.
8. **Norton, C.** Bowel problems and coping strategies in people with multiple sclerosis / C. Norton, S. Chelvanayngam // Br.:y. Nuns. — 2010. — Vol. 19. — N 4. — P. 220–226.
9. Intestinal ischemia: current treatment concepts / P. Renner [et al.] // Langerbecks Arch. Surg. — 2011. — 396:1. — P. 3–11.
10. Mesenteric ischemia: still a deadly puzzle for the medical community / M. Stamatococ [et al.] // Tohoku Exp Med. — 2008. — 216: 3. — P. 197–207.
11. **Van Goor, H.** Consequences and complications of peritoneal adhesions / H. Van Goor // Colorectal Dis. — 2007. — Vol.9(suppl.2). — P. 25–34.
12. **Vitin, A.A.** Anesthetic management of acute mesenteric ischemia in elderly patients / A.A. Vitin, J.I. Metzner // Anesthesiol Clin. — 2009. — 27: 3. — P. 551–567.
13. **Yiang, H.** Indications and procedures for second-looc surgery in acute mesenteric ischemia / H. Yiang, X. Meng, L. Liu // Surg Today. — 2010. — Vol. — P. 700–705.
14. Early diagnosis in acute mesenteric ischemia. Case series and clinical review / W. Zuccon, [et al.] // Ann Ital Chir. — 2010. — 81: 3. — P. 183–192.

L.A. Mironova, O.N. Aitova, S.N. Bekeyev
Izhevsk State Medical Academy, Stomatological Clinic

INFLUENCE OF LYSOBACT ON THE PERIOD OF ADAPTATION TO REMOVABLE DENTURES IN ELDERLY AND OLD AGE PATIENTS

Mironova Lyudmila Aleksandrovna — Candidate of Medical Sciences, Prosthodontist of Stomatological Clinic; Aitova Olga Nikolayevna — Director of Stomatological Clinic; Bekeyev Sergey Nikolayevich — Intern

The duration of the period of adaptation to removable dentures depends on quantitative and qualitative characteristics of the oral fluid. Using Lysobact to normalize the indices of the oral fluid increases the effectiveness of tooth replacement.

Key words: period of adaptation, full dentures, oral fluid, Lysobact

Адаптация к съемным протезам — относительно узкое понятие в ортопедической стоматологии. Но именно этот период является определяющим в пользовании съемными протезами. Пациент быстрее привыкает к зубному протезу, если в процессе эксплуатации последнего устранены болевые ощущения, наступила психическая, фонетическая и двигательная адаптация. В период адаптации к съемным протезам болевые ощущения и дискомфорт в слизистой оболочке протезного ложа неизбежны. Слизистая оболочка подвергается давлению по вертикали и трению при скольжении жестких базисов, которые сопровождаются воспалительными явлениями в мягких тканях протезного ложа [2, 4]. Как правило, после 1–2 коррекций в период адаптации пациент привыкает к новым протезам, но количество посещений может быть больше, что утомляет больного, способствует возникновению неуверенности в благополучном исходе лечения и увеличивает число непользователей протезами.

По Удмуртской Республике количество таких пациентов составляет 38,0%, а 46,3% пациентов пользуются съемными протезами нерегулярно [4, 5].

Установлено, что старение организма и потеря зубов сопровождаются уменьшением количества ротовой жидкости и увеличением ее вязкости. При такой слюне снижаются ее очищающие свойства, что приводит к увеличению микробного фактора в полости рта. После наложения съемных протезов наблюдается резкое снижение активности лизоцима [6]. Все эти изменения осложняют адаптационный период. Адаптация пациентов к съемным пластиноч-

ным протезам, несомненно, является актуальной проблемой.

Цель исследования: определение эффективности препарата «Лизобакт» в период адаптации к полным съемным протезам.

Методы и материалы. Нами было проведено обследование и лечение 50 пациентов с полным отсутствием зубов в возрасте 60–85 лет. У всех пациентов исследовали ротовую жидкость по следующим параметрам: скорость слюноотделения (СС), вязкость слюны (Вс). Состояние слизистой оболочки протезного ложа (СОПЛ) верхней челюсти оценивали по степени ее увлажненности (У). Микробный фактор оценивали по степени контаминации клеток-эпителиоцитов [1]. Лечение пациентов 1-й группы (20 человек) проводилось по традиционной технологии, пациентам 2-й группы (30 человек) в период изготовления съемных протезов назначался препарат «Лизобакт».

В состав «Лизобакта» входят лизоцим (белок слюны) и пиридоксин (витамин B_6). Лизоцим — физиологический компонент неспецифического иммунитета. Прием препарата повышает уровень лизоцима в слюне, способствует купированию воспалительного процесса и повышению местного иммунитета [3]. Пиридоксин оказывает протекторное действие на слизистую оболочку и препятствует образованию афт.

По результатам исследования выявлено, что у пациентов обеих групп наблюдается снижение слюноотделения (нормативный показатель СС — 0,3–0,5 мл/мин), увеличение вязкости слюны (нормативный показатель Вс — 1,3–2,4 отн.ед.), снижение увлажненности СОПЛ и увеличение микробного фактора (см. табл.).

Состояние ротовой жидкости и слизистой оболочки протезного ложа у пациентов 1-й и 2-й группы в день обращения в клинику ортопедической стоматологии и наложения съемных протезов

Клинические показатели	Результаты исследования в день обращения в клинику ортопедической стоматологии	Результаты исследования у пациентов 2-й группы в день наложения протезов
Скорость слюноотделения (мл/мин)	0,18±0,04	0,38±0,06*
Вязкость слюны (отн.ед)	2,89±0,49	1,83±0,14*
Увлажненность СОПЛ (10 ⁻³ мл)	32,7±2,95	73,4±4,04*
Контаминация клеток-эпителиоцитов (баллы)	3,0±0,7	0,91±0,21*

Примечание: * – показатели имеют достоверное различие $p < 0,001$

После приема таблеток-ориблетов «Лизобакт» у пациентов 2-й группы в день наложения протезов скорость слюноотделения увеличилась в 2 раза, вязкость слюны уменьшилась в 1,5 раза. В 2 раза увеличилась увлажненность слизистой оболочки протезного ложа. Контаминация клеток-эпителиоцитов снизилась почти в 3 раза (рис. 1, 2).

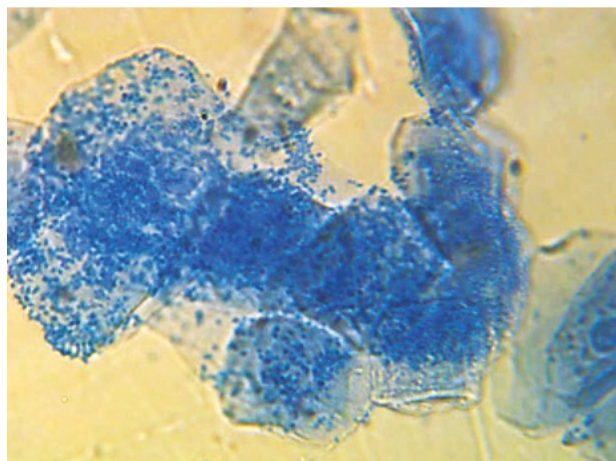


Рис.1. Контаминация клеток-эпителиоцитов в день обращения в клинику ортопедической стоматологии

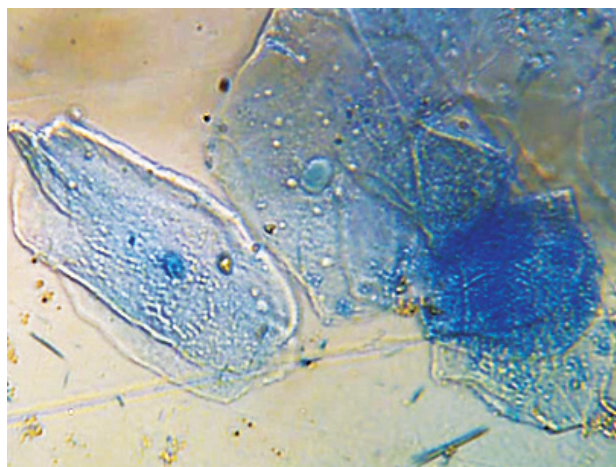


Рис.2. Контаминация клеток-эпителиоцитов в день наложения съемных протезов после приема препарата «Лизобакт»

Количество посещений в адаптационный период по поводу болевого синдрома у пациентов 1-й группы составило 3,88±0,14, у пациентов 2-й группы – 1,58±0,12 ($p < 0,001$). Как показывают результаты, в период адаптации к съемным протезам у пациентов 2-й группы болевые ощущения и дискомфорт в слизистой оболочке протезного ложа проявлялись значительно реже.

Вывод. Таким образом, прием таблеток-ориблетов «Лизобакт» увеличивает количество ротовой жидкости, нормализует показатель вязкости слюны, увеличивает увлажненность СОПЛ и уменьшает количественный состав микроорганизмов. Прием препарата повышает уровень лизоцима, что сопровождается снижением воспалительного процесса в период адаптации к полным съемным протезам. Назначение препарата нормализует показатели ротовой жидкости и способствует оптимизации адаптационного периода и повышению эффективности протезирования у лиц пожилого и старческого возраста.

Список литературы

1. Диагностика в терапевтической стоматологии: учебное пособие / Т.Л. Рединова [и др.]. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 138 с.
2. Галонский, В.Г. Реакция слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа на воздействие съемных зубных протезов / В.Г.Галонский, А.А.Радкевич // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 18–22.
3. Казарина, Л.Н. Клинико-иммунологическая оценка влияния препарата «Лизобакт» на изменение показателей местного иммунитета полости рта у перенесших «боевой» стресс военнослужащих с хроническим генерализованным пародонтитом / Л.Н. Казарина, А.Ю. Климова // Dental Forum. – 2010. – № 1–2. – С. 32–35.
4. Миронова, Л.А. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа у пациентов с полным отсутствием зубов в различные сроки после восстановительного ортопедического лечения / Л.А.Миронова, И.С.Рединов, А.Н.Миронов // Актуальные вопросы терапии и восстановительной медицины: материалы межрегиональной научно-практической конф. – Ижевск, 2009. – С. 245–246.
5. Рединов, И.С. Подготовка тканей протезного поля при ортопедическом лечении больных с беззубой нижней челюстью при резко выраженной атрофии альвеолярной части: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И.С. Рединов. – М., 2000. – 24 с.
6. Сафаров, А.М. О снижении иммунологической реактивности и адаптационных возможностей организма протезоносителей к ношению акриловых протезов / А.М.Сафаров, Р.К. Абилова // Институт стоматологии. – 2010. – № 2. – С. 52–53.

