



Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Медицинский информационно-аналитический центр»



ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 1 /18/2019

Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16+



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 1(18) 2019

16 +

Учредитель

Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного
округа - Югры «Медицинский
информационно-аналитический
центр»

Редакция

Зав. редакцией
Дёмин Е. А.

Секретарь редакции

Змановская Е. В.

Дизайн и верстка журнала

Митрофанов М. Г.

Корректор

Шереметьева В. В.

Адрес издателя, редакции

628007, г. Ханты-Мансийск,
ул. Студенческая, 15А

Главный редактор

Чистяков С. Н.

Зам. главного редактора

Овечкина Т. Д.

Ответственный секретарь

Токарева И. В.,
кандидат филологических наук

Все права защищены.

Любое воспроизведение опубликованных материалов без письменного согласия редакции не допускается. При перепечатке ссылка на журнал обязательна

Авторы несут полную ответственность за подбор и изложение фактов, содержащихся в статьях, высказываемые ими взгляды могут не отражать точку зрения редакции

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Тюменской области, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу
Свидетельство о регистрации ПИ № ТУ72-01242 от 24.04.2015

На обложке: *Кутефа Елена Ивановна – главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск*

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования электронной библиотеки eLibrary.ru

По вопросам публикации обращаться по адресу: zmanovskayaev@miacugra.ru

Дата выхода 05.04.2019 г.

Усл.печ. 9.

Тираж 100 экз.

Выходит раз в
три месяца

Цена
свободная

Отпечатано

БУ «Медицинский
информационно-аналитический
центр»
628007, г. Ханты-Мансийск,
ул. Студенческая, 15А



Уважаемые коллеги!

Вы держите в руках очередной номер журнала «Здравоохранение Югры: опыт и инновации». Спасибо за Ваш выбор!

Наша жизнь предусматривает постоянную необходимость выбора. Мы выбираем друзей, ищем пару, склоняемся на чью-то сторону, тем самым определяя свой путь. Выбор врача – особая парадигма личной ответственности за правильность принятых решений, порой за жизнь человека. Для врача сегодня непереносимым условием становятся непрерывное образование, «работа над ошибками», обмен опытом.

Не стала исключением в этом отношении встреча специалистов на научно-практической конференции, проведенной СурГУ, БУ «СОКБ» и Департаментом здравоохранения ХМАО-Югры, участником и организатором которой выступил главный хирург Сургутской окружной клинической больницы, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней Медицинского института Сургутского государственного университета профессор Владимир Васильевич

Дарвин. Новые технологии в хирургии представили учёные ряда медицинских вузов РФ.

На страницах нового номера Вы найдете обсуждение актуальных вопросов хирургического лечения катаракты при эктопии хрусталика, по применению ранибизумаба в лечении возрастной макулярной дегенерации, о взаимосвязи остеопороза и болевого синдрома у больных раком молочной железы в пременопаузе, а также исследование по оценке предстартового психологического состояния спортсменов и их подготовке в соревновательный период.

Наши постоянные авторы представили материалы из практики уточнения диагноза при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, а также о проблеме исследования летальных исходов от заболевания аневризмы аорты, ее смертельных осложнениях, о роли добровольческой деятельности в работе медицинских учреждений на примере добровольческого движения «Будь здоров!».

Еще одним ценным материалом, опубликованным в этом номере можно назвать исследование о том, что в последние годы отмечается тенденция к омоложению групп риска, увеличению количества установленных и подтвержденных диагнозов сердечно-сосудистой патологии и, как следствие, увеличение смертности в группе трудоспособного населения.

Интервью с Еленой Ивановной Кутефой возвращает нас к истории создания БУ «Окружная клиническая больница», которая сегодня позиционирует себя как современный клинический госпиталь, конкурирующий с ведущими российскими и мировыми медицинскими центрами и, несомненно, вызовет Ваш интерес.

Мне остается поблагодарить авторов и сотрудников редакции, причастных к рождению этого номера, и еще раз сказать спасибо Вам, дорогой читатель. Желаю удачи, профессиональных побед и верных решений! Пусть Ваш выбор всегда будет правильным и осознанным.

Главный редактор журнала
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»

Чистяков С.Н.,
кандидат педагогических наук,
заместитель директора БУ «Медицинский
информационно-аналитический центр»
Заслуженный работник Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

УДК 614.2

ОКРУЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ХАНТЫ-МАНСИЙСКА – СРЕДИ ЛУЧШИХ В СТРАНЕ

«Высокотехнологичное оборудование, новые методы диагностики и лечения, прогрессивные специалисты – вот что сегодня особо отличает деятельность коллектива Окружной клинической больницы Ханты-Мансийска», – утверждает главный врач Елена Ивановна Кутефа.



Ключевые слова: телемедицина, снижение смертности от онкологических заболеваний, высокотехнологичная медицинская помощь

О нас знают

С формированием Ханты-Мансийского национального округа в 30-х годах прошлого века началось строительство амбулатории и стационара в Югре. 1 ноября 1932 года в Ханты-Мансийске открылась поликлиника на 35 коек.

Сегодня БУ «Окружная клиническая больница» Ханты-Мансийского автономного округа-Югры позиционирует себя как современный клинический госпиталь, конкурирующий с ведущими российскими и мировыми медицинскими центрами. Здесь уникальное сочетание передовых технологий лечения, команды профессионалов и широта видов и условий оказания медицинской помощи.

На базе учреждения работают окружные специализированные центры, в том числе Окружной онкологический центр, Окружной офтальмологический центр, Центр острого и

хронического гемодиализа, Центр хирургии печени и поджелудочной железы, Перинатальный центр, Центр амбулаторной хирургии, Телемедицинский центр, Окружной центр вирусных гепатитов, а также кафедры Ханты-Мансийской государственной медицинской академии. В больнице трудится 2895 человек.

Приоритетным направлением в работе медицинского учреждения был и остается профессионализм коллектива. Повышение квалификации, стажировки в крупнейших клиниках Европы и Азии, участие в конференциях, съездах, симпозиумах межрегионального, российского и международного уровня – стали уже традиционными. Возможности телемедицины позволяют врачам больницы в онлайн-режиме общаться с коллегами не только Югры, но и экспертами ведущих российских и международных центров. Ежегодно проходят более че-

тырех тысяч телемедицинских консультаций, семинаров и телелекций.

Работа специалистов медицинского учреждения каждый год отмечается на всероссийском конкурсе профессионального мастерства. Вот результаты лишь последних двух лет. В Окружной клинической больнице ведет прием Марина Мирошниченко – лучший врач-инфекционист России 2017 года; лучшим врачом лабораторной диагностики страны в 2018 году признана Елена Угорелова. Ирина Бухтоярова и Валентина Стоян – лучшие акушерка и лаборант по итогам всероссийского конкурса в 2017 году; рентгенолаборант Геннадий Бахтияров в 2018 году – лучший в России специалист со средним медицинским образованием. Кроме того, есть врачи и специалисты с дипломами 2-й и 3-й степени общероссийского масштаба.



Спасаем жизни и души

К врачам Окружной клинической больницы Ханты-Мансийска ежегодно на прием приходят более 760 тысяч пациентов. Стационарное лечение ежегодно получают свыше 25 тысяч человек, амбулаторное – 10 тысяч пациентов.

Жителей Югры становится все больше. В Окружной клинической больнице каждый год рождается более 2 тысяч детей. Благодаря усилиям специалистов отделения вспомогательных репродуктивных технологий в прошлом году на свет появились 84 малыша, и эта цифра ежегодно растет.

Команда специалистов женской консультации ОКБ может смело записать на свой счет спасение 423 детских душ. Это итог четырехлетней планомерной работы с женщинами, обратившимися по поводу прерывания беременности. Консультации, разъяснительные беседы социального психолога, врачей (иногда в

тандеме с представителями религиозных конфессий) дают свои положительные результаты. Динамика за последние два года позитивна: в 2 раза меньше тех женщин, которые планируют искусственное прерывание беременности.

Открываются новые отделения больницы, устанавливается современное оборудование. Только в прошлом году обновление произошло в отделениях: кардиохирургическом, родильном, оториноларингологическом, травматологическом, реанимации перинатального центра, детской реанимации. В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения смонтировано новейшее медицинское оборудование для эндоваскулярной хирургии, включающее ангиографический комплекс, ультразвуковые аппараты для внутрисосудистых и эхокардиографических исследований. Значит, будут новые спасенные жизни.

Е.И. Кутефа, главный врач:

- Главная задача, которую ставит Президент страны, – снижение смертности от онкологических заболеваний и увеличение продолжительности жизни пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, до 5 и более лет. Перед нами поставлена достаточно сложная задача, но выполнимая. Что мы делаем для этого? Разрабатываем концепцию информационного сопровождения для того, чтобы научить жителей Югры проходить своевременно скрининговое обследование. Речь идет о скрининге тех форм злокачественных новообразований, которые являются доступными для диагностики. Прежде всего это опухоли молочных желез у женщин, опухоли женских половых органов, опухоли предстательной железы у мужчин, опухоли легких (злокачественные образования), рак кишечника, который, кстати, занимает лидирующие позиции в Югре.

На сегодняшний день у нас есть все инструменты для этого: оборудование – точные цифровые маммографы, скрининговые тесты для исследования на онкопатологию предстательной железы, молочных желез и шейки матки. Есть все, нужно только взаимодействие врача и потенциального пациента для того, чтобы обнаружить данное заболевание своевременно. Чем больше заболеваний мы сможем выявлять на 1-й и 2-й стадиях развития патологии, тем лучше будут результаты лечения, хирургического вмешательства, затем химио- или радиотерапевтического лечения.



В Окружной клинической больнице гамма-ножом лечат нейроэпителиальные опухоли и метастатические поражения. Всего в России работает шесть таких установок, и только две из них – в государственных медицинских учреждениях. Один гамма-нож установлен в НИИ скорой помощи имени Склифосовского, второй – в ОКБ Ханты-Мансийска. Еще четыре принадлежат частным клиникам. Отметим, что в Ханты-Мансийске жителей региона лечат по медицинскому полису бесплатно.

Трансплантация почки, эндопротезирование крупных и мелких суставов, торакоскопические операции в аритмологии, транскатетерная имплантация сердечных клапанов – это небольшая часть всего перечня уникальных передовых методов лечения, внедренных в больницу за последние годы. Бариатрическая хирургия, передовые репродуктивные технологии, витреоретинальная хирургия, уникальные радиохирургические методики – все это вошло в повседневную работу коллектива клиники Югры.

С начала года специалистами учреждения внедрено более 32 новых методов диагностики и лечения, 16 из которых – высокотехнологичные.

Более 3,5 тысяч пациентов получают ежегодно высокотехнологичную медицинскую помощь в области сердечно-сосудистой хирургии, онкологии, офтальмологии, травматологии и ортопедии, нейрохирургии, трансплантации.

Каждый год в больнице выполняется более 14 тысяч операций, причем каждая четвертая – с применением высокотехнологичного вмешательства.

В каждодневную практику вошли операции, выполняемые одновременно бригадами онкологов и кардиохирургов, травматологов и

нейрохирургов, рентгенэндоваскулярных хирургов и сосудистых хирургов, гинекологов. Современный мультидисциплинарный подход в оказании медицинской помощи пациентам, страдающим сочетанием нескольких тяжелых заболеваний, стал одним из самых важных направлений развития больницы.

Окружная клиническая больница развивает новаторские направления в здравоохранении. Одним из таких является развитие трансплантации на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. В течение 2017 года была подготовлена нормативно-правовая основа для работы трансплантологической бригады, донорских баз на территории округа: в Сургуте, Нижневартовске, Пыть-Яхе, Нефтеюганске и Нягани. На сегодняшний день выполнено 30 трансплантаций донорских органов почек.

В этом году Окружная клиническая больница в Ханты-Мансийске стала площадкой для проведения пленума хирургов-гепатологов страны, где активно обсуждались вопросы трансплантации донорских органов, медицинские аспекты работы с пациентами данной группы, показания и противопоказания к проведению операции. В рамках этого мероприятия между Ханты-Мансийским автономным округом – Югрой и Научно-исследовательским институтом трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова было подписано соглашение о сотрудничестве в направлении развития трансплантации на территории Югры. Запланировано обучение специалистов медицинских учреждений, в Окружной клинической больнице Ханты-Мансийска идет подготовка материально-технической базы, нарабатываются новые технологии, которые позволят выйти на трансплантацию донорских органов сердца и печени.

В приоритете – диагностика и профилактика

«Крепкое здоровье – в каждый дом!» – девиз медицинского учреждения, а значит, в приоритете – не только лечение пациентов, но и профилактика здоровья населения.

Важными направлениями в профилактических мероприятиях Окружной клинической больницы являются целевые осмотры на онкопатологию, вакцинация, а также информирование населения о факторах риска развития



болезней органов кровообращения, дыхания, формирование приверженности к здоровому стилю жизни. Именно с этой целью два года назад медицинское учреждение организовало работу диагностической площадки по экспресс-оценке состояния здоровья всех желающих граждан. За год таких площадок организуется порядка 26, обследованием охвачены более 1600 человек, и это не предел.

Е.И. Кутефа, главный врач:

- Наша задача сегодня – внедрить скрининговые программы в первичное звено таким образом, чтобы охватить группы риска и выявить эти заболевания на ранней стадии. Врачи первичного звена проходят обучающий модуль по онконастороженности. Они учатся быть внимательными именно к данной патологии. Учатся находить те минимальные проявления онкологических заболеваний на ранней стадии, которые заставят их обследовать и выявить больного пациента, что является

важной частью нашей работы. Если онконастороженность появится у населения, онконастороженность будет и у врача, следовательно, мы вместе выполним задачу по выявлению до 70% заболеваний на первой и второй стадиях, что однозначно позволит нам снизить уровень смертности от онкологических заболеваний, с которой мы боремся.

В медицинском учреждении реализуются окружные скрининговые программы: маммологический скрининг женщин старше 40 лет, обследование мужского населения старше 45 лет на простатспецифический антиген, скрининг колоректального рака, скрининг рака шейки матки методом жидкостной цитологии.

К примеру, в прошлом году в Окружной клинической больнице осмотрено с целью выявления онкологической патологии более 7 тысяч мужчин и более 11 тысяч женщин. Из них 304 человека направлены в онкологические учреждения для последующего лечения. Пациенты уже прооперированы, проходят химиотерапию или лучевую терапию. Это те люди, у которых есть все шансы излечиться от онкологического заболевания, благодаря его раннему выявлению.