УДК 618.514.714-005.1

М.В. Семёнова, А.С. Талабадзе

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра акушерства и гинекологии**АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ****Семёнова Маргарита Витальевна** — кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой; **Талабадзе Анна Станиславовна** — клинический ординатор кафедры*В статье изложены основные статистические данные по Удмуртской Республике, современные представления об этиологии, профилактике, терапии акушерских кровотечений с использованием новейших достижений науки и практики.***Ключевые слова:** акушерские кровотечения, послеродовые кровотечения, предлежание плаценты, вращение плаценты, акушерско-гинекологическая служба Удмуртской Республики, материнская смертность.

M.V. Semenova, A.S. Talabadze

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Obstetrics and Gynecology**OBSTETRIC HEMORRHAGE: STATE OF THE PROBLEM IN THE UDMURT REPUBLIC****Semenova Margarita Vitalievna** — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department, **Talabadze Anna Stanislavovna** — Clinical Resident*The article presents the basic statistics for the Udmurt Republic, current views on etiology, prevention and treatment of obstetric hemorrhage using recent advances in science and practice.***Key words:** obstetric hemorrhage, postpartum hemorrhage, placenta previa, placenta accreta, obstetric-gynecological service of the Udmurt Republic, maternal mortality

Акушерские кровотечения по-прежнему занимают одно из лидирующих мест (25%) в структуре материнской смертности во всем мире, а также имеют большое значение в формировании перинатальных потерь [4]. В комплексе причин, приводящих к высокой частоте летальных исходов, эксперты ВОЗ отмечают недооценку факторов риска акушерских кровотечений, объема кровопотери, несвоевременную и неадекватную диагностику и терапию, отсутствие прегравидарной подготовки [5]. Именно поэтому приоритетное значение имеет разработка протоколов диагностики и терапии оказания неотложной помощи при акушерских кровотечениях. Необходимость нового подхода к ведению таких пациенток обусловлена в первую очередь стремлением минимизировать кровопотерю, неизбежную при данных состояниях и достигающую порой 5000–7000 мл. Ещё одна причина – желание сохранить репродуктивную функцию, проведя органосохраняющее вмешательство [2]. В мировой практике признанным фактом является то, что единственным способом, который даёт возможность остановить кровотечение у 50–87% пациенток в случаях неэффективности стандартной акушерской тактики использования баллонной тампонады и утеро-

тонической терапии, остается селективная эмболизация маточных артерий [3]. Именно эндоваскулярные методы фигурируют как наиболее высокоэффективные и высокотехнологичные в клинических рекомендациях Американского общества акушеров-гинекологов (ACOG, 2006) и Британского королевского общества акушеров-гинекологов (RCOG, 2011).

Во время беременности, первом и втором периодах родов кровотечения обусловлены, прежде всего, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, предлежанием плаценты, разрывом матки. Третий период родов может осложниться нарушением процессов отделения плаценты и выделения последа, а ранний послеродовой период – нарушением тонуса матки, задержкой частей последа в ее полости, травмой мягких тканей родовых путей. В настоящее время все большее значение в этиологическом аспекте приобретают нарушения системы гемостаза, которые способствуют увеличению объема кровопотери при имеющихся других причинах, а порой выступают в единственном числе и главной роли.

Цель настоящего исследования: изучение структуры и динамики акушерских кровотечений, причин материнской смертности, особен-

ностей оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в медицинских организациях Удмуртской Республики.

Нами проведен ретроспективный анализ историй родов, осложнившихся патологической кровопотерей, по данным, представленным медицинскими учреждениями Удмуртской Республики за 2005–2013 г.г.

В среднем по республике патологической кровопотерей (более 500 мл при самостоятельных родах и более 1000 мл при операции кесарева сечения) осложняются 25–30 родов из 1000. В акушерских стационарах Удмуртской Республики ежегодно проходит более 20 000 родов (в 2012 г. – 23432, за 9 месяцев 2013 г. – 16718), в целом сохраняется положительный естественный прирост населения (2012 г. – +2,5; 2013 г. – +1,9).

Проведенный анализ показал, что в структуре материнской смертности кровотечения занимают одну из первых строчек совместно с тяжелым гестозом и декомпенсацией экстрагенитальной патологии. При этом экспертами ВОЗ кровотечения и гестоз отнесены к управляемым причинам материнской летальности, уменьшение значимости которых является резервом снижения основного качественного показателя службы охраны здоровья матери и ребенка (табл. 1) [1]

Показатели материнской смертности в УР за период 2005–2011 г.г. (за исключением 2007 г., когда данный показатель составил 20,3 на 100000 живорожденных и 2012 г. – материнской смертности не было) несколько выше, чем в целом по ПФО и РФ. На протяжении нескольких лет, в период с 2006 по 2013 г., в структуре материнской смертности в УР одну из первых строчек занимают кровотечения. За 2013 год показатель материнской смертности составил 5,95% на 100000 живорожденных. Остается стабильным число экстирпаций и надвлагалищных ампутаций маток в родах и послеродовом периоде (3,9% на 1000 родов по данным за 2012 г.). Одним из основных показаний к расширению объема оперативных вмешательств во время родов и в послеродовом периоде являются массивные кровотечения, развившиеся в результате гипотонии матки и вставания ворсин хориона (16 и 22 экстирпации матки соответственно выполнено в медицинских организациях Удмуртской Республики за 2012 г.).

В структуре акушерских кровотечений лидирующее положение занимают осложнения послеродового и раннего послеродового периодов, наблюдается их рост с 11,6 на 1000 родов в 2007 г. до 17,5 на 1000 родов в 2013 г. (табл. 2).

Таблица 1. Структура причин материнской смертности в УР (%)

Причины смерти	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 9 мес.
Внематочная беременность	–	20	–	–	–	–	–	–	–
Осложнения аборт	–	20,0	–	16,7	14,3	–	–	–	–
Кровотечения	–	20,0	25,0	16,7	–	40,0	20,0	–	50,0
Гестоз	–	–	25,0	–	–	20,0	–	–	50,0
Сепсис	–	–	–	–	14,3	–	20,0	–	–
Экстрагенитальная патология	100,0	40,0	50,0	50,0	42,8	40,0	60,0	–	–
ТЭЛА	–	–	–	–	14,3	–	–	–	–
Осложнения анестезии	–	–	–	16,6	14,3	–	–	–	–
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	–	100,0

Таблица 2. Структура причин кровотечений, осложнивших роды и послеродовой период (на 1000 родов)

Показатель	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	РФ, 2011
Предлежание плаценты	1,40	1,38	1,17	1,96	1,75	1,40	1,90	1,80	1,54	1,99
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	9,82	10,51	9,90	9,38	10,10	8,30	7,80	9,10	8,40	8,80
Патология системы гемостаза	0,99	0,86	0,61	1,12	1,22	3,80	3,80	5,20	4,60	0,72
Последовый и ранний послеродовой периоды	14,70	13,40	11,60	11,80	14,30	14,90	16,90	18,10	17,50	12,28

Стабильным остается показатель кровотока по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, возросла доля кровотечений, связанных с нарушением системы гемостаза, что требует дополнительного анализа.

Особого внимания заслуживают кровотечения вследствие предлежания плаценты. Группу высокого риска составляют женщины с отягощенным репродуктивным анамнезом, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза, имеющие рубцы на матке, чаще после операции кесарева сечения. Расположение плаценты в области рубца в трети случаев осложняется врастанием ворсин хориона в стенку матки, что еще более увеличивает риск развития острой массивной кровопотери и летального исхода. Кровопотеря при родоразрешении у 3,5% женщин из 100 превышает 3 литра. В этой связи в Удмуртской Республике была разработана система мероприятий по профилактике кровотечений, связанных с предлежанием плаценты. После открытия перинатального центра (2010 г.) женщины с выявленным предлежанием плаценты госпитализируются, и дальнейшее их наблюдение осуществляется в условиях стационара вплоть до родоразрешения. Это позволило увеличить долю плановых операций, что имеет большое значение для своевременной, адекватной коррекции кровопотери. В условиях Первой республиканской клинической больницы есть возможность для выполнения операций на фоне эмболизации маточных или подвздошных

артерий, и клинический опыт уже начал накапливаться. Более 70% женщин с предлежанием плаценты сегодня родоразрешаются в условиях перинатального центра, кровопотеря при их родоразрешении сократилась в среднем в два раза.

Таким образом, представленные результаты демонстрируют особую важность своевременной диагностики и формирования групп риска состояний, приводящих к патологической кровопотере, таких как предлежание плаценты, особенно с врастанием ворсин хориона в стенку матки, гипотония матки и др.

Профилактика кровотечений только тогда будет действенной и своевременной, когда будет начинаться еще до поступления беременной в стационар для родоразрешения, с четкого представления о группе риска по данной патологии еще на этапе прегравидарной подготовки, что позволит наметить план наблюдения во время беременности для каждой женщины индивидуально.

Список литературы

1. Государственные доклады о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики за 2005–2013 гг.
2. Опыт органосохраняющих операций при врастании плаценты / М.А. Курцер [и др.] // StatusPraesens. – 2013. – № 3 (14). – С. 14–19.
3. Uterine artery embolization: the role in obstetrics and gynecology / S.Z. Badawy [et al.] // Clin Imaging. – 2001. – Vol. 25. – P. 288–295.
4. Gwyneth, L. Saving mother's lives / L. Gwyneth // The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. – London: BJOG, 2011. – 22 p.
5. World Health Organization. Women and Health. Today's evidence tomorrow's agenda // WHO report. – WHO, 2012. – P. 2–3.

УДК 616.34-005.4-089.168.1-06

З.М. Сигал, К.Е. Золотарёв

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

СИНДРОМ «ВКЛЮЧЕНИЯ» ПРИ ИШЕМИИ КИШКИ

Сигал Золтан Мойшевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; Золотарёв Константин Евгеньевич — старший преподаватель кафедры.

Научная работа касается диагностики ишемических повреждений ткани кишки при странгуляционной кишечной непроходимости. Для этого измеряют интрамуральный пульс и оптическую плотность в ущемлённой петле до и после разущемления, интрамуральный пульс в дистальной интактной петле до и после разущемления её и при возрастании оптической плотности до 1,0 и выше при интрамуральном пульсе 1,7мм и менее в разущемленной петле, а также при снижении амплитуды интрамурального пульса в 1,3 раза и больше в дистальной интактной петле после разущемления диагностируют декомпенсированный постишемический синдром (синдром «включения») и проводят лечение.