Каждый день и каждый час команда специалистов Окружной клинической больницы Ханты-Мансийска работает на удовлетворенность населения качеством медицинского обслуживания, делает все возможное для создания низкопороговой медицины, доступной для всех.

СИСТЕМА НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Чистяков С.Н.,

к.п.н., заместитель директора по организационным вопросам
БУ «Медицинский информационно-аналитический центр»

В статье описано непрерывное медицинское образование (НМО), которое является дополнительным профессиональным образованием и осуществляется посредством реализации программ повышения квалификации и переподготовки.

Ключевые слова: непрерывное медицинское образование, повышение квалификации медицинских работников, удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи

Идея последипломного образования и постоянного совершенствования знаний в течение всей жизни зародилась в России еще в 1885 году. Тогда в Санкт-Петербурге был открыт первый в мире клинический институт для подготовки и повышения квалификации врачей. Сегодня каждые пять лет происходит удвоение накопленной человечеством информации. Возникает необходимость в подготовке медицинских кадров по современным профессиональным стандартам. Поэтому система переживает период реорганизации.

В «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года» отмечено, что одной из основных задач развития здравоохранения, направленных на улучшение здоровья граждан Российской Федерации, является «обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования...». В настоящий момент в системе дополнительного профессионального (последипломного) образования заказчиками образовательной услуги являются следующие макроэкономические субъекты: государство (в лице Министерства здравоохранения Российской Федерации и органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации), медицинская или иная организация, специалист с медицинским (фармацевтическим) образованием. При этом по уровню заказов различаются и мотивы профессионального образования, что существенно влияет на объем заказов и востребованность специальностей.

Рассмотрим основные принципы новой модели обучения по медицинским специальностям, которая сейчас проходит апробацию:

- во-первых, обеспечение непрерывности обучения: если прежде врачам требовалось за пять лет набрать 144 часа образовательной активности, то теперь этот объем увеличивается до 250 часов или по 50 часов ежегодно;

- во-вторых, гармонизация требований с международными нормами;

- в-третьих, комплексность получаемых знаний непрерывного медицинского образования, а также создание условий для повышения квалификации.

Для современной системы последипломного образования характерны несколько важных особенностей.

Во-первых, ее модульность. Для обучения по любой врачебной специальности и под конкретные задачи создаются отдельные модули, их можно компоновать между собой, под них разрабатываются программы, привлекаются в них разные специалисты. К примеру, по федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения» необходимо было создавать в региональных медицинских организациях модули по оказанию экстренной помощи при тяжелой дорожной травме. И подобная работа на базе этих модулей была проделана, модули созданы и функционируют во многих окружных и городских медицинских организациях вдоль федеральных трасс, эта деятельность активно продолжается.

Вторая особенность современного последипломного образования – особое внимание к фундаментальным наукам, современным достижениям в химии, генетике, биологии и т.д. Это, конечно, не значит, что из каждого врача надо делать ученого-биолога, но он должен хорошо знать научные основы своей работы. Но и без

знания современных достижений науки врачу трудно решать сложные клинические задачи в хирургии, трансплантологии, нейрохирургии, кардиохирургии.

Третья важная инновация современного образования – симуляционные технологии. Еще недавно их рассматривали, как решение чуть ли не всех проблем. Сегодня к симуляторам отношение взвешенное. Несомненно, они должны использоваться в системе образования и подготовки в разных специальностях вплоть до создания виртуальных операционных и клиник. (рис.1)



Рис. 1. Основные составляющие системы непрерывного медицинского образования

Наконец, современное последипломное образование нельзя представить без дистанционного компонента. Оно применялось и прежде – лекции, операции ведущих врачей транслировались по телеканалам в отдаленные регионы. Сегодня за счет информационных технологий дистанционное обучение приобрело совсем другое качество – позволяет использовать разные методики, интерактивно контролировать знания обучающихся, моделировать различные практические ситуации. А также использовать технологии 3D и 4D, когда изображение объемно, его почти буквально можно «пощупать».

Именно поэтому в рамках исполнения мероприятий подпрограмм: «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», «Развитие информатизации в здравоохранении», Государственной программы Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы», действующего порядка приказа Депздрава Югры от 30.01.2018 № 74 «Об организации работы по дополнительному профессиональному образованию медицинских работников по программам повышения квалификации за счет средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» в медицинских организациях автономного округа назначены ответственные лица за повышение квалификации медицинских работников.

Ответственные лица в медицинских организациях комплектуют предварительные заявки от медицинских работников на повышение квалификации, которые они в свою очередь получили с портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России edu.rosminzdrav.ru, производят рассмотрение, согласование выбранной образовательной организации, сроков обучения, тематики образовательной программы, утверждают заявку у руководителя и направляют в БУ «Медицинский информационно-аналитический центр».

Были, например, за 2018 год в план мероприятий включены 887 работников медицинских организаций, по 299 работникам внесены корректировки в утвержденный план мероприятий.

При этом следует обратить внимание на типичные и наиболее распространенные ошибки:

- при направлении медицинскими организациями заявок о внесении корректировок не указываются реквизиты приказа Депздрава Югры, которым утвержден План мероприятия;

- занимаемая должность медицинского работника указывается не в соответствии номенклатуры должностей медицинских и фармацевтических работников;

- выбранные образовательные программы не направлены на освоение знаний и приобретение умений, а также навыков для оказания медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Таким образом видим, что последипломное медицинское образование активно включено в систему рыночных отношений, а, следовательно, находится в условиях конкуренции. Такая ситуация требует изучения оценки деятельности образовательной организации с позиций удовлетворенности потребителя (заказчика).

При этом работодателю важно понимать, что подготовленный специалист – это гарантия качества медицинской помощи в организации, а для этого врачу необходимо создать необходимые условия. Тем более что «удовлетворенность пациента качеством оказанной медицинской помощи» является одним из критериев оценки эффективности деятельности медицинских организаций и в ближайшем будущем, наряду с другими показателями, будет влиять на уровень оплаты труда и руководителей, и работников.

Перемены в медицинском образовании необходимы

Все, кто работает в отрасли, понимают, что результаты лечения пациентов необходимо улучшать, и что показатели качества и безопасности медицинской помощи в нашей стране не

должны уступать средневропейским. Только тогда можно получить реальное удовлетворение от работы и вернуть доверие пациентов. Если, как говорят врачи, все пойдет по плану, то по уровню внедрения инноваций в системе повышения квалификации кадров здравоохранения окажется впереди других, более обеспеченных отраслей экономики Российской Федерации.

Литература

1. Приказ Минздрава РФ № 334н от 2 июня 2016 года «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».
2. Приказ Минтруда РФ № 227н от 10 мая 2016 года «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог».
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 03.07.2016).
4. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (ред. от 03.07.2016).
5. Федеральный закон от 29.12.2015 г. № 389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
6. Федеральный закон от 30.12.2015 г. № 432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
7. Приказ Депздрава Югры от 30.01.2018 № 74 «Об организации работы по дополнительному профессиональному образованию медицинских работников по программам повышения квалификации за счет средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».

© Чистяков С.Н., 2019

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ КАК ОСНОВНОЙ РЕСУРС В КОНТЕКСТЕ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОРТФЕЛЯ ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Бычкова И.Ю.,

заместитель директора Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Шереметьева В.В.,

врач-методист Учебного центра

БУ «Медицинский информационно-аналитический центр»

Национальный проект «Здравоохранение», разработанный Минздравом Российской Федерации, предусматривает восемь направлений развития здравоохранения, включая совершенствование оказания первичной медицинской помощи, помощи при сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях, развитие медицинской помощи детям, подготовку специалистов-медиков, цифровизацию здравоохранения, развитие национальных медицинских центров и медицинского туризма.

Ключевые слова: национальный проект, медицинские кадры, здравоохранение

Региональный портфель проекта «Здравоохранение» направлен на обеспечение реализации Национального проекта «Здравоохранение», утвержденного протоколом заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 3 сентября 2018 № 10, ориентированного на выполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (далее – Указ № 204).

Достижение целей, обозначенных национальным проектом, невозможно обеспечить в отрыве от рационального использования кадровых, финансовых, материальных и информационных ресурсов. Значимой частью ресурсов здравоохранения являются медицинские кадры, в конечном итоге обеспечивающие результативность и эффективность деятельности отрасли.

Региональный проект «Обеспечение медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры квалифицированными кадрами» (далее – региональный проект «Медицинские кадры») является составляющей регионального портфеля проекта «Здравоохранение», разработан в целях решения задач, обозначенных Федеральным проектом «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» (далее – Федеральный проект), направленного на обеспечение реализации Национального проекта «Здравоохранение» (рис.1).

Достижение цели «Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» определяют показатели (диаграммы 1-3).

Выполнение значений показателей обеспечивает комплекс мероприятий, включающий 4 блока:

- Увеличение численности врачей и средних медицинских работников в медицинских организациях Югры;
- Дооснащение симуляционных (аккредитационно-симуляционных) центров образовательных организаций Югры;
- Увеличение числа специалистов, совершенствующих свои знания в рамках системы непрерывного образования, в том числе с использованием портала непрерывного медицинского образования;
- Увеличение числа специалистов, допущенных через процедуру аккредитации.

Мероприятия направлены на формирование решений, которые позволят к концу 2024 года обеспечить медицинские организации Ханты-Мансийского автономного округа – Югры необходимым количеством квалифицированных медицинских работников.

Приоритетом обозначенных мероприятий является ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях Ханты-Мансийского автономного округа, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и участвующих в мероприятиях по:

- снижению смертности от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний;

Национальные проекты	Цели и целевые показатели	Федеральные проекты
Демография	<p>Снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения); смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев); смертности от новообразований (до 185 случаев); младенческой смертности (до 4,5 случая на тысячу родившихся детей)</p> <p>Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь</p> <p>Обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год</p> <p>Обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь</p> <p>Оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, упрощение процедуры записи на прием к врачу</p> <p>Увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом (до миллиарда долларов в год)</p>	«Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»
Здравоохранение		«Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»
Образование		«Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»
Жилье и городская среда		«Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»
Экология		«Борьба с онкологическими заболеваниями»
Безопасные и качественные автомобильные дороги		«Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»
Производительность труда и поддержка занятости		«Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)»
Наука		«Развитие экспорта медицинских услуг»
Цифровая экономика		
Культура		
Малое и среднее предпринимательство и поддержка индивидуальной предпринимательской инициативы		
Международная кооперация и экспорт		

Рис.1. Национальный проект «Здравоохранение»

- борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- борьбе с онкологическими заболеваниями;
- развитию детского здравоохранения;
- оказанию паллиативной медицинской помощи.

Реализация межведомственных мероприятий обеспечит высокий уровень квалификации молодых специалистов, приходящих в отрасль здравоохранения, а также предоставит им возможность непрерывного повышения квалификации в соответствии с профессиональной потребностью, что, в свою очередь, способствует поэтапному сокращению дефицита медицинских кадров и устранения кадровой диспропорции.

Независимую оценку квалификации каждого медицинского работника для определения возможности его допуска к профессиональной деятельности позволит провести процедура аккредитации специалистов. Внедрение системы

непрерывного медицинского образования позволит обеспечить доступ, в том числе дистанционный, каждого медицинского работника к современным образовательным программам, а также сформировать индивидуальную образовательную траекторию в зависимости от профессиональных потребностей специалиста на протяжении всей его профессиональной деятельности.

С целью повышения престижа медицинских профессий и материальной заинтересованности медицинских и фармацевтических работников в результатах труда продолжится реализация мер адресной социальной поддержки за счёт средств регионального бюджета и проведение региональных профессиональных конкурсов мастерства.

Осуществление механизма управления по предупреждению рисков и их минимизации посредством мониторинга реализации регионального проекта для своевременной разра-

ботки и внедрения корректирующих и предупреждающих действий, анализа и улучшения позволит на уровне Округа повысить степень

осведомленности о наступлении рисков и, тем самым, обеспечит положительную динамику результатов реализации регионального проекта.

Диаграмма 1

Показатели регионального проекта «Медицинские кадры» (чел. на 10 тыс. населения)