Ключевые слова: ишемия кишки, кишечная непроходимость, синдром «включения», оптическая плотность, интрамуральный пульс.

Z.M. Seagal, K.Ye. Zolotarev

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy

INCLUSION SYNDROME IN BOWEL ISCHEMIA

Seagal Zoltan Moyshevich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; Zolotarev Konstantin Yevgenyevich — Senior Lecturer of the Department.

Current research is about diagnostics of bowel tissue ischemic injuries in strangulation bowel obstruction. For this purpose intramural pulse and optical density of strangulated bowel loop and distal intact bowel loop are measured before and after the reduction of strangulation. Decompensated postischemic syndrome (inclusion syndrome) is diagnosed and treated if optical density increases to 1.0 and higher and intramural pulse is 1.7 mm and less in reduced bowel loop, and also if intramural pulse amplitude decreases 1.3 times and more in distal intact bowel loop after the reduction of strangulation.

Key words: bowel ischemia, bowel obstruction, inclusion syndrome, optical density, intramural pulse.

Научная работа касается диагностики ишемических повреждений ткани кишки при странгуляционной кишечной непроходимости. Для диагностики декомпенсированного постишемического синдрома измеряют интрамуральный пульс и оптическую плотность в ущемленной петле до и после разущемления, интрамуральный пульс в дистальной интактной петле до и после разущемления ее и при возрастании оптической плотности до 1,0 и выше при интрамуральном пульсе, АПО 1,7 мм и менее в разущемленной петле, а также при снижении АПО в 1,3 раза и больше в дистальной интактной петле после разущемления диагностируют декомпенсированный постишемический синдром (синдром «включения») и проводят его лечение. Исследование может быть использовано в ургентной хирургии при состояниях, сопровождающихся острой гипоксией с развитием явлений ишемии и инфаркта тканей внутренних органов, служить методом диагностики синдрома «включения».

Известны способы диагностики ишемии ткани, эндотоксикоза с помощью цитологического микроэлектрофореза [1]. Однако применяемые методы диагностики обладают следующими недостатками: 1) слабая разрешающая способность метода, т.к. кровь берется с периферических участков; 2) искажение данных в связи со скарификацией, разведением крови 0,9% раствором NaCl, сдавлением полученного субстрата между двумя покровными стеклами и влиянием термокамеры; 3) воздействие знакопеременного электрического поля на специфичность результатов; 4) длительность и трудоемкость исследования.

Известен также способ определения жизнеспособности тонкой кишки при острой кишечной непроходимости по положительной динамике интрамурального пульса и преобразованию

непрерывного интрамурального кровотока в импульсный [2]. Недостатком этого способа является то, что он не позволяет диагностировать синдром «включения», в том числе декомпенсированный. При этом возможны как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты в связи с наслаивающимся эндотоксикозом. При вышеперечисленных признаках экспериментальные животные погибают от эндотоксикоза организма при сохраненной жизнеспособности пораженной кишки.

Цель исследования: разработка способа диагностики декомпенсированного постишемического синдрома (синдрома «включения»).

Материалы и методы. Сущность работы состоит в измерении пульсовой и неппульсовой оптической плотности в ущемленной и дистальной интактной петле до и после разущемления. О декомпенсированном постишемическом синдроме свидетельствует возрастание оптической плотности до 1,0 и выше, снижение интрамурального пульса АПО от 1,7 мм и менее в разущемленной петле, а также снижение АПО в 1,3 и более раза в дистальной интактной петле после разущемления. В качестве доказательств служат хронические опыты на собаках с гибелью животных без явных признаков некроза кишок и морфологические нарушения в тонких кишках.

Способ осуществлялся следующим образом. После премедикации, введения животного в наркоз производилась лапаротомия, моделировалась странгуляционная непроходимость тонкой кишки путем перевязки ее с брыжейкой. Время странгуляции от 2 до 7 часов. Вес собак от 8 до 12 кг. Условия наркоза были одинаковые, внутриплеврально вводился тиопентал натрия 0,6–0,7 мл 10% раствора на кг веса. Сегмент кишки в 20 см полностью исключали из кровотока. Через

2–7 часов тощую кишку разущемляли, проводили пульсомоторографию в разущемленной и дистальной интактной петле, измеряли оптическую плотность и интрамуральную амплитуду пульсовых осцилляций (АПО) до и после разущемления. О декомпенсированном постишемическом синдроме свидетельствует возрастание оптической плотности до 1,0 и выше, снижение интрамуральной АПО от 1,7 мм и менее в разущемленной петле, а также снижением АПО в 1,3 раза и более в дистальной интактной кишке.

Пример. Собака серой масти весом 12 кг. Произведена срединная лапаротомия. Ущемление тощей кишки в течение 3 часов. Интрамуральная АПО в интактной дистальной петле во время ущемления – 3,5 мм (рис. 1), в пораженной петле после разущемления – 1,0 мм, в интактной дистальной петле – 1,6 мм (рис. 2), оптическая плотность в разущемленной петле возросла с 0,8 до 1,7 мм. На основании полученных параметров и их соотношений диагностирован декомпенсированный постишемический синдром.

Собака погибла на 2-е сутки после операции. Признаков некроза на аутопсии и при гистологическом исследовании пораженной кишки не обнаружено (рис. 3). По сравнению с контролем при ишемии кишки после разущемления слизистая оболочка кишки сохранена, представлена длинными тонкими ворсинками. Последние покрыты типичными кишечными энтероцитами и бокаловидными клетками. В собственной пластинке слизистой регистрируются капилляры с узким просветом и наличием в них лимфоцитов. Наблюдается краевое стояние лимфоцитов и миграция их в соединительную ткань ворсин. Вок-

руг крипт располагаются многочисленные лимфоциты и единичные нейтрофилы. Субсерозный слой отёчен, с мелкими кровоизлияниями и единичными лейкоцитами.

В интактной кишке после разущемления апикальная часть ворсин булабовидно расширена, фрагментарно лишена эпителия (рис. 4). Сосуды ворсин полнокровны. Наблюдается инфильтрация собственной пластинки слизистой мононуклеарами и единичными лейкоцитами. Базальная часть ворсин пропитана кровью. Эритроциты обнаруживаются и вокруг крипт. Эпителий крипт сохранен. В сосудах подслизистого слоя – полнокровие и краевое стояние лейкоцитов. Имеется полнокровие сосудов субсерозного слоя.

Таким образом, достаточно четко выявляются нарушения микроциркуляции. Волемические и гемодинамические изменения возникают в связи с сокращением артериального притока и венозного оттока за счет компрессии сосудов брыжейки. В последующем под влиянием биологически активных веществ происходит ишемический паралич прекапиллярных сфинктеров, развивается стаз и агрегация форменных элементов крови. Свободные тканевые кинины и гистамин нарушают проницаемость сосудистой стенки, что способствует проявлению интерстициального отека. В интактной тонкой кишке после разущемления происходят деструктивные изменения, выявляются многочисленные кровоизлияния. У погибших собак, в отличие от выживших, в надпочечниках имеются геморрагии. Поражение паренхиматозных органов позволило заключить, что животные погибли в результате развития у них синдрома «включения».

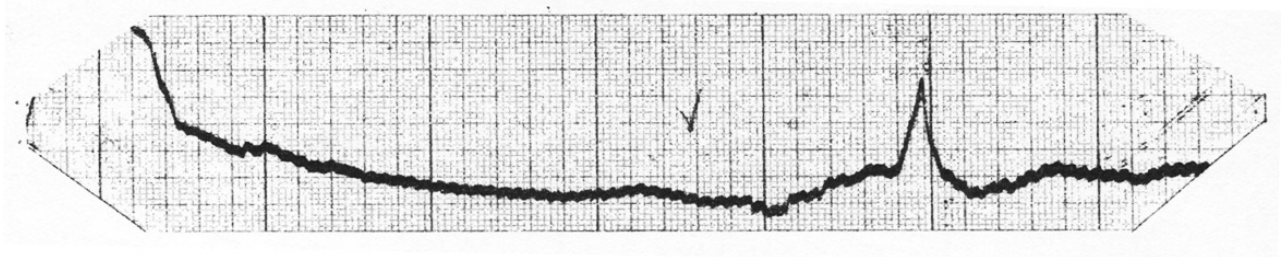


Рис 1. Гемомотородинамика в интактной дистальной петле во время ущемления

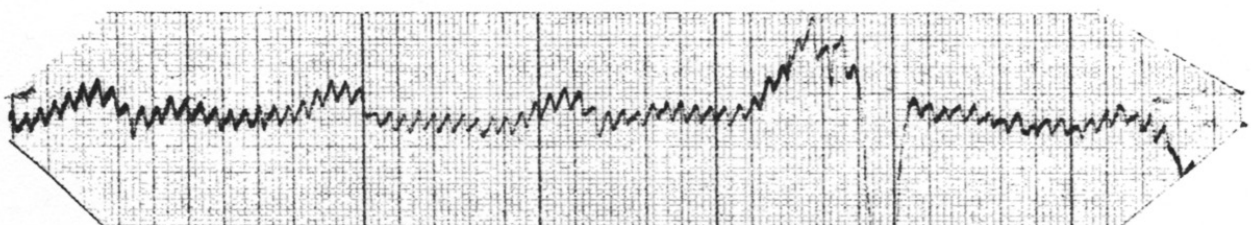


Рис 2. Гемомотородинамика интактной кишки после разущемления

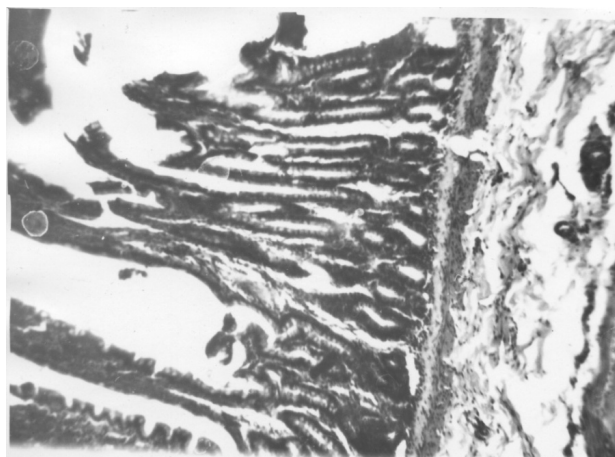


Рис 3. Морфологические изменения в ущемлённой кишке при декомпенсированном постишемическом синдроме