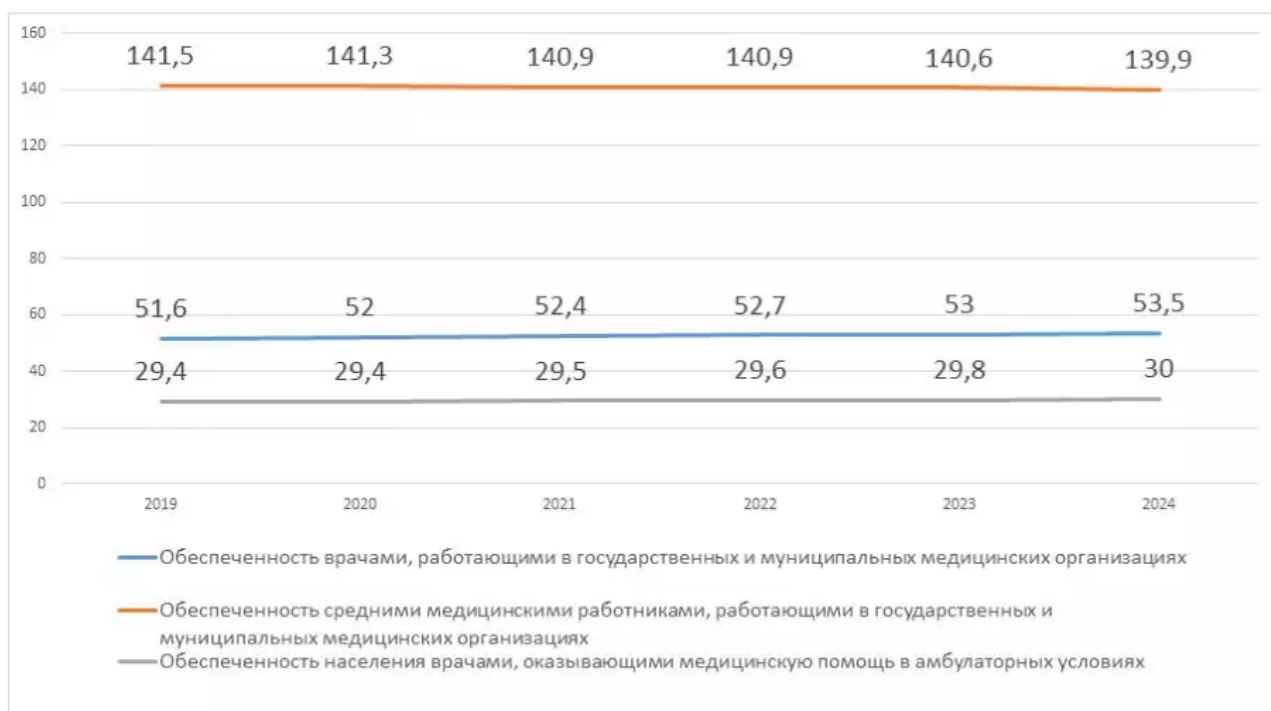
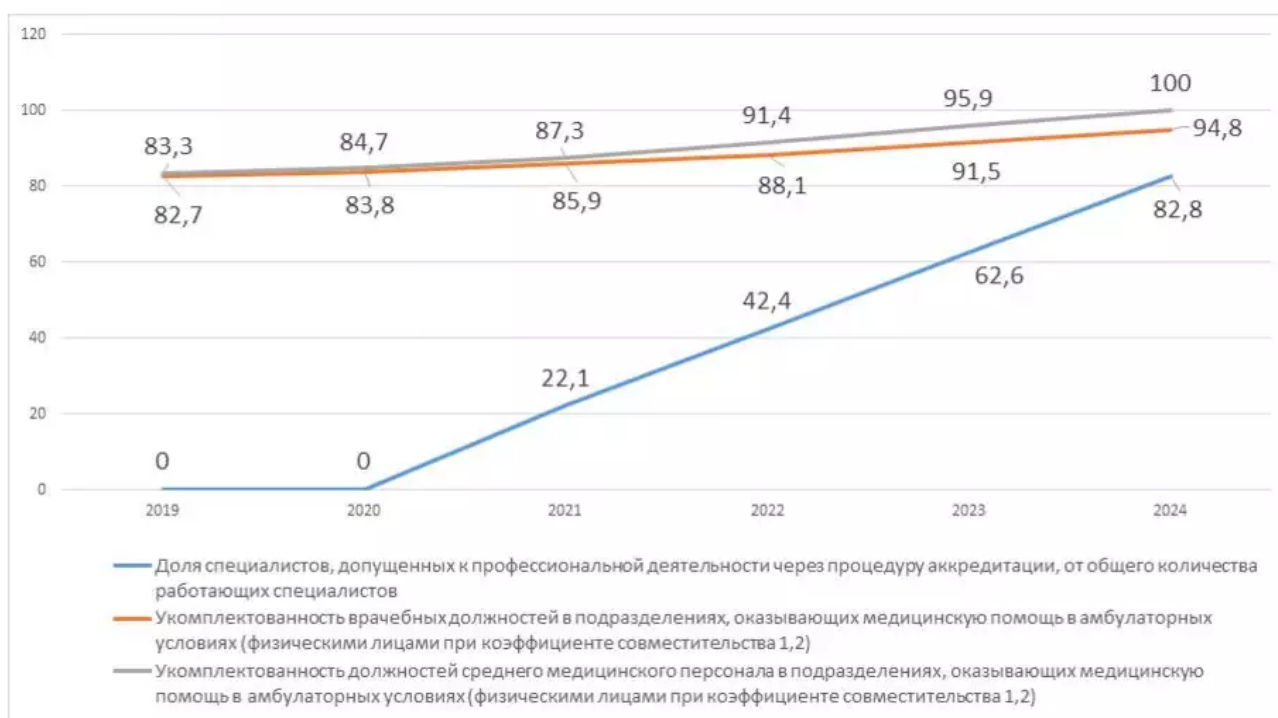
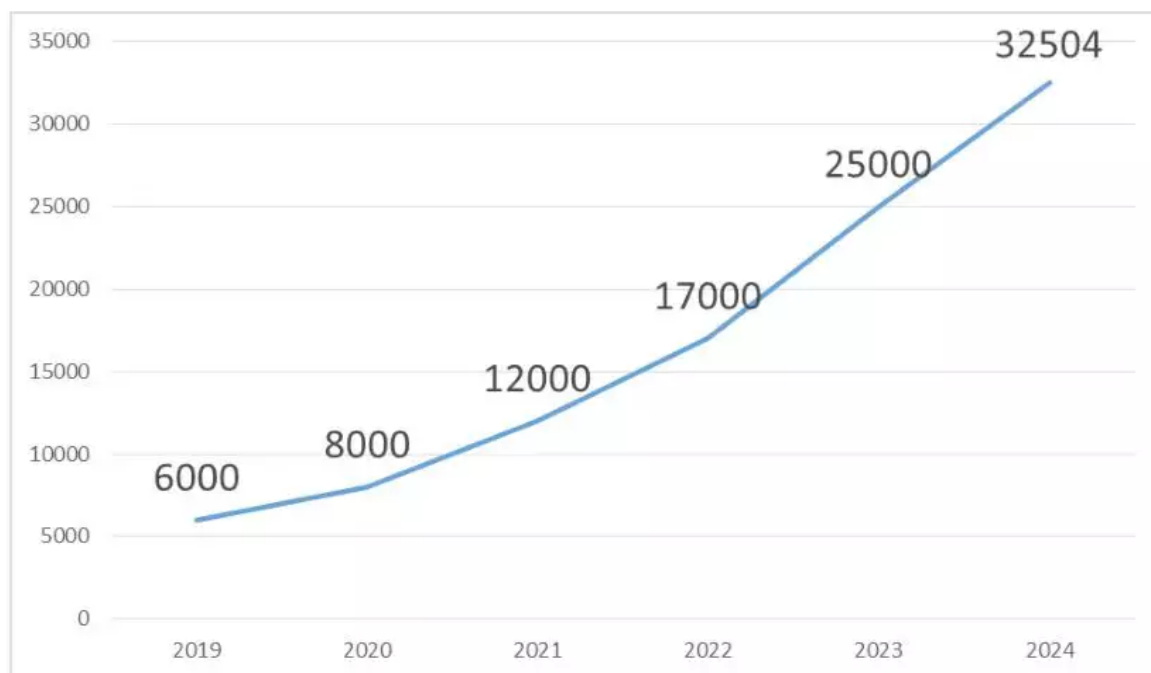


Диаграмма 2

Показатели регионального проекта «Медицинские кадры» (%)



Число специалистов, вовлеченных в систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий (чел.) в регионе



*Прогноз подготовлен с учетом данных Росстата о прогнозируемой на 2024 год численности населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (1 747 800 человек) при условии сохранения сложившегося в регионе показателя обеспеченности врачами (50 на 10000 населения).

Литература

1. Протокол №3 от 14 декабря 2018 года заседания проектного комитета по нацпроекту «Здравоохранение» Президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам.
2. Государственная программа Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Современное здравоохранение», утверждённая Постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 05.10.2018 №337-п «О государственной программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Современное здравоохранение»
3. Государственная программа Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Развитие образования в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2018-2025 годы и на период до 2030 года», утвержденная постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 9 октября 2013 г. № 413-п
Государственная программа Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Современное здравоохранение», утвержденная постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 5 октября 2018 года № 337- п.
© Бычкова И.Ю., Шереметьева В.В., 2019

НЯГАНСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА: БУДУЩЕЕ – ЗА ИНФОРМАЦИОННЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ

Калинина Д.А.,

специалист по связям с общественностью БУ «Няганская городская поликлиника»

БУ «Няганская городская поликлиника» продолжает реализацию проекта «Бережливая поликлиника». С момента начала работы над воплощением федерального проекта в небольшом северном городе Нягани прошло почти полтора года. Что же изменилось за это время в работе учреждения?

Ключевые слова: медицинские информационные технологии, электронные больничные, видеоконференцсвязь (ВКС)

Ключевая задача развития медицинских информационных технологий – обеспечение доступности медицинских услуг и комфорта горожан, обращающихся за помощью, экономия временных, финансовых и других потерь. Для няганцев давно не в новинку IP-телефония, обеспечивающая в поликлинике многоканальную связь и позволяющая связаться с любым нужным специалистом по короткому внутреннему номеру. Привычным элементом интерьера стали телевизионные экраны напротив регистратуры, на которых в режиме реального времени транслируется полезная информация о приеме терапевтов и узких специалистов с указанием свободных «окошек». Вошли в привычку электронные больничные. Однако работа по усовершенствованию деятельности в учреждении не прекращается ни на день. Одной из ключевых задач стал переход на электронный документооборот.

До недавнего времени большая часть всех медицинских документов создавалась в бумажном виде. Постепенно в практику работы медицинских работников вошла программа МИС (медицинская информационная система) – система автоматизации документооборота для лечебно-профилактических учреждений, включающая в себя такие возможности как электронные медицинские карты, данные медицинских исследований в цифровом формате и многие другие. Уже за первые полгода использования система зарекомендовала себя как надежный помощник медицинских работников и незримый помощник для пациентов. Например, именно благодаря МИС горожане могут записаться к врачу через информацион-

ный терминал – быстро, без лишних очередей и усилий, не покидая здание поликлиники.

Закономерным следствием развития электронного документооборота стало введение электронной цифровой подписи для заведующих отделениями и врачей. Использование ЭЦП упрощает процесс документооборота, существенно сокращает время и снижает затраты для получения лечения, необходимых заключений, справок и других документов. Следующий шаг – внедрение электронных карт пациентов – был сделан в августе текущего года. Электронная медицинская карта выгодно отличается от своего бумажного аналога: ее нельзя повредить или потерять, она существенно упрощает работу регистратуры и оптимизирует взаимодействие врача и пациента. В электронную карту вносится информация о каждом визите к медицинским специалистам, а также результаты проведенных обследований и анализов. Пожалуй, наиболее ощутимым эффектом стала существенная экономия времени, уходящего на пациента в регистратуре при первичном обращении. Если ранее временной промежуток составлял порядка десяти минут на пациента, то сейчас – менее двух минут.

Еженедельно в стенах учреждения проходят совещания, посвященные обсуждению бережливых технологий. С недавнего времени они перешли на качественно новый уровень – благодаря приобретению комплекта оборудования для обеспечения видеоконференцсвязи (ВКС). Видеосвязь – прекрасный способ повышения производительности учреждений здравоохранения по всему миру, эффективный и способствующий быстрому вовлечению людей

в процесс совместной работы. Расстояние для медицинских работников Няганской городской поликлиники более не является препятствием: участвовать в окружных, региональных и всероссийских «круглых столах», совещаниях и конференциях можно не покидая стен учреждения. Также, благодаря техническому обновлению, медицинские специалисты могут повышать свой профессиональный уровень, знакомиться с передовыми практиками, новыми и инновационными методами лечения, а также работать над решением важнейших задач совместно с иногородними коллегами.

Работая над созданием новой модели системы здравоохранения, БУ «Няганская городская поликлиника» прикладывает все усилия, чтобы вывести медицинскую помощь населению на новый уровень, сделать процесс взаимодействия «врач – пациент» как можно более эффективным и комфортным, изменить поведение пациента в сторону большей заботы о своем здоровье.

© Калинина Д.А., 2019

**ДОБРОВОЛЬЧЕСТВО КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ****Жевелик О.Д.,**

главный врач БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница»

Дзюман Е.М.,

медицинский психолог БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница»

Чижевич Т.А.,

специалист по социальной работе БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница»

В статье рассматривается роль добровольческой деятельности в работе медицинских учреждений на примере добровольческого движения БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница» «Будь здоров!». Проводится анализ направлений работы с волонтерами, а также особенности добровольческого движения в учреждении медицинского профиля.

Ключевые слова: добровольчество, волонтер, доброволец, медицинское учреждение, профилактика, пациенты, здоровье

Становление добровольчества как общественно значимого вида деятельности насчитывает сотни лет, так как идея помощи на безвозмездной основе и труд, направленный на благо социума принадлежит не только современному человечеству, но и нашим историческим поколениям. В настоящее время добровольчество представляет собой одно из наиболее мощных общественных движений, имеющее свои организации во всех странах мира и давно уже переросшее национальные границы. Во всем мире молодежное добровольческое движение уже получило широкое распространение, а его роль в социальном развитии оценена на международном уровне. Так, ООН признает добровольчество богатым источником социальной энергии и активности, навыков, местных знаний. Правительства многих стран используют ресурс добровольчества, финансируя его проекты в реализации государственных программ по поддержке молодежи, в решении общественных проблем. Следует отметить, что добровольцы участвуют в решении широкого спектра проблем практически во всех сферах жизни и деятельности социума во всем мире.

Добровольческая деятельность оказывает влияние на социальную активность граждан. Ведь добровольчество является отличной площадкой для становления лидеров и общественных деятелей, для приобретения опыта в общении с разными группами населения, для формирования навыков, необходимых в социальной жизни, для реализации интересов, идей,

проектов. Через добровольчество человек привлекается к социальным процессам и может стать активной «частицей» общества.

Добровольческая деятельность выполняет функцию нравственного воспитания, поддержания в обществе фундаментальных ценностей, таких как, гражданственность, справедливость, милосердие, гуманность, отзывчивость.

Как социальный феномен, добровольчество начало формироваться с момента появления древних человеческих общностей. Во все времена и каждому человеческому обществу не было чуждо понятие добровольной, бескорыстной и безвозмездной помощи. Слово волонтер произошло от французского «volontaire», которое в свою очередь произошло от латинского voluntarius. В дословном переводе это слово означает «доброволец, желающий» [1]. В XVIII-XIX веках люди, добровольно поступившие на военную службу, назывались волонтерами.

Пропагандируемые сторонниками этого движения идеи солидарности, равенства, безвозмездности и отказа от насилия очень быстро стали популярными как среди молодежи, так и среди людей самого разного возраста. Постепенно стали возникать и реализовываться все больше и больше волонтерских программ. Идея распространилась по всей планете. Поэтому, 1920 год считается годом придания волонтерству международного статуса [2].

Особым признанием заслуг добровольчества стало решение 52-й сессии Организации Объединенных наций объявить 2001 год – все-

мирным Годом добровольцев. Этому способствовали многочисленные успешные примеры добровольческой помощи в разных уголках земного шара. Объявленный же президентом России Владимиром Путиным 2018 год годом Волонтеров в России – показатель того, что общество нуждается не только в помощи волонтеров, но и сами граждане страны готовы помогать и быть поддержкой нуждающимся людям.