Всего нами проведено 48 экспериментов, из которых 12 служили контролем. Для контроля были использованы модели со сроком ущемления менее 2 часов. В экспериментах было обнаружено, что предельный срок для развития декомпенсированного постишемического синдрома приближался к 3 часам. Диагностика декомпенсированного постишемического синдрома предлагаемым способом с исследованием специфических признаков пульсовой и неппульсовой оптической плотности позволила увели-

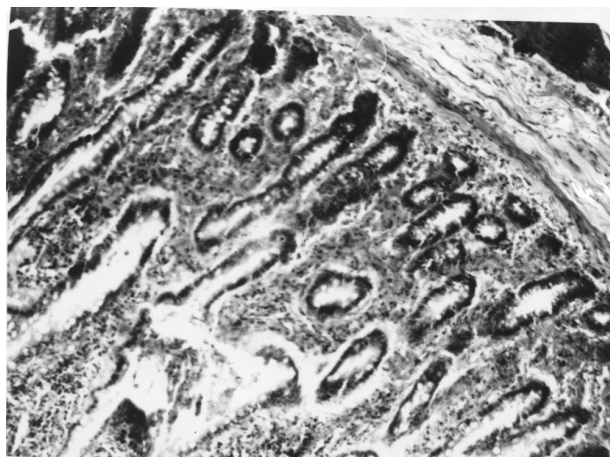


Рис 4. Морфологические изменения в интактной кишке при декомпенсированном постишемическом синдроме

чить процент выживания животных в 1,5 раза за счет ранней диагностики и своевременного адекватного лечения.

Список литературы

1. Способ определения эндотоксикоза: пат. 2249214 РФ : С 2G1 № 33/483 / А.А. Соловьев [и др.]; заявитель и патентообладатель ИГМА, Бюл., 2005. — № 9 (IV ч.).
2. Сигал, З.М. Жизнеспособность органов брюшной полости при оперативных вмешательствах / З.М. Сигал, А.П. Кравчук, И.С. Кузнецов. — Ижевск: Удмуртия, 1988 — 210 с.

УДК 616.382.33-002.44-089.881

З.М.Сигал¹, Ф.Г. Бабушкин¹, С.Ю. Мещанов¹, Ю.В. Елмашев², С.В. Бартов²

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

²МБУЗ «Глазовская центральная районная больница МЗ УР»

СПОСОБ ИНТРАМУРАЛЬНОЙ НАДСЛИЗИСТОЙ ОМЕНТОГАСТРОПЕКСИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Сигал Золтан Мойшевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; Бабушкин Федор Григорьевич — кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры; Мещанов Сергей Юрьевич — ассистент кафедры; Елмашев Юрий Владимирович — врач-хирург высшей категории; Бартов Сергей Владимирович — врач-хирург I категории.

В двух сериях в эксперименте на 10 животных для хирургического лечения язвы желудка произведена надслизистая оментогастропексия по способу В.Т. Зайцева (1990) и по разработанной нами методике с применением участка большого сальника с удовлетворительным кровоснабжением и оксигенацией не менее 90%. Предварительно у животных вызывали язву желудка введением 33% раствора трихлоруксусной кислоты в подслизистый слой. Через 30 дней после появления в стенке желудка язвенного процесса проводили две серии операций: 1-я — оментогастропластика по способу В.Т. Зайцева (1990), 2-я — по предлагаемой нами методике. По разработанному нами способу заживление тканей дефекта стенки желудка наступает на 30-е сутки. Приведен пример из клинической практики.

Ключевые слова: большой сальник, оксигенация, язва желудка, оментогастропексия, регенерация тканей.

Z. M. Seagal¹, F. G. Babushkin¹, S. Yu. Meshchanov¹, Yu.V. Yelmashev², S.V. Bartov²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy

²Glazov Central Regional Hospital

A METHOD OF INTRAMURAL SUPRAMUCOSAL OMENTO GASTROPEXY IN SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC ULCER

Seagal Zoltan Moyshevich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; **Babushkin Fyodor Grigoryevich** — Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer; **Meshchanov Sergey Yuryevich** — Lecturer; **Yelmashev Yuriy Vladimirovich** — Highest Category Surgeon; **Bartov Sergey Vladimirovich** — First Category Surgeon

We carried out two series of experiments in surgical treatment of gastric ulcer on 10 animals. During the experiment we performed supramucosal omentogastropexy applying V.T. Zaitsev's method (1990) and our own technique using the area of greater omentum with satisfactory blood supply and oxygenation of 90% and higher. Gastric ulcer had been previously induced in animals by submucosal introduction of 33% solution of trichloroacetic acid. 30 day later, when ulceration appeared in the stomach wall, two series of operations were performed: 1 - omentogastroplasty by V.T. Zaitsev's method (1990), 2 - our own technique. After the application of our technique healing of stomach wall tissue occurs on 30th postoperative day. The article also presents a case of our clinical experience.

Key words: greater omentum, oxygenation, gastric ulcer, omentogastropexy, tissue regeneration.

Распространенным методом хирургического лечения осложненной язвенной болезни желудка является резекция желудка в различных модификациях. После резекции желудка и при органосохраняющих операциях по поводу этой патологии моторно-эвакуаторные осложнения встречаются до 32,0% [3], а рецидивы язвы — до 30,0% [4,5]. Основными факторами, сдерживающими применение селективной проксимальной ваготомии (СВП) для лечения язвы желудка, являются возможность малигнизации язвы и высокая частота рецидива [9–11].

Одним из недостатков резекции желудка является удаление привратника. В желудочной хирургии возможность максимального сохранения органа и его сфинктерного аппарата важна для полноценного пищеварения. Именно это привело к мысли о разработке пилоросохраняющих операций [6].

В целях субоперационной коррекции нарушений кровоснабжения стенки желудка в зоне иссечения язвы и повышения надежности вмешательства в Харьковском научно-исследовательском институте общей неотложной хирургии разработан способ интрамуральной надслизистой оментогастропексии [2], основанной на способности пряди большого сальника на питающей ножке образовывать коллатерали с сосудами прилегающих органов и тканей.

Недостатком данного способа является то, что прядь большого сальника, закрывающая периметр зоны иссечения язвы, для укрытия шва слизистой оболочки берётся без учета кровоснабжения и оксигенации большого сальника, что замедляет процесс регенерации тканей.

Не менее важным недостатком оментогастропексии по В.Т. Зайцеву (1990) является рассечение серозно-мышечной стенки желудка с повреждением сосудов и нервов.

Цель работы: разработка методики оментогастропексии, способствующей улучшению результатов хирургического лечения язвенной болезни желудка.

Материалы и методы исследования. В эксперименте на 10 кроликах язву желудка вызывали по методу О.Г. Думбадзе [1] путем введения в подслизистый слой желудка 33% раствора трихлоруксусной кислоты в количестве 0,5–1,0 мл в зависимости от веса животного. По данным автора метода экспериментальная язва образуется в сроки от 30 до 50 дней.

Под местной анестезией 0,25% раствором новокаина у всех 10 кроликов проводили лапаротомию для введения в подслизистый слой желудка 33% раствор трихлоруксусной кислоты. Брюшная полость ушивалась наглухо.

Через 30 дней у 10 кроликов проводилась релапаротомия для подтверждения образовавшейся язвы стенки желудка. При осмотре на передней стенке кардиального отдела желудка на месте введения препарата определялись уплотнения участков ткани белесоватого цвета размером от 2,0×3,0 до 3,0×3,5 см с гиперемией вокруг инфильтрата.

У всех 10 кроликов язвенный инфильтрат ромбовидно иссекали, слизистую оболочку сшивали отдельными кетгутовыми швами. У 5 кроликов (1-я серия) дистальную часть пряди большого сальника фиксировали узловыми швами по периметру зоны иссечения язвы, укрывая шов сли-

зистой оболочки по В.Т. Зайцеву [2] с туннелизацией пряди большого сальника в стенку желудка.

Для ускорения регенерации тканей дефекта стенки желудка определяли сатурацию большого сальника с наиболее высокими показателями. Для проведения прямой оксиметрии большого сальника применяли пульсоксиметр *VX «Armed»*. Измерение проводили контактным способом. Данные сатурации (SpO_2) фиксировались на дисплее пульсоксиметра. Измерение парциального давления кислорода в артериальном кровотоке проводили на трех участках большого сальника: в левом, нижнем и правом краях. Проведено по 10 исследований в каждом крае (табл.).

После определения участка большого сальника с удовлетворительным кровоснабжением по З.М. Сигалу [7, 8] и оксигенацией большого сальника больше 90,0% у оставшихся 5 кроликов (2-я серия) при локализации язвы в кардиальном отделе пересекали большой сальник в продольном направлении ближе к левому краю (рис. 1); выкраивали лоскут на сосудистой ножке в левой части большого сальника с двумя сальниковыми артериями, которые анастомозируют друг с другом. Сосудистый лоскут фиксировали к дефекту стенки желудка и подшивали к последней

«П»-образными серозно-мышечными швами. Брюшная полость зашивалась наглухо.

При локализации язвы в теле желудка пересекали большой сальник поперечно-продольным разрезом для тампонады дефекта стенки желудка (рис. 2). При локализации язвы в пилороантральном отделе проводили «серповидное» рассечение (рис. 3).

Через 30 дней после операции всем кроликам проводилась повторная релапаротомия с изучением макропрепарата и гистологическим исследованием участка желудка с оментогастропексией. После фиксации 10% раствором формалина из ткани желудка в области сальниковой пластики иссекались кусочки, готовились срезы, последние окрашивались гематоксилин-эозином и по методике Ван – Гизона.

Через 30 дней после оментогастропексии по разработанному нами способу при просмотре макропрепарата большой сальник в виде плоской пленки припаян к передней стенке желудка. Кетгутовых нитей на слизистой желудка не обнаружено. Слизистая оболочка равномерно покрывает всю поверхность желудка. В мышечном слое отмечается фиброзный рубец с большим количеством разнокалиберных сосудов, а в прототипе – формирующийся рубец.