Развитие добровольческого движения в медицинских учреждениях – один из способов привлечения граждан к проблемам здорового образа жизни и увеличения количества заболеваний общества. Волонтерство становится новым трендом современной российской действительности. Оно формирует у участников движения позитивные жизненные ценности и ответственность за свою страну, повышает доверие между государством и обществом, рождает чувство сопричастности к проходимым в стране изменениям. Добровольчество в сфере здравоохранения делает отрасль более открытой, ведь волонтеры-медики работают не только в стенах медицинских организаций, но и ведут активную просветительско-профилактическую деятельность. Они проводят акции, посвященные профилактике социально-значимых заболеваний, к которым относятся инфекции, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания, а также проблемы психологического характера: стресс, депрессии и т.д. Именно эти болезни наносят наибольший вред населению нашей страны. Одна из задач волонтеров – медиков в этом случае – изменить стиль поведения людей по отношению к своему здоровью.

Развитие добровольческого движения в БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница» – один из способов привлечения граждан к проблемам психического здоровья. Волонтерская деятельность осуществляется по трем основным направлениям.

Первым и уникальным направлением деятельности является организация и проведение социально-значимых мероприятий с участием пациентов учреждения в целях социально-культурной реабилитации.

Волонтерская группа из числа пациентов существует уже на протяжении пяти лет. Основанная в 2013 году она ежегодно обновляется и пополняется новыми членами. Добровольцы являются активными инициаторами, организа-

торами и участниками внутрибольничных и городских мероприятий, таких как: акции, семинары, тренинги, связанные с обменом опытом. Особенно волонтерам нравится деятельность, направленная на организацию праздничных мероприятий для пациентов, проходящих стационарное лечение в отделениях больницы. Ни одна крупная памятная и праздничная дата не остается без внимания[3].

Одной из задач программы развития волонтерства в нашем учреждении является формирование у пациентов навыков социальной и личностной компетентностей, привлечение пациентов больницы к общественно одобряемым видам деятельности, а также формирование умения общаться, понимать других людей, быть социально активным. Работа волонтерского движения способствует улучшению качества жизни пациентов и формированию правильного и полезного времяпровождения.

Специально для волонтеров из числа пациентов на базе поликлинического отделения специалистами социально-психологической службы проводятся групповые занятия, направленные на развитие социально-коммуникативных навыков, навыков по поддержанию стабильного психического состояния. А также «Творческая мастерская» и «Игры нашего времени», где проводятся творческие обучающие мастер-классы, обучающие тренинги по тайм-менеджменту и ролевые игры социального плана. Все занятия проходят в дружественной обстановке, где специалист является не учителем, а наставником. Именно благодаря такому взаимодействию пациенты чувствуют свою внутреннюю уверенность и поддержку, такую необходимую им, со стороны специалиста по социальной работе и медицинского психолога [4].

Вторым направлением волонтерской деятельности является разработка и реализация эффективных механизмов, форм и методов профилактической работы с различными целевыми группами населения города Нижневартовска. Это направление включает в себя организацию массовых профилактических мероприятий, направленных на психопросвещение и психопрофилактику горожан. Основная задача этого направления – формирование ответственности граждан за сохранение, укрепление и развитие своего психологического здоровья.

Ключевым событием 2018 года, объявленного президентом России годом добровольца, для БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница» стал слет добровольцев медицинских организаций города Нижневартовска. На данном мероприятии добровольцы медицинских организаций города представили презентации своих движений, а также смогли принять участие в Форсайт-сессии с региональным координатором Всероссийского общественно-государственного движения «Волонтеры-медики» по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре Максимом Гаврилюком. Результатом обсуждения Форсайт-сессии стало решение об объединении добровольческих организаций при медицинских учреждениях и НКО города Нижневартовска в единую систему добровольческого движения, а также дальнейшее расширение сферы социального взаимодействия и сотрудничества с благотворительными фондами и волонтерами других организаций.

В рамках данного мероприятия в течение 2018 года активно велась работа по развитию сотрудничества и взаимодействия в области охраны общественного здоровья, профилактики заболеваний и формированию здорового образа жизни жителей города Нижневартовска с социально ориентированными некоммерческими организациями, в том числе с волонтерскими организациями на безвозмездной основе. В настоящее время с января 2019 года специалисты БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница» осуществляют внедрение социального проекта «Югорское долголетие», направленного на профилактическую работу с пожилым населением города.

Постоянное обучение и переподготовка волонтеров – важное средство повышения эффективности деятельности, плюс ко всему, это и прекрасный способ мотивации. Работа с волонтерами, в рамках образовательных программ может подготовить, в итоге, сплоченную команду, способную профессионально решать возложенные на нее задачи. Ежегодно специалисты, работающие с волонтерами, проходят обучение для дальнейшей работы с различными категориями людей, от подростков и молодых людей до людей старше пенсионного возраста. Люди, прошедшие обучение, становятся полноценными волонтерами, которые способны оказывать помощь людям с огра-

ниченными возможностями здоровья, а также самостоятельно организовывать мероприятия различного уровня: от концертов и тренингов в стенах больницы до городских, региональных и российских акций и слетов.

Импульс к развитию движения и стремление волонтеров к реализации своих амбиций, оказанию посильной помощи, формированию активной жизненной позиции и сопричастности к важным событиям, происходящим в жизни города, округа, страны, можно в полной мере ощутить благодаря организации и проведению в России крупных мероприятий, участниками которых являлись специалисты БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница». Среди них можно отметить гражданский форум общественного согласия г. Нижневартовск, гражданский форум общественного согласия г. Ханты-Мансийск, форум «Сообщество» «Год добровольца: вызовы, возможности, задачи» г. Ханты-Мансийск, гражданский форум «Сообщество» г. Москва, окружной форум волонтеров Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Добро в твоих руках».

Осуществление обучения участников добровольческого объединения, занимающихся популяризацией здорового образа жизни в молодежной среде – третье направление, которое активно функционирует с декабря 2017 года в БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница». Отсутствие знаний, навыков и часто – современных социально-адаптивных стратегий собственного поведения не позволяет взрослым оказывать необходимое воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку подрастающему поколению. В этих условиях правильным решением будет привлечение самой молодежи к активному поиску ответа на вопрос о выборе эффективного жизненного стиля. Участниками добровольческого движения из числа молодежи являются студенты немедицинского профиля, учащиеся 1-3 курсов различных направлений: от будущих психологов до специалистов по связям с общественностью.

Для молодых волонтеров специалисты учреждения проводят цикл занятий с целью обучения основным принципам деятельности волонтера, улучшения коммуникативных навыков, проведения профилактической работы со сверстниками. Важной частью обучения яв-

ляется участие волонтеров в организуемых мероприятиях, где они могут под руководством кураторов самостоятельно принимать решения в процессе оказания помощи нуждающимся, а также учатся напрямую взаимодействовать с публикой.

Добровольчество в полной мере предоставляет возможность для обучения навыкам социального взаимодействия и обогащения жизненного опыта молодых людей. А также способствует получению наиболее достоверной информации о проблемах социальной жизни, нуждах людей и отдельных социальных групп. Все это является важным фактором в повышении ответственности молодежи за будущее своей страны, своего округа и города.

Таким образом, добровольческое движение в БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница», а также и во многих других медицинских учреждениях Нижевартовска развивается в неразрывной связи с общими процессами развития добровольчества в регионе, стране и в мире. Участвуя в значимых мероприятиях страны, кураторы движения осваивают новые методы профилактики, которые используют в своей работе и получают не только количественный, но и качественный результат,

ведь деятельность, основанная на общечеловеческих ценностях, способна внести существенный вклад в процесс формирования здорового образа жизни, воспитание молодежи, как ответственных членов общества, снижения уровня разобщенности, укрепления доверия и сотрудничества в обществе.

Литература

1. Локтионова, Т. А. История возникновения и становления волонтерства в России // Молодой ученый.– 2012. – №8. –С. 267-269.
2. Габдрахманова, Р.А. Волонтерская деятельность в России и за рубежом // Вестник КГЭУ. 2012. №4 (15).
3. Чижевич, Т.А. Волонтерство как форма участия пациентов в общественной жизни // официальный сайт БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница». URL: <http://npnd.ru/articles/detail.php?ID=2546>
4. Чижевич, Т.А. Волонтерство как форма участия в общественной жизни // официальный сайт БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница». URL: <http://www.npnd.ru/articles/detail.php?ID=26777>.

© Жевелик О.Д., Дзюман Е.М.,
Чижевич Т.А., 2019

К ВОПРОСУ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА**Кузьмичев Д.Е.,**заведующий Восточным отделом – врач – судебно-медицинский эксперт
секретарь Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»**Скребов Р.В.,**ВРИО начальника, врач – судебно-медицинский эксперт
председатель Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»**Раннев А.Ю.,**заведующий патологоанатомическим отделением
врач - патологоанатом БУ «Мегионская городская больница № 1»**Вильцев И.М.,**заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе»
врач – судебно-медицинский эксперт Восточного отдела,
член Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

В статье озвучена проблема исследования умерших с ВИЧ-инфекцией, ее смертельные осложнения, морфологические находки.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, морфологические находки

ВИЧ-инфекция представляет собой заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, характеризующееся синдромом приобретенного иммунодефицита, способствующего возникновению вторичных инфекций и злокачественных образований в связи с глубоким угнетением защитных свойств организма. ВИЧ-инфекция имеет многообразные варианты течения. Заболевание может длиться всего несколько месяцев или растягиваться до 20 лет. ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) представляет собой ретровирус из рода лентивирусов, инфицирование которым угнетает деятельность иммунной системы и приводит к развитию медленно прогрессирующего заболевания ВИЧ-инфекция. ВИЧ обладает свойством связывать клетки иммунитета CD4+, и вакцины против этого типа вируса, по состоянию на 2017 год, официально нет. ВИЧ включает в себя 2 вида – ВИЧ 1 и ВИЧ 2, причем, по умолчанию, если говорить о заболеваниях этой природы, в основном виновен именно ВИЧ 1. Ученые также считают, что первоисточником ВИЧ в свое время стали африканские обезьяны (шимпанзе и мангабеи).

Восприимчивость человеческого организма к ВИЧ высокая, однако, замечено, что она мень-

ше в молодом возрасте (до 35 лет), наличии гомозиготной формы гена или специфических IgA (иммуноглобулин А), присутствующих на половых органах.

В целом, скорость распространения вируса иммунодефицита и развития ВИЧ-инфекции зависит от множества факторов – состояния здоровья человека, возраста, питания, штамма вируса, наличия в организме другой инфекции, своевременного обнаружения и адекватного лечения болезни.

В клиническом течении ВИЧ-инфекции различают 5 стадий: инкубации, первичных проявлений, латентная, стадия вторичных заболеваний и терминальная. Стадия первичных проявлений может протекать бессимптомно, в виде первичной ВИЧ-инфекции, а также сочетаться с вторичными заболеваниями. Четвертая стадия в зависимости от тяжести подразделяется на периоды: 4А, 4Б, 4В. Периоды проходят фазы прогрессирования и ремиссии, различающиеся в зависимости от имеющей место противоретровирусной терапии или ее отсутствия. Согласно классификации МКБ-10 болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) включена в раздел В20-В24: В20 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефи-

цита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней; В21 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде злокачественных новообразований; В22 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других уточненных болезней; В23 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде других состояний; В24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), неуточненная, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), СПИД-ассоциированный комплекс (САК).

На 01.01.2018 года в мире с начала эпидемии заразилось 77,3 миллиона человек, половина (35,4 млн.) из них умерло; на сегодняшний день в мире примерно 36,9 миллионов человек инфицированы ВИЧ /UNAIDS/. В 2018 году в мире зарегистрировано 1 млн. 800 тыс. новых случаев заражения ВИЧ. Россия занимает 4-е место в мире после ЮАР, Нигерии и Мозамбика по скорости появления новых случаев ВИЧ-инфицированных в единицу времени (темпу роста) и занимает 1-ое место по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Европе. В 80% случаев ВИЧ передается половым путём через сперму и влагалищные выделения, почти в 10% – через шприцы, около 10% случаев – передача вируса происходит от матери новорожденному ребёнку, в том числе, через грудное молоко. Медицинские работники заражаются ВИЧ примерно в 0,01 % случаев.

В практической деятельности судебно-медицинской и патологоанатомической служб данное заболевание встречается в настоящее время достаточно часто. При этом имеются определенные особенности и затруднения прижизненной и посмертной диагностики основного заболевания, осложнений, формулирования клинического и судебно-медицинского диагноза. Приведем наши экспертные наблюдения.

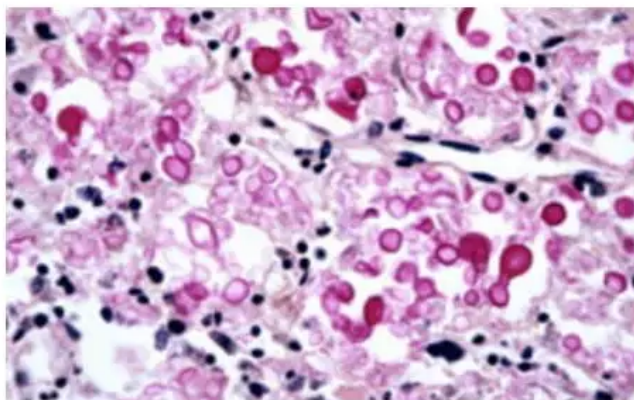
Экспертные наблюдения

Наблюдение № 1. Женщина 35 лет, госпитализирована в стационар с клиникой инсульта, в анамнезе ВИЧ-инфекция в течение около 5 лет, лечение проходила. В клинике при обследовании на туберкулез методом по-

лимеразной цепной реакцией (ПЦР) – положительный результат. Выставлен диагноз «Туберкулезный менингит. ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний». Несмотря на проводимую терапию пациентка скончалась. На исследовании: Листки мягкой мозговой оболочки тусклые, отечные, с участками утолщения на базальной поверхности головного мозга, легко отделяются от вещества головного мозга, сосуды полнокровные. Кора головного мозга толщиной 0,5 см. На разрезах в правой лобной доле головного мозга участок размягчения ткани головного мозга размером 6х3х3см белого цвета, в левой лобной доле головного мозга участок размягчения размерами 3х2х2см белого цвета, стволовой отдел головного мозга на протяжении среднего и промежуточного мозга дряблой мазеобразной консистенции. Желудочки головного мозга расширены, заполнены прозрачной жидкостью объемом около 100 мл, эпендима красного цвета. Гистологически: В головном мозге – тяжелая белковая дистрофия нейронов полушарий головного мозга. Очаги энцефалолизиса. Выраженный периваскулярный и периваскулярный отек. В ткани головного мозга очаговые лимфоцитарные инфильтраты. Отек, фиброз и умеренно выраженная лимфоцитарная инфильтрация мягкой мозговой оболочки. В легких – В части препаратов в легочной ткани мелкие фиброзированные туберкулезные гранулемы. Участки пневмосклероза. По результатам исследования диагноз «Туберкулезный менингоэнцефалит» не подтвержден. Вышеизложенное позволило установить окончательный диагноз «В20.8 ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4В, сопровождавшаяся серозным менингоэнцефалитом с очагами энцефалолизиса, очаговым метатуберкулезным пневмосклерозом», которая осложнилась «Отек головного мозга», который явился непосредственной причиной смерти.

Наблюдение № 2. Мужчина 40 лет, в экстренном порядке доставлен в лечебное учреждение с клинической симптоматикой нарушения мозгового кровообращения, в анамнезе ВИЧ-инфекция в течение 8 лет, лечение периодическое. На компьютерной томографии головного мозга – очаги деструкции в полушариях головного мозга. Состояние про-

грессивно ухудшалось и наступила смерть. С диагнозом «ВИЧ-инфекция – энцефалит» мужчина поступил на секционное исследование. На вскрытии: Листки мягкой мозговой оболочки тусклые, белесоватого цвета, отечные, гладкие, легко отделяются от вещества головного мозга, сосуды полнокровные. Кора головного мозга толщиной 0,4 см. На разрезах в полушариях головного мозга округлые очаги желтоватого цвета в правой затылочной доле диаметром 2 см, в левой затылочной доле диаметром 1,4 см, в левой лобной доле диаметром 0,8 см, правой теменной доле диаметром 1 см. Гистологически: Головной мозг – Тяжелая белковая дистрофия нейронов полушарий головного мозга. Перипеллюлярный и периваскулярный отек. В ткани головного мозга очаговые колонии дрожжеподобного грибка криптококка, окруженные зоной макрофагов (смотри микрофотографию); очаговые лейкоцитарные инфильтраты. Отек, фиброз и умеренно выраженная лимфоцитарная инфильтрация мягкой мозговой оболочки.



Микрофотография препарата головного мозга: Криптококко

Клинические данные, макроскопическая и микроскопическая картины, исключение других заболеваний, травм и отравлений позволило установить следующую причину смерти «B20.8 ВИЧ – инфекция, стадия вторичных заболеваний 4В, сопровождавшаяся криптококковым менингоэнцефалитом», осложнением и непосредственной причиной смерти явился – «Отек головного мозга».

Заключение

1. Вышеприведенные экспертные наблюдения относятся к категории актуальных заболеваний, имеющих высокое социальное значение,

что убедительно доказывает статистика данного заболевания. Кроме того, ВИЧ и СПИД в современной медицине являются заболеваниями, которые относятся к неизлечимым, при этом стоит отметить, что систематическое наблюдение и адекватная терапия, психологическое сопровождение помогают улучшить качество жизни и увеличить продолжительность жизни пациентов. Стоит отметить, что проблема распространения ВИЧ-инфекции и его профилактики остается крайне неблагоприятной. На современном этапе специализированные структуры имеют весьма ограниченные возможности в том, чтобы вести профилактическую работу, что сказывается на количестве прироста лиц, получающих статус ВИЧ и это является большой социальной проблемой.

2. Стоит оговориться, что при поступлении пациентов в медицинскую организацию в обоих наблюдениях имели место клинические проявления со стороны головного мозга. Наблюдения представляют интерес широкому кругу врачей, так как постмортальная диагностика выявила морфологические находки: в первом случае – это серозный менингоэнцефалит, который клинически не был установлен, а реакция полимеразной цепной реакцией (ПЦР) с положительным результатом на туберкулез оказалась ложноположительной и клинический диагноз «Туберкулезный менингит» был морфологом исключен; во втором находкой явилось обнаружение криптококкового менингоэнцефалита.

3. Точная посмертная диагностика и правильное оформление медицинской документации учетной формы № 106/у-08 медицинское свидетельство о смерти в разделе «Причины смерти» имеют принципиальное социально-экономическое значение.

Литература

1. Кузьмичев, Д.Е., Скребов, Р.В., Вильцев, И.М., Штрек, Л.А., Нишета, Н.В., Касенова, К.К. Актуальные инфекции нашего времени. // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – Ханты-Мансийск, – 2017. – № 2/11/. – С. 56-58.
2. Скребов, Р.В., Кузьмичев, Д.Е., Раннев, А.Ю., Вильцев, И.М. Характеристика работы патологоанатомической службы в муниципальном образовании ХМАО – Югры. // Научно-прак-

- тический журнал // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы». – Хабаровск, 2018. – выпуск 17. – С. 197-203.
3. <https://spid-vich-zppp.ru/statistika/epidemiya-vich-spida-v-rossii-2017.html>.
4. <https://medicina.dobro-est.com/vich-infektsiya-simptomyi-prichinyi-stadii-lechenie-i-profilaktika-vich.html>.
© Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Раннев А.Ю., Вильцев И.М., 2019

УДК 617.741-004.1

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАКТЫ ПРИ ЭКТОПИИ ХРУСТАЛИКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАРФАНА

Санторо Э.Ю.,

к.м.н., заведующая офтальмологическим отделением
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Хабибуллин А.Ф.,

врач – офтальмолог, офтальмологическое отделение
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Удаление катаракты, осложненной патологией связочного аппарата хрусталика, является одной из актуальных проблем микрохирургии глаза [6]. Катаракта осложняется подвывихом и сопровождается дефектом и растяжением связок хрусталика при наличии таких сопутствующих заболеваний, как перезревшая возрастная катаракта, миопия высокой степени, псевдоэкзофолиативный синдром, контузия глаза, глаукома, синдром Марфана и др. [2, 11]. Синдром Марфана, описанный Antonine Bernardi Marfan в 1896 г., встречается в 2–3 случаях среди 10000 человек и представляет собой мультисистемное аутосомно-доминантное заболевание соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс органа зрения, скелетно-мышечной и сердечно-сосудистой системы [12, 14, 20, 21, 27].

Ключевые слова: факоэмульсификация, синдром Марфана, склеральная фиксация ИОЛ

Наличие подвывиха хрусталика является одним из наиболее неблагоприятных и осложняющих факторов в хирургии катаракты. Этот вид осложнений встречается в 5-15% случаев [2]. Удаление катаракты, осложненной патологией связочного аппарата хрусталика, является одной из актуальных проблем микрохирургии глаза [6]. Катаракта осложняется подвывихом и сопровождается дефектом и растяжением связок хрусталика при наличии таких сопутствующих заболеваний, как перезревшая возрастная катаракта, миопия высокой степени, псевдоэкзофолиативный синдром, контузия глаза, глаукома, синдром Марфана и др. [2, 11].

В отличие от приобретённых подвывихов, встречающихся в 15–20% и вызываемых глазными травмами, миопией высокой степени, инволюционной дистрофией волокон цинновых связок при перезревании возрастной катаракты, наличием псевдоэкзофолиативного синдрома (ПЭС), распространённость врождённой эктопии хрусталика относительно невелика – 6,4 на 100000 случаев [7]. По результатам популяци-

онного исследования J. Fuchs и T. Rosenberg, большинство случаев эктопии хрусталика ассоциировано с системными заболеваниями, к которым относятся синдром Марфана (68,2%), синдром эктопии зрачка и хрусталика (21,1%), гомоцистинурия (1,1%), дефицит сульфитной оксидазы и синдром Вейля-Маркезани (0,7%) [16]. Синдром Марфана, описанный Antonine Bernardi Marfan в 1896 г., встречается в 2–3 случаях среди 10000 человек и представляет собой мультисистемное аутосомно-доминантное заболевание соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс органа зрения, скелетно-мышечной и сердечно-сосудистой системы [12, 14, 20, 21, 27].

Для подтверждения вовлечения органа зрения в патологический процесс при Синдроме Марфана в соответствии с Гентскими рекомендациями (2011) необходимо наличие одного большого или двух малых критериев [5]. Единственным большим критерием является эктопия хрусталика разной степени выраженности, выявляемая в 50–80% случаев [18, 28]. При этом

хрусталик смещается в верхние отделы, чаще в верхневисочный квадрант. Редко отмечается дислокация в передней камере или стекловидном теле. Малые критерии включают плоскую роговицу (≤ 42 диоптриям), увеличенную переднезаднюю ось глаза, гипоплазию цилиарного тела или радужки, вызывающую ограниченный мириаза. К другим офтальмологическим проявлениям относят миопию высокой степени, отслойку сетчатки, раннее развитие катаракты и глаукомы, страбизм и амблиопию [18].

В настоящее время общепринятым стандартом катарактальной хирургии считают различные методы энергетической экстракции катаракты (факоэмульсификация, лазерная экстракция) с имплантацией заднекамерной интраокулярной линзы (ИОЛ) в капсульный мешок. Однако в 8–10% невозможно обеспечить «физиологическое» положение ИОЛ. К данной группе пациентов относят больных как с травматическим повреждением хрусталика, дистрофическими изменениями цинновых связок, псевдоэкзофтальмическим синдромом, так и с врожденной патологией хрусталика [1, 4]. Врожденная слабость цинновых связок и эктопия хрусталика ставят под сомнение возможность выполнения факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ в капсульный мешок [26]. В 1967 г. W.H. Jarret впервые на репрезентативном материале описал тактику и результаты хирургического лечения пациентов ($n=166$) с эктопией хрусталика при синдроме Марфана [19]. В настоящее время к основным методам хирургического лечения осложненной катаракты у данной категории больных относят стандартную изолированную лensexтимию или сочетание её с передней витрэктомией, а также лensexтимию, выполняемую через плоскую часть цилиарного тела [17, 24, 25]. При лensexтомии для предупреждения коллапса и восстановления круговой симметрии (стабилизации) капсульного мешка, выхода (грыжи) стекловидного тела используются внутрикапсульные кольца [3, 27]. В настоящее время для хирургической коррекции послеоперационной афакии предлагается несколько вариантов — это подшивание заднекамерной ИОЛ к склере; имплантация заднекамерной ИОЛ с фиксацией к радужке; использование переднекамерной ИОЛ с фиксацией к радужке (так называемая «клешня лобстера» (Artisan))

или креплением в радужно-роговичном углу (РРУ) [8–10, 13, 15, 22, 23, 29].

Нами представлен случай лечения пациента Е., 48 лет, госпитализированного в офтальмологическое отделение БУ «Сургутская окружная клиническая больница» с диагнозом: осложненная катаракта обоих глаз, подвывих хрусталика обоих глаз, синдром Марфана.

При поступлении пациент жаловался на прогрессирующее ухудшение остроты зрения обоих глаз, «туман» и пелену в глазах. Сниженную остроту зрения отмечает с детства, корригировал очками, максимально корригированная острота зрения на оба глаза составляла 0,3.

В дооперационном периоде острота зрения правого глаза составила 0,07 с коррекцией sph – 7,0D = 0,1, левого 0,1 с коррекцией sph – 7,5D = 0,2.

Авторефрактометрия на правый глаз не определялась, на левый глаз sph – 7,5D cyl – 11,0D ax 3°. Кератометрия правого глаза 40,0/40,5, левого глаза 40,0/41,0. Длина правого глаза по данным ультразвуковой биометрии – 25,99 мм, левого глаза – 25,26 мм. Толщина хрусталика правого глаза – 5,47 мм., левого глаза – 5,14 мм. Биомикроскопически наблюдали гипоплазию радужки, что проявлялось слабовыраженным мидриазом, иридодонезом, факодонезом, эктопией хрусталика в верхненаружный квадрант [18, 28]. Наличие одного большого и ряда малых критериев у нашего пациента явилось достоверным подтверждением вовлечения органа зрения в патологический процесс при синдроме Марфана [5].

Факоэмульсификация проводилась в условиях операционной. Обработка операционного поля стандартно двукратно раствором антисептика, эпibuльбарная анестезия раствором инокаина 0,4% 2 капли, блефаростат на веки, субтеноновое обезболивание раствором лидокаина 2% – 1,0, парацентезы 1,2 мм на 2 и 10 часов, введение в переднюю камеру вискоэластика «Дисковиск», основной разрез 2,4 мм на 11 часов. С целью получения интраоперационного мидриаза за 60 минут до операции закапан раствор мидримакса по 2 капли трехкратно с интервалом в 15 минут. Интраоперационно мириаза 6 мм. Проведены дополнительные парацентезы на 1, 5, 7, 9 часов. Радужка взята на ирисретракторы через дополнительные па-

рацентезы, достигнут миодриаз 8 мм. Цанговым пинцетом проведен предварительный капсулорексис в 3 мм от нижнего экватора диаметром 2 мм. Далее предварительный капсулорексис взят на ирисретракторы на 5 и 7 часов, и хрусталик подтянут книзу и кнутри. После центрирования хрусталика предварительный капсулорексис продолжен к центру цанговыми ножницами и завершен цанговым пинцетом, достигнув в диаметре 5 мм. Следующим этапом капсульный мешок взят на ирисретракторы на 1 и 9 часов и прижат к радужной оболочке по всей окружности с целью предотвращения пролапса стекловидного тела в переднюю камеру.

Этапы гидродиссекции и гидродилатации прошли без осложнений. Факоэмульсификация проведена в режиме «вспышка» в течение 3 секунд. Капсульный мешок в виду несостоятельности связочного аппарата и выраженной децентрации удален цанговым пинцетом без выпадения стекловидного тела. В переднюю камеру введена ИОЛ Vausch+lomb Adapt-АО. В связи с наличием миопии высокой степени пациент настоял на послеоперационной миопической рефракции цели слабой степени. Линза фиксирована к склере на 6 и 12 часов ab-interno. Вискоэластик удален бимануально в режиме аспирации-ирригации.