Показатели оксиметрии различных участков большого сальника у кроликов (%)

Количество животных <i>n</i> =10	Правый край большого сальника (%)	Нижний край большого сальника (%)	Левый край большого сальника (%)
1	89,0	94,0	97,0
2	87,0	93,0	97,0
3	87,0	91,0	99,0
4	88,0	94,0	98,0
5	86,0	92,0	96,0
6	89,0	93,0	97,0
7	87,0	93,0	95,0
8	87,0	91,0	96,0
9	86,0	93,0	97,0
10	88,0	93,0	98,0
Средние величины	87,0	92,0	97,0

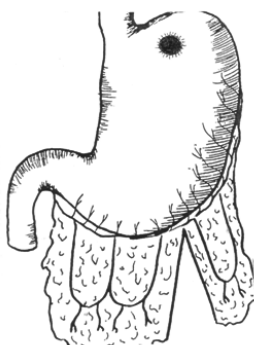


Рис. 1. Рассечение сальника в продольном направлении при локализации язвы в кардиальном отделе

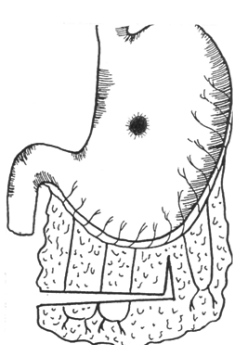


Рис. 2. Рассечение сальника в поперечно-продольном направлении при локализации язвы в теле желудка

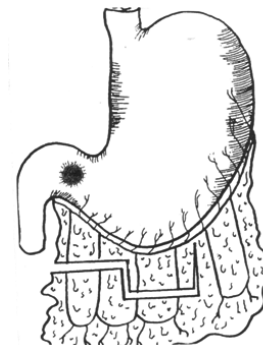


Рис. 3. «Серповидное» рассечение сальника при локализации язвы в пилороантральном отделе

Клинический пример. Больная З., 35 лет (и.б. № 354) поступила в хирургическое отделение ЦРБ с диагнозом: *Язвенная болезнь желудка, перфорация*. В анамнезе язвенная болезнь желудка в течение 5 лет. С момента перфорации прошло 2 часа.

При поступлении под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружено небольшое количество серозного выпота; на передней стенке тела желудка в 3 см от малой кривизны обнаружено прободное отверстие размером 0,2 см с инфильтрацией ткани вокруг до 0,8 см. Выполнено ромбовидное иссечение язвы в пределах здоровых тканей желудка, ушито однорядными узловыми кетгутовыми швами. После определения участка большого сальника с удовлетворительным кровоснабжением по З.М. Сигалу [7] и оксигенацией большого сальника больше 90,0% [8] дефект стенки желудка прикрыт участком большого сальника и фиксирован к стенке желудка П-образными швами. Брюшная полость ушита послойно с введением дренажей. Наложены швы на кожу и асептическая повязка.

После снятия швов на 9-е сутки больная переведена в терапевтическое отделение для дальнейшего лечения. Через 30 дней после операции проведена ФГС – место операции не определяется, слизистая оболочка равномерно покрывает стенку желудка.

Осмотрена через 1,5 года, жалоб не предъявляет, состояние хорошее. Произведена ФГС желудка – патологии не обнаружено.

Таким образом:

1) закрытие периметра зоны иссечения язвы желудка участком большого сальника с удовлетворительным кровоснабжением и оксигенацией больше 90,0% через 30 дней обнаружило полную регенерацию тканей у животных;

2) образование туннеля из серозно-мышечной стенки желудка для фиксации пряди большого сальника при оментогастропексии по В.Т. Зайцеву (1990) является травматичной операцией с повреждением сосудов и нервов;

3) наибольшая величина сатурации обнаружена в левом (97,0%) и нижнем (92,0%) краях большого сальника, наименьшие показатели – в правом крае большого сальника (87,0%). Использование сальникового трансплантата с на-

ибольшими показателями сатурации рекомендуется для пластики дефекта стенки желудка;

4) при локализации язвы в кардиальном отделе желудка большой сальник рассекается в продольном направлении; при локализации язвы в теле желудка рекомендуем рассекать большой сальник поперечно-продольным разрезом. При локализации язвы в пилороантральном отделе для тампонады дефекта стенки рекомендуем «серповидное» рассечение большого сальника;

5) наш опыт в лечении язвенной болезни желудка может быть применен в клинической практике.

Список литературы

1. Думбадзе, О.Г. Экспериментальная язва желудка у животных / О.Г. Думбадзе // Патофизиология. – М., 1999. – ч.2. – С. 33–35.
2. Интрамуральная надслизистая оментогастропексия в хирургическом лечении язвенной болезни желудка / В.Т. Зайцев [и др.] // Клиническая хирургия. – 1990. – № 8. – С. 75–76.
3. Кит, О.Н. Проблема диагностики и хирургического лечения язвенной болезни желудка: дис. ... д-ра мед. наук / О.Н. Кит. – М., 1994. – 53 с.
4. Кузин, Н. М. Результаты хирургического лечения язвенной болезни / Н. М. Кузин, А.В. Егоров // Хирургия. – 1994. – № 5. – С. 17–21.
5. Курыгин, А.А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии / А.А. Курыгин, В.В. Румянцев. – СПб, 1992. – 303 с.
6. Никульшин, С.С. Результат применения пилоросохраняющих резекций желудка в хирургическом лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки / С.С. Никульшин // Хирургия. – 1998. – № 2. – С. 14–16.
7. Сигал, З.М. Современные методы хирургического лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / З.М. Сигал, Ф.Г. Бабушкин. – Ижевск, 2006. – 144 с.
8. Сигал, З.М. Пульсоксиметрия большого сальника для профилактики несостоятельности швов анастомозов / З.М. Сигал, Ф.Г. Бабушкин, С.Ю. Мещанов // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – Ижевск, 2013. – № 4. – С. 52–54.
9. Халимов, Э.В. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка I типа: дис. канд. мед. наук / Э.В. Халимов. – Ижевск, 1993. – 24 с.
10. Haukiand, H. Gastric cancer after vagotomy and excision for gastric ulcer / H. Haukiand, J.A. Johnson // Eur. Surg. Res. – 1981. – V. 13. – P. 371–375.
11. Heberer, G. Recurrence after proximal gastric vagotomy, for gastric, pyloric and prepyloric ulcer / G. Heberer, R.K. Telchmann // World. J. Surg. – 1987. – V. II. – P. 283.

УДК: 616.71-001.514:616-005.06

В.Г. Фёдоров¹, Я.М. Орлов², О.Н. Шапранов², Р.М. Габдуллина²

¹ ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

² БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск

СОЧЕТАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ КОСТЕЙ И АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ

Фёдоров Владимир Григорьевич – ортопед-травматолог, кандидат медицинских наук, доцент кафедры; Орлов Яков Михайлович – ординатор-травматолог; Шапранов Олег Николаевич – заведующий травматологическим отделением; Габдуллина Расима Миннирифгатовна – врач-рентгенолог

В статье дается описание результатов лечения при одновременном повреждении костей голени и артерий голени на различных уровнях в мирное время. Разный уровень повреждения артерий приводит к различному исходу лечения.

Ключевые слова: переломы голени, повреждения артерий

V.G. Fedorov¹, Y.M. Orlov², O.N. Shapranov², R.M. Gabdullina²

¹ Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

² Republic Clinical Hospital № 1, Izhevsk

ASSOCIATED INJURIES OF BONES AND ARTERIES OF THE LOWER LEG

Fedorov Vladimir Grigoryevich – Orthopedist-traumatologist, Associate Professor of the Department; Orlov Yakov Mikhailovich – Traumatologist; Shapranov Oleg Nikolayevich – Head of Traumatology Department; Gabdullina Rasima Minnirifgatovna – Radiologist

This article describes the results of treatment for simultaneous injuries of lower leg bones and lower leg arteries at various levels in peacetime. Different levels of damage to the arteries lead to different results.

Key words: fractures of the lower leg, arterial injuries

Тяжесть травмы конечности в первую очередь зависит от приложенной к месту перелома кинетической энергии. При этом имеется прямая зависимость: чем выше энергия травмирующего фактора, приложенного к конечности, тем более вероятно травматическое повреждение сосудов. Но при этом необходимо принять во внимание, что на исход травмы при повреждении артерии конечности влияет уровень перелома. По данным разных авторов, в мирное время переломы костей сочетаются с повреждением сосудов в 2–10,5% случаев [1, 3].

Особое место среди травм конечностей занимают повреждения подколенной, передней и задней артерий голени. При повреждениях подколенной артерии тяжелая ишемия конечности отмечена в 72,2–73% случаев, а при повреждении артерий голени – у 34,3% пациентов. Пострадавшие с переломами костей голени с возможным повреждением сосудов госпитализируются в травматологические отделения, повреждения сосудов выявляются несвоевременно, что приводит к увеличению частоты первичной ампутации конечности. Общая частота ампутаций при травмах подколенной артерии составила 32,4%, артерий голени – 24,7% [2, 4].

Цель исследования: дать сравнительную характеристику результатов лечения пациентов, получивших костно-сосудистые повреждения при переломах костей голени.

Материал и методы. В травматологическое отделение Первой Республиканской клинической больницы в 2012 году было госпитализировано 2100 пациентов с различными травмами, 132 человека – с переломами костей голени, а у троих пациентов переломы сочетались с повреждением артерий голени на различном уровне. Средний возраст пациентов – 28,0±5 лет. Все пациенты – мужчины. Обстоятельства травм: один пациент на производстве получил касательный удар по наружной поверхности области коленного сустава и голени многотонной болванкой; два человека получили перелом голени в результате ДТП.

Первый пациент, Б-ин, 23 лет, с производственной травмой госпитализирован с диагнозом: «Закрытый перелом дистального эпиметафиза бедренной кости, открытый многооскольчатый перелом проксимального эпиметафиза большеберцовой кости со смещением отломков. Обширная рваная рана наружно-задней поверхности области коленного сустава и голени»

(«...рана полуциркулярная 30×40 см, дно раны – частично размятые и разорванные икроножные мышцы, сосудисто-нервный пучок – задняя большеберцовая артерия и большеберцовый нерв без видимых повреждений»). Повреждение подколенной артерии выявлено в результате динамического наблюдения через 12 часов после первичной хирургической обработки (ПХО), выполненной при госпитализации. ПХО заключалась в остеосинтезе стержневым аппаратом МКЦ-1, обработке мягких тканей, наложении провизорных швов и дренировании. Повреждение артерии подтверждено контрастной артериографией. После консультации ангиохирурга выполнена операция: «Ревизия подколенной артерии, передней большеберцовой артерии, иссечение участка подколенной артерии и передней большеберцовой артерии. Бедренно-подколенное шунтирование аутовеной».