В послеоперационном периоде проведена стандартная антибактериальная и противовоспалительная терапия. Пациент выписан на 3 сутки после операции. Острота зрения правого глаза при выписке 0,1 с коррекцией $sph - 2,5D = 0,4$.

Левый глаз оперирован через 2 месяца. Оперативное вмешательство проведено в том же объеме. Подвывих хрусталика левого глаза был менее выражен, в связи с этим, не возникло необходимости проведения предварительного капсулорексиса в нижнем секторе с подтяжкой капсульного мешка в нижний сектор. Острота зрения левого глаза при выписке на третий день составила 0,4 с коррекцией $sph - 0,75D$ $cyl - 1,0 D$ $ax 110^\circ = 0,6$.

Период наблюдения правого и левого глаза составил 5 и 3 месяцев соответственно. Биомикроскопически ИОЛ центрирована в задней камере. Острота зрения правого через 5 месяцев составила 0,4 с коррекцией $sph - 1,0D$ $cyl - 1,0D$ $ax 85^\circ = 0,9$, левого глаза 0,3 с коррекцией

$sph - 1,0D$ $cyl - 1,5D$ $ax 95^\circ = 0,9$. Астигматический компонент вероятнее всего обусловлен точками фиксации ИОЛ к склере.

Мы считаем, что метод склеральной фиксации ИОЛ после факоэмульсификации осложненной катаракты при синдроме Марфана является более предпочтительным при отсутствии возможности интракапсульной фиксации. Способ фиксации к радужке нами не применен в связи с гипоплазией и ослаблением её опорной функции, а также риском развития пигментной глаукомы при вымывании пигментного эпителия радужки. В свою очередь интракапсульная фиксация ИОЛ требует наличия состоятельного связочного аппарата, точной центрации линзы, что практически всегда сопряжено с удалением гаптического элемента или его части в связи с децентрацией капсульного мешка и его уменьшенных размеров.

Применение факоэмульсификации со склеральной фиксацией ИОЛ позволило добиться оптимальной центрации линзы, повысить остроту зрения пациента и, соответственно, повысить качество жизни. Несмотря на достигнутый нами оптимальный результат хирургического лечения катаракты при эктопии хрусталика (синдром Марфана), вопросы фиксации ИОЛ в таких глазах остаются актуальными. Сферой дальнейших исследований являются разработка шовных материалов и методов бесшовной фиксации линз.

Литература

1. Виговский, А.В. Хирургическая технология экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ при подвывихе хрусталика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 22 с.
2. Егоров, В.В., Тонконогий, С.В., Данилов, О.В. Ультразвуковая биомикроскопия в предоперационной диагностике слабости цинновых связок у пациентов с сочетанием возрастной катаракты и псевдоэкзофолиативного синдрома // Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе: Сборник научных работ. — Хабаровск, 2013. — С. 142-147.
3. Иошин, И.Э. Внутрикапсульное кольцо в хирургии катаракты при подвывихе хрусталика (опыт 15 лет имплантации) // Вестник офтальмологии. – 2012. – № 2. – С. 45–49.

4. Иссуфай, Эдмонд. Интраокулярная коррекция афакии при несостоятельности связочно-капсулярного аппарата хрусталика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 23 с.
5. Наследственные нарушения соединительной ткани: Российские рекомендации / ФГБУ «СЗФ-МИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. – М., 2012. – 76 с.
6. Паштаев, Н.П. Хирургия подвывихнутого и вывихнутого в стекловидное тело хрусталика. – Чебоксары: ГОУ ИУВ, 2007. – С. 11-13.
7. Шиловских, О.В., Иванов Д.И. Классификация и выбор хирургической тактики лечения врождённых эктопий хрусталика // Офтальмохирургия. –2005. –№ 4. – С. 19–23.
8. Aspiotis, M, Asproudis, I, Stefaniotou, M, Gorezis, S, Psilas, K. Artisan aphakic intraocular lens implantation in cases of subluxated crystalline lenses due to Marfan syndrome. *J Refract Surg*. 2006; 22:99-101.
9. Basti, S, Aasuri, MK, Reddy, S, Rao, GN. Prospective evaluation of corneal endothelial cell loss after pediatric cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*. 1998; 24:1469-1473. doi: 10.1016/S0886-3350(98)80168-5.
10. Budo, C, Hessloehl, JC, Izak, M, et al. Multicenter study of the Artisan phakic intraocular lens. *J Cataract Refract Surg*. 2000; 26:1163-1171. doi: 10.1016/S0886-3350(00)00545-9.
11. Crema, A.S. Femtosecond laser-assisted cataract surgery in patients with Marfan syndrome and subluxated lens // *Journal of Refractive Surgery*. – 2015. – Vol. 31, №5. – С. 338-341.
12. Cross, HE, Jensen, AD. Ocular manifestations in the Marfan syndrome and homocystinuria. *Am J of Ophthalmol*. 1973;405-20. doi: 10.1016/0002-9394(73)91149-5.
13. Denise, EH, Eduardo, SS, Rodrigo, LM, Gustave, NA, Walton, N. Outcomes of Iris-Claw Anterior Chamber versus Iris-Fixated Foldable Intraocular Lens in Subluxated Lens Secondary to Marfan Syndrome. *Ophthalmology*. 2010; 117:1479-85. doi: org/10.1016/j.ophtha.2009.12.043
14. Dietz, HG, Cutting GR, Pyetirz RE, et al. Marfan syndrome caused by a recurrent de novo missense mutation in the fibrillin gene. *Nature*. 1991; 352:337-9. doi: 10.1038/352337a0.
15. Dureau, P, de Laage de Meux P, Edelson C, Caputo G. Iris fixation of foldable intraocular lenses for ectopia lentis in children. *J Cataract Refract Surg*. 2006; 32:1109-14. doi: 10.1016/j.jcrs.2006.01.096.
16. Fuchs J, Rosenberg T. Congenital ectopia lentis. *Acta Ophthalmol Scand*. 1998; 76:20-6. doi: 10.1034/j.1600-0420.1998.760105.x.
17. Hakin, KN, Jacobs, M, Rosen, P, et al. Management of the subluxated crystalline lens. *Ophthalmology*. 1992; 99:542-5. doi: org/10.1016/S0161-6420(92)31935-9.
18. Hindle, NW, Crawford, JS. Dislocation of the lens in Marfan's syndrome. Its effect and treatment. *Can J Ophthalmol*. 1969; 4:128-35.
19. Jarret, WH. Dislocation of the lens: a study of 166 hospitalized cases. *Arch Ophthalmol*. 1967;78(3):289-96. doi: 10.1001/archophth.1967.00980030291006.
20. Judge DP, Dietz HC. Marfan's syndrome. *Lancet*. 2005; 366:1965-76. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67789-6.
21. Kainulainen, K, Pulkkinen, L, Savolainen, A, et al. Location on chromosome 15 of the gene defect causing Marfan syndrome. *N Engl J Med*. 1990; 323:935-9. doi: 10.1056/NEJM199010043231402.
22. Kazemi, S, Wirostko, WJ, Sinha, S, et al. Combined pars plana lensectomy-vitreotomy with open-loop flexible anterior chamber intraocular lens (AC IOL) implantation for subluxated lenses. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 2000; 98:247-51.
23. Kopel, AC, Carvounis, PE, Hamill, MB, Weikert, MP, Holz, ER. Irissutured intraocular lenses for ectopia lentis in children. *J Cataract Refract Surg*. 2009; 34:596-600. doi: 10.1016/j.jcrs.2007.11.044.
24. Maumenee, AE, Ryan, SJ. Aspiration technique in the management of the dislocated lens. *Am J Ophthalmol*. 1969; 68:808-11. doi: 10.1016/0002-9394(69)94572-3.
25. Seetner, AA, Crawford JS. Surgical correction of lens dislocation in children. *Am J Ophthalmol*. 1981; 91:106-10. doi: 10.1016/0002-9394(81)90354-8.
26. Siganos, DS, Siganos, CS, Popescu, CN, Margaritis VN. Clear lens extraction and intraocular lens implantation in Marfan's syndrome. *J Cataract Refract Surg*. 2000; 26:781-4. doi: 10.1016/S0886-3350(00)00302-3.
27. Utz, VM, Coussa, RG, Traboulsi, EI. Surgical management of lens subluxation in Marfan syndrome. *J of AAPOS*. 2014; 18:140-6. doi: 10.1016/j.jaapos.2013.12.007.
28. Zadeh, N, Bernstein, JA, Niemi, AK, et al. Ectopia lentis as the presenting and primary feature in Marfan syndrome. *Am J Med Genet A Nov*. 2011;155A:2661-8. doi: 10.1002/ajmg.a.34245.
29. Zheng, D, Wan, P, Liang, J, Song, T, Liu Y. Comparison of clinical outcomes between iris-fixated anterior chamber intraocular lenses and scleral-fixated posterior chamber intraocular lenses in Marfan syndrome with lens subluxation. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2012; 40:268-74. doi: 10.1111/j.1442-9071.2011.02612.x.

© Санторо Э.Ю., Хабибуллин А.Ф., 2019

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. КТО ВИНОВАТ И ЧТО ДЕЛАТЬ?

Мошкин А.В.

врач скорой медицинской помощи
главный врач БУ «Нефтеюганская городская станция скорой медицинской помощи»

Сковбель И.А.,

врач скорой медицинской помощи
заместитель главного врача по медицинской части
БУ «Нефтеюганская городская станция скорой медицинской помощи»

Большаков В.А.,

врач скорой медицинской помощи
старший врач БУ «Нефтеюганская городская станция скорой медицинской помощи»

Сердечно-сосудистая патология одна из основных проблем современного здравоохранения. Смертность от болезней системы кровообращения находится на первом месте в Российской Федерации. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в структуре смертности от БСК в 2016 составила более половины всех случаев. Смертность только от инфаркта миокарда (ИМ) в структуре ИБС составила 13% [1].

Ключевые слова: инфаркт миокарда, смертность, возраст

На территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в 2008 году разработан и внедрен проект «Югра-Кор» [2] с целью снижения смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы. Проект доказал свою высокую медико-социальную эффективность и продолжил свое существование в рамках окружной программы «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы». Общая смертность от ИМ в округе снизилась с 18,9 на 100 000 населения в 2008 году, до 14,5 на 100 000 в 2017 г. (в РФ, по данным Росстата, в 2017 г. – 39,1%). Выживаемость в течение года после ИМ возросла до 96%. [3]. Пенсионная реформа, стартовавшая в Российской Федерации в конце 2018 года и увлечение молодого поколения фитнесом помогут внести свои коррективы. Еще 15 лет назад «молодым» ИМ считался в возрасте 45 лет. В последнее время, отмечается «омолаживание» ИМ, зафиксированы и подтверждены случаи развития ИМ у пациентов 26-29 лет [4].

Цель исследования

В качестве основной цели данного исследования мы видим перераспределение возрастных групп риска возникновения ИМ в зависимости от предрасполагающих факторов.

Материалы и методы

При проведении статистического исследования изучена первичная медицинская доку-

ментация с упором на анамнез vitae и morbi 911 пациентов с установленным и подтвержденным (в условиях стационара) диагнозом ИМ. Исследование проводилось среди прикрепленного населения города к станции скорой медицинской помощи. Численность прикрепленного населения 132 952 человек. В возрасте 25-30 лет – 17 086 (12,8%), в возрасте 55-65 лет – 18 028 (13,5%). Радиус обслуживания 40 км от города. В городе функционирует 12 фитнес-центров. Ежегодно их посещает около 4 тысяч человек в возрасте 25-30 лет (23,4% от общего количества данной возрастной группы).

Результаты

За 2014-2017 годы с диагнозом ОИМ госпитализировано 911 пациентов. Из них, тромболитическая терапия (ТЛТ) показана и проведена 204 (22,4%) пациентам. У 297 (32,7%) пациентов выявлен диагноз ИМ без подъема сегмента ST, у 5 (0,5%) пациентов ИМ осложнился клинической смертью. ТЛТ противопоказан у 84 (9,2%) пациентов. В 321 (35,2%) случаев ТЛТ не показана, ввиду давности болевого синдрома. В 15 (7,3%) случаях ТЛТ проведена фельдшерскими бригадами. Гендерная структура ИМ: на мужчин приходится 193 случая (94,6%), на женщин – 11 случаев (5,4%). Возрастная структура ИМ с проведенной ТЛТ: 25-30 лет – 4 случая (2,0%), 40-49 лет – 13 случаев (6,4%), 50-54 лет – 72 случая (37,3%), 55-59 лет – 66 случаев (34,2),

60-65 лет – 28 случаев (14,5%), 66-69 лет – 12 случая (6,2%). В 2010-2013 годах количество пациентов с ОИМ составляло 443 случая. Распределение между мужчинами и женщинами, 435 и 8 случаев соответственно. Количество ТЛТ – 74. Распределение по возрастным группам проведения ТЛТ: 40-49 лет – 7 случаев (9,5%), 50-54 лет – 24 случая (32,4%), 55-59 лет – 38 случаев (51,3), 60-65 лет – 4 случая (5,4%), 66-69 лет – 1 случай (1,4%).

Обсуждение

1. Возрастная группа 55-60 лет (у женщин) и 60-65 лет (у мужчин). Указанный возрастной контингент перешел из неработающего населения (пенсионеров), в трудоспособное население и составил среди женщин (0), среди мужчин (94), всего (94) 46,1% в общей структуре диагноза ИМ среди всех возрастов. Значимость (социальную, экономическую, демографическую) будет возможно проанализировать в ближайший год.

2. Возрастная группа 25-30 лет: появление большого количества фитнес-центров, пропаганда занятием фитнеса, желание получить быстрый эффект за короткое время, отсутствие квалифицированных тренеров, подмена кардионагрузки статической, привело к появлению новой группы риска 25-30 с подтвержденными случаями ИМ в этой возрастной категории.

Заключение

В последние годы отмечается тенденция к омоложению групп риска, увеличению количества установленных и подтвержденных диагнозов. Итогом пенсионной реформы станет переход возрастной группы с наибольшим количеством ИМ из неработающего в работающее население и, как следствие, увеличение смертности в группе трудоспособного населения. Исходя их высокой выживаемости после перенесенного ИМ (до 97%) и коротких сроков восстановительного периода (трое суток), в результате комплексного подхода к лечению (преимущественность догоспитального, госпитального, поликлинического этапов) в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, имеются все основания полагать, что в целом в возрастных категориях увеличения смертности от ИМ не будет.

Литература

1. Демографический ежегодник России: официальное издание Федеральной службы государственной статистики. 2017: Стат. сб./ Росстат.
2. Медицина целевые проекты. – 2013. – №16.
3. <http://здоровая-югра.рф/news/vedushchie-spetsialisty-v-oblasti-serdechno-sosudistykh-zabolevaniy-sobralis-v-khanty-mansiyske>
4. http://naukamolod.rzgm.ru/uploads/art/art86_501bf7.pdf.
© Мошкин А.В., Сковбель И.А., Большаков В.А.,
2019

АТТЕСТАЦИЯ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОЦЕДУРЫ, ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ. ИТОГИ 2018 ГОДА

Рупчева И. Н.,

к.м.н., врач-методист Учебного центра
БУ «Медицинский информационно-аналитический центр»

Основной целью аттестации медицинских и фармацевтических работников в России является оценка профессиональных качеств врача и способности выполнять служебные обязанности в связи с занимаемой должностью. Это способствует максимально эффективной и рациональной расстановки кадров с учетом мастерства специалиста, опыта, сложности выполняемых им работ. Как следствие – усовершенствование деятельности медицинских организаций и улучшение оказания медицинской помощи населению.

Ключевые слова: аттестация медицинских и фармацевтических работников, квалификационная категория, соответствие занимаемой должности

Что такое аттестация

1. Аттестация медицинских работников на категорию – это право, а не обязанность.
2. Аттестация – это не повышение квалификации.
3. Аттестация – это не допуск к профессиональной деятельности.
4. Квалификационная категория – это не стажевая надбавка, а оценка результатов деятельности специалиста и определение квалификации работника с целью выявления их соответствия занимаемой должности.
5. Наличие квалификационной категории дает специалисту определенные преимущества, в том числе материального характера.

В настоящее время действует Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013 № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».

Приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – Депздрава Югры) от 20.06.2012 N 2-нп «Об утверждении административного регламента по предоставлению государственной услуги «Присвоение квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

Вторая квалификационная категория

- иметь теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности;
- использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;
- ориентироваться в современной научно-технической информации, владеть навыками анализа количественных и качественных показателей работы, составления отчета о работе;
- иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее трех лет.

Первая квалификационная категория

- иметь теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности и смежных дисциплин;
- использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;
- уметь квалифицированно провести анализ показателей профессиональной деятельности и ориентироваться в современной научно-технической информации;
- участвовать в решении тактических вопросов организации профессиональной деятельности;

- иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее пяти лет.

Высшая квалификационная категория

- иметь высокую теоретическую подготовку и практические навыки в области осуществляемой профессиональной деятельности, знать смежные дисциплины;
- использовать современные методы диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и владеть лечебно-диагностической техникой в области осуществляемой профессиональной деятельности;
- уметь квалифицированно оценить данные специальных методов исследования с целью установления диагноза;
- ориентироваться в современной научно-технической информации и использовать ее для решения тактических и стратегических вопросов профессиональной деятельности;
- иметь стаж работы по специальности (в должности) не менее семи лет.

Аттестация проводится один раз в пять лет

Присвоенная квалификационная категория действительна на всей территории Российской Федерации в течение пяти лет со дня издания распорядительного акта о присвоении.

Специалисты могут претендовать на присвоение более высокой квалификационной категории не ранее чем через три года со дня издания распорядительного акта о присвоении квалификационной категории.

При переквалификации стаж специалиста по вновь полученной специализации отчитывается от момента работы по новой специальности.

Состав аттестационных комиссий

Аттестационная комиссия состоит из Координационного комитета, осуществляющего функции по организации деятельности аттестационной комиссии, включая обеспечение деятельности аттестационной комиссии в перерывах между заседаниями экспертных групп по специальностям, осуществляющих аттестацию специалистов в части рассмотрения документов и проведения квалификационного экзамена.

Функции координационного комитета:

- организация деятельности аттестационной комиссии;
- координация работы Экспертных групп;
- определение места проведения заседаний Экспертных групп;
- определение способов, методов и технологий оценки квалификации специалистов;
- рассмотрение необходимости использования вариативных способов аттестации: дистанционная с использованием телекоммуникационных технологий (далее – дистанционная аттестация), выездное заседание;
- направление в орган государственной власти предложений по проведению выездного заседания Экспертной группы или дистанционной аттестации, число специалистов, желающих пройти аттестацию, наличие оборудованных помещений, возможность соблюдения требований, установленных настоящим Порядком;
- подготовка и направление на утверждение в орган государственной власти или организацию, создавшие аттестационную комиссию, проекта распорядительного акта органа государственной власти или организации о присвоении специалистам, прошедшим аттестацию, квалификационных категорий;
- организация рассмотрения спорных вопросов, в том числе в случае несогласия специалиста с решением Экспертной группы, и принятие по ним решений;
- ведение делопроизводства аттестационной комиссии.

Функции экспертных групп:

- рассматривают документы, представленные специалистами;
- готовят заключения по отчетам;
- проводят тестовый контроль знаний и собеседование;
- принимают решения по вопросам присвоения квалификационной категории специалистам.

Основной формой деятельности аттестационной комиссии являются заседания.

Заседания Комитета проводятся при необходимости по решению председателя Комитета, заседания Экспертных групп проводятся согласно утверждённому графику.

Комитет и Экспертные группы самостоятельно определяют порядок ведения своих заседаний и деятельности в перерывах между заседаниями.

Заседание Комитета или Экспертной группы считается правомочным, если на нем присутствует более половины членов Комитета или Экспертной группы.

Решение Комитета и Экспертной группы принимается открытым голосованием простым большинством голосов присутствующих на заседании членов Комитета или Экспертной группы. В случае равенства голосов голос председательствующего на заседании Комитета или Экспертной группы является решающим.

Специалисты, изъявившие желание пройти аттестацию для получения квалификационной категории, представляют в аттестационную комиссию следующие документы:

Перечень и порядок предоставления необходимых квалификационных документов в Аттестационную комиссию Депздрава Югры для присвоения квалификационной категории.

Документы вкладываются в папку-скоросшиватель с прозрачной обложкой без файлов и предоставляются в аттестационную комиссию в следующем порядке:

1. Личное заявление (на имя председателя Координационного комитета Аттестационной комиссии).

2. Аттестационный лист (заполняется в печатном виде и заверяется отделом кадров организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист).

3. Протокол предаттестационного контроля (для оформления нужно воспользоваться приказом о предаттестационном контроле от 01.12.2015 № 1433 «Об организации предаттестационного контроля в медицинских организациях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»).

4. Отчет о профессиональной деятельности специалиста (должен содержать анализ своей деятельности, включая описание выполненных работ, данные о рационализаторских предложениях, выводы специалиста о своей профессиональной деятельности, предложения по ее усовершенствованию).

Отчет специалиста с высшим профессиональным образованием предоставляется за последние 3 (три) года своей работы, подписывается специалистом, заведующим организационно-методическим отделом учреждения, заведующим структурным подразделением, в котором специалист работает, заместителем главного врача по профилю деятельности (для заведующих структурными подразделениями).

Отчет специалиста со средним профессиональным образованием и высшим сестринским образованием предоставляется за 1 (один) год своей работы, подписывается специалистом, старшей медицинской сестрой, заведующим структурным подразделением, в котором специалист работает, главной медицинской сестрой или заместителем главного врача по управлению сестринской деятельностью (для старших медицинских сестер).

Если в отчетный период специалист работал в нескольких организациях, то должно быть представлено либо несколько отчетов за все организации с утверждением руководителей организации на всех титульных листах, либо один отчет за работу во всех организациях за отчетный период и с утверждением всех руководителей организаций на титульном листе.

5. Заверенные копии необходимых документов для получения квалификационной категории:

- 5.1. Диплом о базовом высшем или среднем профессиональном образовании;
- 5.2. Диплом о профессиональной переподготовке (при необходимости);
- 5.3. Копии документов о профессиональном образовании (диплом, интернатура, ординатура, аспирантура – для высшего профессионального образования, диплом – для среднего профессионального образования);
- 5.4. Удостоверение или свидетельство о повышении квалификации по программе общего усовершенствования в течение последних 5-ти лет по состоянию на дату регистрации квалификационных документов;
- 5.5. Копия действующего сертификата специалиста (с момента выдачи 5 лет);
- 5.6. Копии документов, подтверждающие ученую степень (при необходимости);
- 5.7. Выписка из приказа о последней имеющейся квалификационной категории,

заверенная отделом кадров организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист;

- 5.8. Копия трудовой книжки, заверенная по листно. Последней записью должна быть запись с указанием даты «В данной должности работает по настоящее время»;
- 5.9. В случае изменения Ф.И.О. предоставить копию документа, подтверждающего факт изменения;
- 5.10. Справка о совместительстве или лечебной работе, заверенная отделом кадров организации, осуществляющей медицинскую или фармацевтическую деятельность, работником которой является специалист (при необходимости);
- 5.11. Копия приказа о декретном отпуске (при необходимости).

Документы направляются посредством почтовой связи или предоставляются лично специалистом не позднее четырех месяцев до окончания срока действия имеющейся квалификационной категории, в противном случае квалификационный экзамен может быть проведен позднее даты окончания срока действия имеющейся квалификационной категории.

Условия отказа приема документов аттестационной комиссией

В случае отсутствия предусмотренных настоящим Порядком документов, необходимых для рассмотрения аттестационной комиссией вопроса о присвоении специалисту квалификационной категории, неправильно оформленного заявления или аттестационного листа специалиста ответственный секретарь Комитета в течение семи календарных дней со дня регистрации документов сообщает специалисту об отказе в принятии документов с разъяснением причины отказа.

По результатам устранения оснований, послуживших причиной отказа в принятии документов, специалист вправе повторно направить документы в аттестационную комиссию.

Не позднее четырнадцати календарных дней со дня регистрации документов председатель Комитета определяет Экспертную группу для проведения аттестации и направляет председателю Экспертной группы поступившие документы.

Не позднее тридцати календарных дней со дня регистрации документов Экспертной группой проводится их рассмотрение, утверждается заключение на отчет и назначается дата и место проведения собеседования.

Решение Экспертной группы о назначении даты и места проведения собеседования доводится до специалиста посредством размещения соответствующих сведений на официальном сайте в сети Интернет (www.dzhmao.ru), а также рассылкой руководителям медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Тестовый контроль знаний и собеседование проводятся не позднее семидесяти календарных дней со дня регистрации документов.

Тестовый контроль знаний предусматривает выполнение специалистом тестовых заданий и признается пройденным при условии успешного выполнения не менее 70 % общего объема тестовых заданий.

Собеседование проводится членами Экспертной группы по теоретическим и практическим вопросам профессиональной деятельности специалиста при условии успешного прохождения им тестового контроля знаний.

По результатам квалификационного экзамена Экспертная группа принимает решение о присвоении или об отказе в присвоении специалисту квалификационной категории.

Решение Экспертной группы об отказе в присвоении специалисту квалификационной категории принимается по следующим основаниям:

- наличие в заключении на отчет отрицательной оценки теоретических знаний или практических навыков специалиста, необходимых для получения заявляемой им квалификационной категории;
- наличие неудовлетворительной оценки по итогам тестового контроля знаний;
- неявка специалиста для прохождения тестового контроля знаний или собеседования.

В течение 5 календарных дней с момента подписания протокола Экспертной группы, оформленный протокол, содержащий решения о присвоении или об отказе в присвоении квалификационных категорий, направляется председателем Экспертной группы в Комитет.

Не позднее 90 календарных дней со дня регистрации документов Комитет подготавливает и представляет к утверждению приказ Депздрава Югры о присвоении специалистам, прошедшим аттестацию, квалификационных категорий.

Не позднее 110 календарных дней со дня регистрации документов Депздрав Югры издает приказ о присвоении специалистам, прошедшим аттестацию, квалификационной категории.

Не позднее 120 календарных дней ответственный секретарь аттестационной комиссии направляет посредством почтовой связи или выдает на руки специалисту выписку из приказа Депздрава Югры о присвоении ему квалификационной категории.

Решение аттестационной комиссии может быть обжаловано в органе государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, в течение одного года с даты принятия аттестационной комиссией обжалуемого решения.

Проблемные ситуации, выявленные при оформлении документов

- Недостаточно стажа для присвоения квалификационной категории (рекомендация на вторую квалификационную категорию, а стаж работы, например, 2 года 9 месяцев).

- Досрочная аттестация (ранее трех лет со дня издания приказа о присвоении предыдущей квалификационной категории).
- Аттестационный лист не подписан и нет печати организации.
- Незнание работниками наименования специальности, по которой проводится аттестация.
- Указаны недостоверные статистические данные.
- Большое количество грамматических ошибок.

Выявленные проблемы при собеседовании со специалистами

- Низкая стрессоустойчивость.
- У некоторых специалистов отсутствует культура общения.
- Внешний вид не соответствует медицинскому работнику.
- Трудности при ответе на вопросы, отраженные в аттестационном отчете.
- Незнание действующих нормативно-правовых актов.
- Низкое качество знаний современных стандартов диагностики и лечения заболеваний – незнание новинок фармацевтического рынка.

Основные показатели работы Аттестационной комиссии (1-8 ЭГ) за 2018 год

Проведено заседаний экспертных групп • **146**



Количество аттестованных специалистов

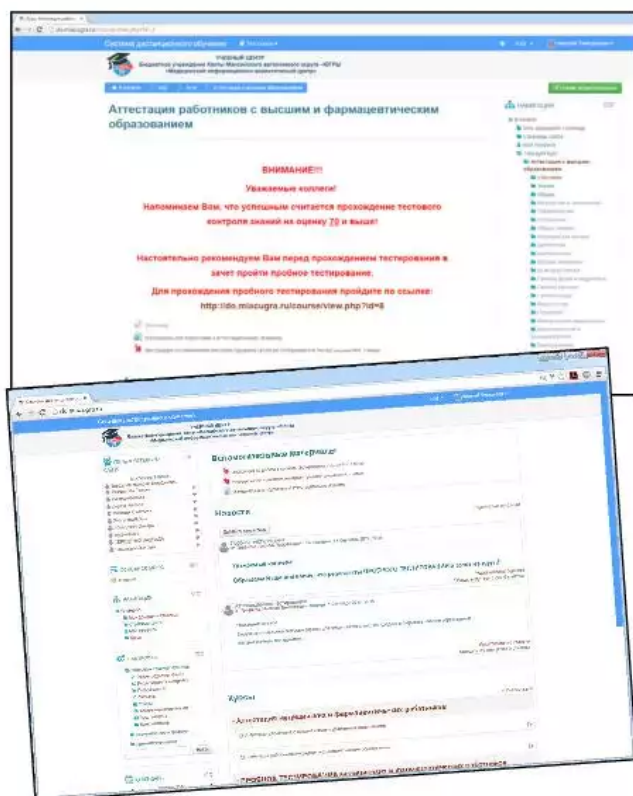
• 3928, из них 958 специалистов с высшим образованием и 2970 специалистов со средним образованием



Система On-line тестирования

Внедрение осуществлено на базе системы дистанционного обучения Moodle по адресу <http://do.miasugra.ru>.