Кровоток по передней большеберцовой артерии восстановился на вторые сутки только после того, как было произведено рассечение ранее наложенных швов по типу открытой фасциотомии. Несмотря на дальнейшее активно проводимое лечение во время перевязок пришлось периодически производить частичные некрэктомии. В результате от мышц задней группы ничего не осталось. В ране постепенно обнажались концы большеберцовой и малоберцовой костей в области перелома. Со временем костные отломки стали нежизнеспособными, приобрели светло-коричневый оттенок, от мышц осталось только ахиллово сухожилие. Раны постепенно покрылись грануляциями, была выполнена аутодермопластика, но кожные лоскуты лизировались, борьба с инфекцией не приносила успехов. Через 3 месяца после травмы больному произвели ампутацию конечности на уровне нижней и средней трети бедра.

Второй пациент, Р-ов, 33 года, получивший перелом голени в результате ДТП, был сбит автомобилем. При поступлении поставлен диагноз: «Открытый оскольчатый перелом средней трети большеберцовой кости со смещением отломков, закрытый оскольчатый перелом малоберцовой кости в верхней трети со смещением отломков». При госпитализации произведено наложение швов на рану и скелетное вытяжение за пяточ-

ную кость. На четвертый день после травмы обнаружено понижение чувствительности в голени ниже линии перелома и увеличение отека. На шестой день, после консультации ангиохирурга, была выполнена контрастная артериография и поставлен диагноз: «Напряженная пульсирующая гематома правой голени (передняя большеберцовая артерия?)». В день осмотра ангиохирургом выявлено: «по передней поверхности голени отечность и выпячивание 10×8 см, слабо пульсирующее, при аускультации выслушивается систолический шум над всей поверхностью». Пациенту была выполнена операция: «Удаление гематомы, наложение сосудистого шва на переднюю большеберцовую артерию».

Третий пациент, С-ов, 25 лет, водитель мотоцикла, получил перелом костей голени в результате столкновения мотоцикла с автомобилем. После обследования был поставлен диагноз: «Открытый многооскольчатый перелом обеих костей левой голени на границе средней и нижней трети со смещением отломков, повреждением задней большеберцовой артерии (по классификации открытых переломов Каплану – Марковой III в – IV)». Во время операции артерия лигирована, костные отломки сопоставлены и синтезированы аппаратом Илизарова.

Результаты и обсуждение. Результат лечения первого пациента. Несмотря на активное хирургическое лечение неоднократно ставился вопрос об ампутации, но больной и его родственники не давали согласия. Первый раз вопрос об ампутации возник на 4-й день после травмы после бедренно-подколенного шунтирования аутовеной, когда визуально в результате постоянного наблюдения отсутствовала явная положительная динамика. Через 3 недели мы поставили вопрос об ампутации во второй раз, так как в процессе этапных некрэктомий задней группы мышц перспектива восстановления функции коленного и голеностопного суставов стала иллюзорной. Когда в клинической картине возникли признаки синдрома системного воспалительного ответа как предвестника развития сепсиса, больному после врачебного консилиума произвели ампутацию конечности (через 3 месяца после травмы) на уровне нижней и средней трети бедра.

Результат лечения второго больного хороший – после операции сосудистого шва сращение костей голени произошло с удлинением физиологических сроков.

Состояние третьего больного (через 13 месяцев после травмы) удовлетворительное. Сращения перелома не наступило, сформировался ложный сустав обеих костей голени. Через 10 месяцев выполнена операция костной пластики по Хахутову с интрамедуллярным остеосинтезом стержнем Кюнчера, через 1 месяц появились признаки воспаления, которое было ликвидировано. В настоящий момент больной пользуется тросточкой и тутором на голень.

Выводы. Среди всех пациентов с переломами костей голени и повреждением артерий в 2012 г. встречались в 2,3% случаев. При переломах костей голени в верхней и средней трети чаще повреждается передняя большеберцовая артерия, в том числе, осколками малоберцовой кости. Повреждения артерии костными отломками не всегда сопровождаются полным пересечением (разрывом). Операции на сосудах

приводят к образованию отека конечности с развитием вторичного сдавления с формированием компартмент синдрома, поэтому для профилактики послеоперационных осложнений необходимо всегда выполнять фасциотомию. Раны от фасциотомии в зависимости от отека можно закрывать в течение первых 5–6 дней, а в случае невозможности закрытия ран первично применять кожную пластику. Сращение костей при костно-сосудистых травмах идет по замедленному типу.

Список литературы

1. **Зайниддин, Н. угли.** Травматические костно-сосудистые повреждения конечностей / угли Н. Зайниддин // Хирургия. – 2011. – № 1. – С. 72–75.
2. **Курбанов, Н.Р.** Хирургическая тактика при повреждениях подколенной и артерий голени: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Р. Курбанов. – Душанбе, 2004 г. – с. 24
3. Лечение больных с посттравматической декомпенсированной ишемией конечностей / В.Л. Леманев [и др.] // Вестник хирургии. – 2001. – № 3. – С. 137–138.
4. Травматические повреждения подколенной и берцовых артерий: особенности ишемии конечности и вопросы хирургической тактики / Д.Д. Султанов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2004. – № 3. – С. 104–113.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 340.624.1

А.Ю. Вавилов¹, В.И. Витер¹, С.А. Кононова³, Н.Г. Маркелова⁴, А.Л. Ураков²

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра судебной медицины

²Кафедра общей и клинической фармакологии

³ГКУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы», Республика Татарстан

⁴Транспортная компания «Автолига», г. Чебоксары

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ КРОВОПОДТЕКОВ НА ЖИВЫХ ЛИЦАХ

Вавилов Алексей Юрьевич — доктор медицинских наук, доцент; **Витер Владислав Иванович** — доктор медицинских наук, профессор; **Кононова Светлана Анатольевна** — кандидат медицинских наук, врач — судебно-медицинский эксперт; **Маркелова Наталия Геннадьевна** — кандидат медицинских наук, заместитель генерального директора; **Ураков Александр Ливиевич** — доктор медицинских наук, профессор.

В статье представлены результаты авторских исследований по определению давности кровоподтеков на живых лицах методом дистанционной инфракрасной термометрии, итогом которых явилось получение патента на изобретение.

Ключевые слова: патент на изобретение, инфракрасная термометрия, давность кровоподтеков, живые лица.

A.Yu. Vavilov¹, V.I. Viter¹, S.A. Kononova³, N.G. Markelova⁴, A.L. Urakov²

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Forensic Medicine

²Department of General and Clinical Pharmacology

³Republic Bureau of Forensic Medical Examination, Republic of Tatarstan

⁴Haulier «Avtoliga», Cheboksary

METHOD OF DETERMINING PRESCRIPTION OF BRUISES ON LIVING PEOPLE

Vavilov Aleksey Yuryevich — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; **Viter Vladislav Ivanovich** — Doctor of Medical Sciences, Professor; **Kononova Svetlana Anatolyevna** — Candidate of Medical Sciences, Forensic Pathologist; **Markelova Natalia Gennadyevna** — Candidate of Medical Sciences, Deputy Director General; **Urakov Aleksandr Liviyevich** — Doctor of Medical Sciences, Professor.

The article presents the results of authors' researches on determining prescription of bruises on living people by a method of remote infrared thermometry, the researches being followed by obtaining the patent for the invention.

Key words: patent for the invention, infrared thermometry, prescription of bruises, living people.

Актуальность исследования. Создание способов инструментального подтверждения мнения эксперта о давности повреждений на живых лицах, является одной из важнейших задач судебной медицины [1, 3, 4]. Направление научных исследований по изучению температурных реакций биологических тканей на внешнее травматическое воздействие является чрезвычайно перспективным, что подтверждается большим количеством публикаций, посвященных раскрытию этой научной проблемы [4, 5]. Заслу-

живают внимания работы по использованию в медицине современных аппаратных средств дистанционного тепловизионного контроля [6, 7]. Уникальность этих аппаратных комплексов заключается в том, что исследователь, проводящий тепловое изучение объекта, получает полную картину его теплового состояния, с цифровыми показателями значений минимальной и максимальной температур, а также с расположением этих участков относительно общей площади тела человека. Кроме того, при-

существует возможность сохранения результатов исследования в виде цифровой фото- и видеозаписи (с возможностью ее последующей обработки), что имеет большое доказательное значение. Между тем способы тепловизионного исследования пострадавших единичны и заключаются, практически исключительно, в поиске области травматического воздействия, без суждения о динамике изменений данной зоны.

Цель исследования: повышение точности в установлении давности кровоподтеков у живого лица за счет объективизации их экспертного исследования путем применения инструментального метода – инфракрасной дистанционной термометрии.

В процессе исследования представилось возможным сформировать итоги работы в форме изобретения [2].

Содержание изобретения. Изобретение относится к судебной медицине и может быть использовано для определения давности кровоподтеков на живых лицах путем применения инструментального метода исследования (дистанционная инфракрасная термометрия).

Решение задачи заявленного изобретения достигается тем, что согласно способу определения давности кровоподтеков на живых лицах, включающему измерение температуры кровоподтека и симметричного неповрежденного участка, дистанционно измеряют максимальную температуру кровоподтека и минимальную температуру неповрежденного симметричного участка, измеряют площадь кровоподтека, устанавливают паспортный возраст исследуемого лица и рассчитывают давность кровоподтека при расположении его на лице по формуле

$$ДК_a = 94,674 - 31,486 \times (t_{\text{кров}} - t_{\text{симм}}) + 1,16 \times S, \quad (1)$$

где $ДК_a$ – расчетная давность кровоподтека, час; $t_{\text{кров}}$ – температура кровоподтека, °C; $t_{\text{симм}}$ – температура неповрежденного симметричного участка, °C; S – площадь кровоподтека, см²;

при расположении его на туловище по формуле

$$ДК_a = 98,845 - 36,552 \times (t_{\text{кров}} - t_{\text{симм}}) + 1,513 \times S - 0,183 \times A, \quad (2)$$

где $ДК_a$ – расчетная давность кровоподтека, час; $t_{\text{кров}}$ – температура кровоподтека, °C; $t_{\text{симм}}$ – температура неповрежденного симметричного участка, °C; S – площадь кровоподтека, см², A – возраст пострадавшего, лет;

при расположении его на конечностях по формуле

$$ДК_a = 99,369 - 43,348 \times (t_{\text{кров}} - t_{\text{симм}}) + 1,650 \times S - 0,220 \times A, \quad (3)$$

где $ДК_a$ – расчетная давность кровоподтека, час; $t_{\text{кров}}$ – температура кровоподтека, °C; $t_{\text{симм}}$ – температура неповрежденного симметричного участка, °C; S – площадь кровоподтека, см², A – возраст пострадавшего, лет;

с расчетом границ, в которых находится истинное значение давности кровоподтека ($ДК$) при расположении его на лице по формуле

$$15,864e^{0,018ДК_a} \leq ДК \leq 25,637e^{0,015ДК_a}, \quad (4)$$

где $ДК_a$ – расчетная давность кровоподтека, час; $ДК$ – истинная давность кровоподтека, час;

при расположении его на туловище по формуле

$$13,181e^{0,019ДК_a} \leq ДК \leq 26,734e^{0,015ДК_a}, \quad (5)$$

где $ДК_a$ – расчетная давность кровоподтека, час; $ДК$ – истинная давность кровоподтека, час,

а при расположении его на конечностях по формуле

$$10,983e^{0,022ДК_a} \leq ДК \leq 26,734e^{0,015ДК_a}, \quad (6)$$

где $ДК_a$ – расчетная давность кровоподтека, час; $ДК$ – истинная давность кровоподтека, час,

После всех расчетов дают заключение о давности кровоподтека ($ДК$).

Преимуществами заявленного способа являются высокая точность определения давности кровоподтека за счет учета возраста пострадавшего, влияющего на величину температурной реакции при образовании кровоподтека, учета размеров кровоподтека, использования одного метода исследования (дистанционная инфракрасная термометрия), бесконтактного характера исследования. Выражение искомой давности кровоподтека осуществляется в

форме установления границ интервала давности травмы, что является общепринятым в судебно-медицинской экспертизе.

Способ осуществляется следующим образом: дистанционно (например, с помощью тепловизора марки NEC серии TH91XX или подобного бесконтактного регистратора температуры) измеряют максимальную температуру в области кровоподтека ($t_{\text{кров}}$, °C) и минимальную температуру симметричного неповрежденного участка ($t_{\text{симм}}$, °C) тела пострадавшего. Измеряют площадь кровоподтека в см² (S), узнают паспортный



возраст исследуемого живого лица (A – количество полностью прожитых лет). Рассчитывают давность кровоподтека при расположении его на лице по формуле (1), при расположении его на туловище по формуле (2), при расположении его на конечностях по формуле (3), с расчетом границ, в которых находится истинное значение давности кровоподтека (ДК) при расположении его на лице по формуле (4), при расположении его на туловище по формуле (5), а при расположении его на конечностях по формуле (6) и дают заключение о давности кровоподтека (ДК).

Пример 1. Судебно-медицинская экспертиза гр-на А.

Дистанционно измерены максимальная температура кровоподтека, минимальная температура симметричного неповрежденного участка. Измерена площадь кровоподтека. Установлен паспортный возраст исследуемого живого лица. Получены следующие значения необходимых для расчета величин:

температура кровоподтека ($t_{\text{кров}}$) – 35,1°C;

температура неповрежденного симметричного участка ($t_{\text{симм}}$) – 33,5°C;

площадь повреждения (S) – 3,0 см².

Кровоподтек расположен на лице.

Производим расчет давности кровоподтека (ДК_а):

$ДК_a = 94,674 - 31,486 \times (t_{\text{кров}} - t_{\text{симм}}) + 1,16 \times S = 94,674 - 31,486 \times (35,1 - 33,5) + 1,16 \times 3,0 = 47,8$ час.

Производим расчет границ, в которых находится истинное значение давности кровоподтека (ДК):

$15,864e^{0,018ДКa} \leq ДК \leq 25,637e^{0,015ДКa} = 37,5 \leq 47,8 \leq 52,5$

Таким образом, давность кровоподтека не менее 37,5 часов и не более 52,5 часов до момента его исследования.

Пример 2. Судебно-медицинская экспертиза гр-на Б.

Дистанционно измерены максимальная температура кровоподтека, минимальная температура симметричного неповрежденного участка. Измерена площадь кровоподтека. Установлен паспортный возраст исследуемого живого лица. Получены следующие значения необходимых для расчета величин:

температура кровоподтека ($t_{\text{кров}}$) – 34,0°C;

температура неповрежденного симметричного участка ($t_{\text{симм}}$) – 33,3°C;

площадь повреждения (S) – 10,0 см²;

возраст пострадавшего (A) – 24 года.

Кровоподтек расположен на туловище.

Производим расчет давности кровоподтека (ДК_а):

$ДК_a = 98,845 - 36,552 \times (t_{\text{кров}} - t_{\text{симм}}) + 1,513 \times S - 0,183 \times A = 98,845 - 36,552 \times (34,0 - 33,3) + 1,513 \times 10,0 - 0,183 \times 24 = 84,0$ час.

Производим расчет границ, в которых находится истинное значение давности кровоподтека (ДК):

$13,181e^{0,019ДКa} \leq ДК \leq 22,734e^{0,015ДКa} = 65,0 \leq 84,0 \leq 94,2$

Таким образом, давность кровоподтека не менее 65,0 часа и не более 94,2 часа до момента его исследования.

Пример 3. Судебно-медицинская экспертиза гр-на В.

Дистанционно измерены максимальная температура кровоподтека, минимальная температура симметричного неповрежденного участка. Измерена площадь кровоподтека. Установлен паспортный возраст исследуемого живого лица. Получены следующие значения необходимых для расчета величин:

температура кровоподтека ($t_{\text{кров}}$) – 29,3°C;

температура неповрежденного симметричного участка ($t_{\text{симм}}$) – 27,6°C;

площадь повреждения (S) – 7,0 см²;

возраст пострадавшего (A) – 48 лет.

Кровоподтек расположен на конечностях.

Производим расчет давности кровоподтека (ДК_а):

$ДК_a = 99,369 - 43,348 \times (t_{\text{кров}} - t_{\text{симм}}) + 1,650 \times S - 0,220 \times A = 99,369 - 43,348 \times (29,3 - 27,6) + 1,650 \times 7,0 - 0,220 \times 48 = 26,6$ час.

Производим расчет границ, в которых находится истинное значение давности кровоподтека (ДК):

$10,983e^{0,022ДКa} \leq ДК \leq 26,734e^{0,015ДКa} = 19,7 \leq 26,7 \leq 39,9$.

Таким образом, давность кровоподтека не менее 19,7 часов и не более 39,9 часов до момента его исследования.

Содержание изобретения проверено на практическом экспертном материале – судебно-медицинская экспертиза 219 живых лиц, проходивших исследование в Государственном учреждении здравоохранения «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства Здравоохранения Республики Татарстан за период 2009–2010 гг. Полученные результаты подтвердили соответствие изобретения заявленным возможностям.

Таким образом представляется возможным сделать вывод о перспективности использования дистанционного инфракрасного термометрического контроля для объективного решения вопроса диагностики давности травмы у живых лиц.

При этом высокая точность исследования, его бесконтактный характер и, как следствие, неинвазивность позволяют легко адаптировать указанный способ к применению в условиях отделения экспертизы пострадавших обвиняемых

и других лиц любого бюро судебно-медицинской экспертизы.

Кроме того, инфракрасная фотосъемка повреждений с регистрацией их температур, произведенная с помощью представленного метода, может быть использована в качестве объективного подтверждения результатов визуального исследования пострадавших, повышая тем самым доказательную ценность «Заключения эксперта».

С 2010 года методика исследования кровоподтеков, отраженная в настоящем изобретении, используется в ряде экспертных учреждений Российской Федерации, стабильно демонстрируя высокую значимость ее для практики.

Список литературы

1. Богомолов, Д. В. Проблемы, нуждающиеся в ускоренной разработке / Д. В. Богомолов // Вестник судебно-медицинской службы. – 2006. – №3. – С. 12–14.
2. Способ определения давности кровоподтеков на живых лицах: пат. № 2405431/ А. Ю. Вавилов [и др.]; приоритет от 20.11.2009; зарегистрирован 10.12.10, бюл. № 34.

3. Клевно, В.А. Теория и практика судебной медицины: взгляд в будущее / В. А. Клевно // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе: сб. пленарных и стендовых докл. Всероссийской науч.-практической конф. с международным участием, посвящ. 75-летию Российского центра судебно-медицинской экспертизы, 17–20 окт. 2006 г. – М., 2006. – С. 6–10.

4. Халиков, А. А. Диагностика давности механической травмы в судебной медицине биофизическими способами / А. А. Халиков, А. Ю. Вавилов. – Ижевск: Экспертиза, 2007. – 159 с.

5. Халиков, А. А. О необходимости соблюдения принципов системного подхода в проблеме давности повреждений / А. А. Халиков, А. Ю. Вавилов // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа: ГОУ ВПО БГМУ. – 2007. – т. 2. – № 1. – С. 56–61.

6. Халиков, А. А. Морфобиофизическая диагностика давности причинения кровоподтеков / А. А. Халиков, Н. Г. Маркелова, А. Ю. Вавилов // Морфологические ведомости. Международный морфологический журнал. – Москва – Берлин. – 2008. – № 3–4. – С. 223–225.

7. Diakides, N. A. Medical Infrared imaging / N. A. Diakides, J. D. Bronzino. – London, New York: CRC Press Taylor Group LLC, 2006. – 451 p.

УДК 616.379-008.64-036.82:615.838

С.А. Зыкина¹, И.А. Курникова², Т.Е. Чернышова³

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика

¹Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

³Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой помощи

Российский университет Дружбы народов

²Кафедра госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической лабораторной диагностики медицинского факультета

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДОСТИЖЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-го ТИПА

Зыкина Светлана Авенировна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель; Курникова Ирина Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор; Чернышова Татьяна Евгеньевна – доктор медицинских наук, профессор.

В статье представлены данные о применении прогностического индекса эффективности реабилитации (ПИЭР, патент на изобретение № 2482485) для прогнозирования эффективности санаторно-курортного лечения у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, реабилитация, коморбидность.

S.A. Zykina¹, I.A. Kurnikova², T.Ye. Chernyshova³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Mobilization Training and Disaster Medicine

³Department of General Practice and Internal Diseases with a Course of Emergency Medical Care

Russian University of International Friendship

²Medical Faculty Department of Hospital Therapy with the Courses of Endocrinology and Clinical Laboratory Diagnostics

METHOD OF PREDICTING THE ACHIEVEMENT OF INSULIN-INDEPENDENT DIABETES COMPENSATION

Zykina Svetlana Avenirovna – Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer; Kurnikova Irina Alekseyevna – Doctor of Medical Sciences, Professor; Chernyshova Tatyana Evgenyevna – Doctor of Medical Sciences, Professor.

The article presents the data on using prognostic index of rehabilitation effectiveness (patent for the invention № 2482485) for predicting effectiveness of spa treatment for patients with insulin-independent diabetes.

Key words: insulin-independent diabetes, rehabilitation, comorbidity

Санаторно-курортное лечение играет важную роль в оздоровлении и улучшении качества жизни хронических пациентов, в том числе и больных сахарным диабетом 2-го типа (СД 2). Нами был предложен «Способ прогнозирования достижения компенсации сахарного диабета 2-го типа» (патент на изобретение № 2482485 от 20 мая 2013 г., авторы: С.А. Зыкина, А.В. Хайдаров, И.А. Курникова, Т.Е. Чернышова), позволяющий прогнозировать достижение компенсации СД 2 по гликемии на ближайший период у пациентов, находящихся на санаторном этапе реабилитации.

Цель исследования: разработка дифференцированного подхода к реабилитации больных СД 2 с коморбидной патологией на этапе санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось в группе из 65 пациентов, прошедших полный курс санаторно-курортного лечения на базе санатория «Ува» Удмуртской Республики после прохождения стационарного лечения по поводу декомпенсации СД 2. Пациентам, наряду с сахароснижающей терапией (инсулин, пероральные сахароснижающие средства), назначался курс природных и преформированных природных факторов в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 22.11.2004 г. № 220.

С улучшением самочувствия выписывались все пациенты исследуемой группы, однако показатели гликемии далеко не у всех соответствовали целевым значениям. Поэтому была поставлена задача разработать точный и простой метод прогнозирования достижения компенсации СД 2 по гликемии на ближайший период у пациентов, находящихся на реабилитации.

Поставленная задача достигается тем, что согласно способу прогнозирования достижения компенсации сахарного диабета 2-го типа, включающему определение тощаковой глюкозы плазмы капиллярной крови и последующий расчет прогностического коэффициента, дополнительно определяют давность заболевания СД 2, уровень коморбидности, возраст пациента и рассчитывают прогностический коэффициент по формуле

$$\text{ПИЭР} = 15,36 + 0,068 \times A - 0,202 \times B - 0,107 \times C - 0,533 \times D + 0,005545 \times D^2 - 0,0073 \times A \times C,$$

где ПИЭР – прогностический индекс эффективности реабилитации пациентов СД 2; A – давность заболевания СД 2 (со времени установления диагноза, в годах); B – уровень коморбидности (в баллах), рассчитанный по шкале *CIRS*; C – уровень тощаковой глюкозы плазмы капиллярной крови (ммоль/л); D – возраст пациента (в годах).

При значениях ПИЭР $\geq 0,5$ прогнозируется достижение целевых значений показателей компенсации СД 2 по гликемии на этапе санаторного этапа реабилитации более чем в половине случаев, при значениях ПИЭР $< 0,5$ менее чем в половине случаев.

При использовании данного способа повышается точность прогноза достижения компенсации у пациентов с СД 2 прогноз рассчитывается на три недели. Способ прост в исполнении, доступен врачам, экономичен.

Заявленный способ: в качестве целевых значений компенсации СД 2 по гликемии были выбраны рекомендации Американской диабетической ассоциации (*ADA*, 2010), где целевым значением лечения сахарного диабета (показателем компенсации) рекомендован уровень тощаковой глюкозы плазмы капиллярной крови менее 7,2 ммоль/л.

Прогнозирование достижения компенсации диабета у больных СД 2 по гликемии на санаторном этапе реабилитации производят путем определения возраста пациента (в годах), давности заболевания СД 2 (со времени установления диагноза, в годах), определения уровня глюкозы плазмы капиллярной крови (в ммоль/л) утром натощак, не ранее, чем через 8 часов после последнего приема пищи, любым стандартным методом (но не с помощью глюкометра) на 2-й или 3-й день от начала санаторной реабилитации, а также определения уровня коморбидности в баллах, который подсчитывается по кумулятивной шкале рейтинга заболеваний (*Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)*), согласно которой минимальная сумма баллов, выставляемая при оценке коморбидности у пациента, равна нулю, максимальная – 56, высоким уровнем коморбидности считается сумма баллов больше десяти.

Рассмотрим применение способа на примерах.

Пример 1. Больной С., 54 года. Клинический диагноз: сахарный диабет 2-го типа, средней степени тяжести, компенсация. Диабетическая сенсомоторная полинейропатия 1-й стадии. Ожирение 1-й степени (ВОЗ). Артериальная гипертензия 2-й ст., риск 4, ХСН 1.

Давность заболевания 1 год (с момента установления диагноза). Прибыл на санаторный этап реабилитации после лечения в стационаре. Получал сахароснижающую терапию глюкофажем 2000 мг в сутки. Уровень коморбидности, рассчитанный по *CIRS*, составил 8 баллов. Значение тощаковой глюкозы в начале лечения составило 4,7 ммоль/л:

$$\text{ПИЭР} = 15,36 + 0,068 \times 1 - 0,202 \times 8 - 0,107 \times 4,7 - 0,0533 \times 54 + 0,005545 \times 54 \times 54 - 0,0073 \times 1 \times 4,7 = 0,65.$$

Согласно значению ПИЭР, равному 0,65, пациент был отнесен в группу, где вероятность достижения компенсации СД 2 по гликемии возможна более чем в половине случаев.

После санаторной реабилитации, включавшей прием минеральной воды, диетотерапию, ЛФК, терренкур, физиолечение, механический массаж, медикаментозную терапию, значение тощаковой гликемии составило по окончании лечения 4,3 ммоль/л (целевое значение менее 7,2 ммоль/л), значение постприандиальной (через два часа после приема пищи) гликемии составило 5,6 ммоль/л (целевое значение менее 10). Сахар в моче не определяется. Полученные в результате показатели говорят о правильности прогнозирования возможности компенсации СД 2 по гликемии с помощью ПИЭР.

Пример 2. Больной Г., 61 год. Клинический диагноз: сахарный диабет 2-го типа, средней степени тяжести, инсулинопотребный, субкомпенсация. Диабетическая непролиферативная ангиоретинопатия. Диабетическая сенсомоторная полинейропатия 1-й стадии. Артериальная гипертензия 2-й ст., риск 4, ХСН 1. Хронический вирусный гепатит С, ремиссия. Мочекаменная болезнь. Хронический простатит, ремиссия.

Давность заболевания 5 лет (с момента установления диагноза). Прибыл на санаторный этап реабилитации после лечения в стационаре. Получал сахароснижающую терапию протафаном 20 ед./сутки и актрапидом 16 ед./сутки. Уровень коморбидности, рассчитанный по CIRS, составил 15 баллов. Значение тощаковой глюкозы в начале лечения составило 10,6 ммоль/л:

$$\text{ПИЭР} = 15,36 + 0,068 \times 5 - 0,202 \times 15 - 0,107 \times 10,6 - 0,0533 \times 61 + 0,005545 \times 61 \times 61 - 0,0073 \times 5 \times 10,6 = -0,75.$$

Согласно значению ПИЭР, равному -0,75, пациент был отнесен в группу, где вероятность достижения компенсации СД 2 по гликемии составляет менее половины случаев.

После санаторной реабилитации, включавшей прием минеральной воды, диетотерапию, ЛФК, терренкур, физиотерапевтическое лечение, механический массаж, медикаментозную терапию, значение тощаковой гликемии составило по окончании лечения 8,4 ммоль/л (целевое значение менее 7,2 ммоль/л), значение постприандиальной гликемии 10,0 ммоль/л (целевое значение менее 10 ммоль/л). Полученные показатели говорят о правильности прогнозирования возможности компенсации СД 2 по гликемии с помощью ПИЭР.

При изучении соотношения ПИЭР и целевых показателей по гликемии у пациентов наблюдаемой группы установлено, что максимальное количество пациентов, достигших целевых значений

компенсации углеводного обмена на этапе восстановительного лечения, отмечено в подгруппе со значением ПИЭР $\geq 0,5$, минимальное – в подгруппе со значением ПИЭР=0,5, причем в этой же подгруппе никто из пациентов не достиг целевых значений препрандиальной гликемии (см. табл.).

Число пациентов, достигших целевых значений компенсации СД 2 по гликемии

Показатели	ПИЭР			p^* χ^2_{**}
	$\geq 0,5$ $n=18$	$> -0,5$ $< 0,5$ $n=36$	$\leq -0,5$ $n=11$	
Гликемия препрандиальная при окончании лечения $< 7,2$ ммоль/л, (чел/%)	15/ 83,3	13/36,1	0/ 0	$p=0,048$ $\chi^2=6,084$
Гликемия постприандиальная при окончании лечения $< 10,0$ ммоль/л, (чел/%)	17/ 94,4	29/80,5	7/ 63,6	

Примечание: p^* – уровень статистической значимости; χ^2_{**} – непараметрический критерий для статистической проверки гипотезы о статистической связи между двумя переменными

Выводы. Использование данного способа позволяет на этапе санаторно-курортного лечения прогнозировать достижение компенсации сахарного диабета 2-го типа по гликемии у пациентов и определять индивидуальный подход к лечению.

Список литературы

1. **Белялов, Ф.И.** Двенадцать признаков коморбидности / Ф.И. Белялов // Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике: материалы III межрегиональной конф. – Иркутск, 2009. – С. 47–52.
2. **Верткин, А.Л.** Коморбидность в клинической практике [Электронный ресурс] / А.Л. Верткин, М.А. Румянцев, А.С. Скотников // Архив внутренней медицины. – 2011. – № 2. Режим доступа: <http://medarhive.ru/2011/22011-144.html>
3. **Almirall, J.** Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life [Электронный ресурс] / J. Almirall, L. Lapointe, H. Soubhi. Режим доступа: <http://www.hqlo.com/content/3/1/74>
4. Cumulative Illness Rating Scale was a reliable and valid index in a family practice context [Электронный ресурс] / C. Hudon [et al.] // J Clin Epidemiol. – 2005. – 58:603–8. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15878474?dopt=AbstractPlus>.