• Администрирование системы осуществляется работниками Учебного центра.



Организация тестового контроля знаний для медицинских организаций осуществляется с 2015 года. Для оптимизации работы в системе разработаны иллюстрированные инструкции, позволяющие пользователям, не имеющим достаточного опыта использования компьютерных и интернет-технологий, беспрепятственно проходить данную процедуру.

Формат проведения заседаний АК

Заседания аттестационной комиссии с 2017 года проводятся посредством информационно-коммуникационных технологий, что позволяет существенно экономить рабочее время, транспортные расходы, как специалистов, изъявивших желание пройти аттестацию, так и иногородних членов-экспертов Аттестационной комиссии Депздрава Югры.

© Рупчева И.Н., 2019

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСТЕОПОРОЗА И БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Третьякова Н.Ю.,

К.М.Н., онколог

БУ «Няганская городская поликлиника»

Снижение минеральной плотности кости (МПК) у больных раком молочной железы (РМЖ) в пременопаузе выявляется в 66% случаев ($p=0,006$), а болевой синдром в 76,8% случаев ($p=0,001$). Сниженная МПК чаще наблюдается у пациенток, которым проведено комплексное лечение, включающее химиотерапию и гормонотерапию, с наступлением искусственной менопаузы ($p<0,01$). При этом наибольшая скорость потери МПК наблюдалась после аднексэктомии (7,2%). Данным пациенткам следует рекомендовать проведение остеоденситометрии для своевременной диагностики и фармакологической коррекции остеопороза.

Ключевые слова: рак молочной железы, минеральная плотность кости, болевой синдром, качество жизни

Цель работы

Изучить новые подходы к ранней диагностике потерь минеральной плотности кости у больных РМЖ в пременопаузе и взаимосвязь потерь минеральной плотности кости с выраженностью болевого синдрома.

Материалы и методы

В основу работы положены результаты исследований на базе лечебных учреждений Окружного онкологического центра БУ «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска, БУ «Няганская окружная больница» и БУ «Няганская городская поликлиника» г. Нягань. Методом сплошной выборки сформированы группы наблюдения с учетом критериев включения и исключения. Основная группа – больные РМЖ с регулярным менструальным циклом (средний возраст $43+6,4$ года). Группу сравнения – здоровые женщины репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом (средний возраст $42+4,9$ года).

В контрольной группе снижение МПК наблюдалось в 6 случаях, что составило 11,1%. На фоне специального лечения по поводу РМЖ основной группы у 37 (66%) пациенток из 56 наступила аменорея. Из них у 12 (21,4%) больных аменорея была связана с выключением функции яичников: 4 (7%) пациентки прооперированы в объеме овариэктомии при наличии положительных эстрогеновых (ЭР) и прогестероновых рецепторов (ПР), а 8-ми (14,3%) па-

циенткам проводили постоянную терапию гонадотропин-релизинг гормонами (ГНРГ). У 25 (44,6%) больных менопауза наступила на фоне химиотерапии. Гормонотерапия антиэстрогенами была назначена 37 (92,5%) пациенткам РМЖ, из них 15 (40,5%) в последующем переведены на гормонотерапию 2 линии в связи с побочными действиями антиэстрогенов. При этом наступление менопаузы являлось основным условием для назначения ингибиторов ароматазы [3,7].

Результаты

У больных РМЖ основной группы до лечения снижение МПК наблюдалось в 11 (19,6%) случаях, после проведения 4-6 курсов неoadъювантной полихимиотерапии (НАПХТ) – в 11-ти (52,4%) из 21-го случая, а через полгода после проведенного лечения – в 37 (66%) случаях появилось снижение МПК (рис. 1).

Среднее значение минеральной плотности костной ткани у больных РМЖ основной группы в исследовании до лечения составило $-0,12+0,16$ г/см², а через 6 месяцев после проведенного лечения средний показатель МПК составил $-0,97+0,16$ г/см². Нами установлено достоверное снижение МПК у больных РМЖ после проведенного специального лечения ($p=0,0001$). Это связано с более частым обоснованным назначением полихимиотерапии, ГНРГ, аднексэктомии и гормонотерапии у данной категории больных –

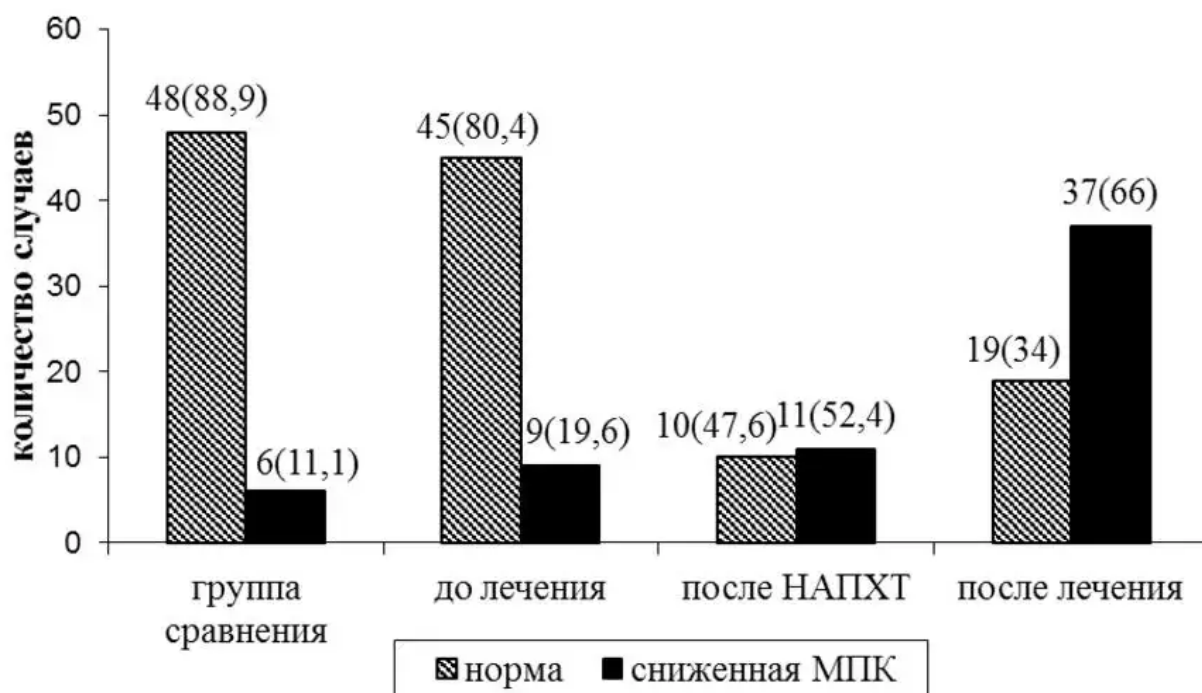


Рис. 1. Распределение женщин основной группы (абс. число и %) по результатам ОДМ на фоне специального лечения РМЖ

ввиду биологии опухолевого процесса, молодого возраста и быстрым прогрессированием заболевания, а также стадии онкологического процесса на фоне чего возникает аменорея. При этом у больных РМЖ с факторами риска остеопороза, такими как курение и наследственность, выявлена сниженная МПК [1,2,4].

У пациенток на фоне приема тамоксифена отмечалось снижение плотности костной ткани на 2,3% в течение 6 месяцев, приема гормонотерапии и ГНРГ – 3,5%, возникновение менопаузы на фоне химиотерапии – 5,2%, наиболее выраженное снижение у пациенток после аднексэктомии – 7,2%.

Таким образом, специальное лечение рака молочной железы является одним из важных факторов риска развития остеопороза и приводит к более быстрому снижению МПК, по сравнению с естественной потерей костной ткани, которое наиболее выражено у больных после аднексэктомии.

В проведенном исследовании проводилась количественная и качественная оценка костной боли с использованием международного Мак-Гилловского болевого опросника. Особенности синдрома оссалгии в группах больных РМЖ и контроля представлены в виде рангового индекса боли (РИБ) и частоты выбранных дескрипторов (ЧВД) боли в таблице 1.

Таблица 1

Значения параметров шкалы Мак-Гилловского болевого опросника у больных РМЖ

Показатель	РИБ до лечения	РИБ после лечения	ЧВД до лечения	ЧВД после лечения
Основная группа (n=56)	1,25±0,37	15,07±1,83*	0,8±0,24	7,52±0,82*
Дополнительная группа (n=47)	6,62±1,51	27,93±2,97*	1,91±0,51	8,89±0,84*

*- достоверность различия между группами до и после лечения (p<0,05)

Опросник боли Мак-Гилла

Сенсорная шкала	Аффективная шкала	Эвалюативная шкала
<i>Какими словами Вы можете описать свою боль?</i>	<i>Какое чувство вызывает боль, какое воздействие оказывает на психику</i>	<i>Как Вы оцениваете свою боль?</i>
(1) 1. пульсирующая. 2. схватывающая. 3. дергающая, 4. стягивающая. 5. колющая. 6. долбящая.	(14) 1. утомляет. 2. изматывает	(20) 1. слабая
(2) подобна: 1. электрическому разряду. 2. удару тока. 3. выстрелу	(15) вызывает чувство: 1. тошноты. 2. удушья	2. умеренная
(3) 1. колющая. 2. впивающаяся. 3. буравящая. 4. сверлящая. 5. пробивающая	(16) вызывает чувство: 1. тревоги. 2. страха. 3. ужаса	3. сильная
(4) 1. острая. 2. режущая. 3. полосующая	(17) 1. угнетает. 2. раздражает. 3. злит. 4. приводит в ярость. 5. приводит в отчаяние	4. сильнейшая
(5) 1. давящая. 2. сжимающая. 3. щемящая. 4. стискивающая. 5. раздавливающая	(18) 1. обессиливает. 2. ослепляет	5. невыносимая
(6) 1. тянущая. 2. выкручивающая. 3. вырывающая	(19) 1. боль-помеха. 2. боль-досада. 3. боль-страдание, 4. боль-мучение. 5. боль-пытка	
(7) 1. горячая. 2. жгучая. 3. ошпаривающая. 4. палящая		
(8) 1. зудящая. 2. щиплющая. 3. разъедающая. 4. жалящая		
(9) 1. тупая. 2. ноющая. 3. мозжащая. 4. ломящая. 5. раскалывающая		
(10) 1. распирающая. 2. растягивающая. 3. раздражающая. 4. разрывающая		
(11) 1. разлитая. 2. распространяющаяся. 3. проникающая. 4. пронизывающая		
(12) 1. царапающая. 2. саднящая. 3. дерущая. 4. пилящая. 5. грызущая		
(13) 1. немая. 2. сводящая. 3. леденящая		

У больных РМЖ основной группы до лечения РИБ и ЧВД боли практически не отличались от группы здоровых женщин. Степень болевого синдрома наиболее выражена у больных РМЖ дополнительной группы до проведенного лечения (РИБ 6,62±1,51 и ЧВД 1,91±0,51). После проведенного лечения показатели меняются в сторону увеличения РИБ и ЧВД боли как у больных РМЖ в пременопаузе (15,07±1,83 и 7,52±0,82), так и в постменопаузе (27,93±2,97 и 8,89±0,84; p=0,001).

У больных РМЖ и группы сравнения проведено исследование крови на биохимические

маркеры остеопороза (ОП), которые позволяют проводить более полную диагностику ОП и используются для оценки активности костного обмена [5,6].

Уровни маркеров костеобразования были значительно и достоверно выше у больных РМЖ основной группы после проведенного специального лечения. Так, С-телопептиды у больных остаются в пределах нормы, но выше, чем в группе контроля 0,47±0,04 нг/мл (p=0,0001). При анализе лабораторных показателей у больных РМЖ основной группы на фоне проведенного лечения не было выявлено

”

Сегодня мы – это 196 человек, объединенных между собой не только одинаковой записью в трудовой книжке о месте работы, но и чистой и искренней любовью к своему учреждению, здоровой и красивой улыбке!

”



**Добровольский
Алексей Альбертович**
директор Департамента
здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

Из стоматологического кабинета окружной клинической больницы 1984 года учреждение к 2002 году стало площадкой для развития информационных технологий в стоматологии всего региона. Вы – пример высокого профессионализма, компетентности, целеустремленности для нынешнего поколения сотрудников.

Желаю вам сохранять высокую планку оказания медицинских услуг и перенимать мировой опыт инновационных технологий в стоматологии, вести работу на опережение, открывая всё новые горизонты, использовать современные научные разработки, о которых еще пару десятилетий назад мы и мечтать не могли!



**С 35-летним юбилеем,
Ханты-Мансийская клиническая
стоматологическая поликлиника!**



Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» является центром организационно-методической и консультативной работы среди учреждений автономного округа, оказывающих

стоматологическую помощь, и осуществляет координацию мероприятий по профилактике и лечению основных стоматологических заболеваний с органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора, образования, общественными организациями и т.п.



1 апреля 1984 года стоматологическое отделение окружной больницы города Ханты-Мансийска реорганизовано в стоматологическую поликлинику!

достоверных различий при увеличении пациенток со сниженной МПК ($p > 0,05$).

Также проведен анализ биохимических маркеров костного ремоделирования пациентам, которые до лечения имели нормальные показатели МПК, а после лечения – ее снижение. Выявлено повышение уровня С-телопептидов с $0,47 \pm 0,04$ до $0,72 \pm 0,12$ нг/мл ($p = 0,036$), а также имеется повышение остеокальцина, как важного биохимического маркера на фоне возникшего гормонального дефицитного состояния пациенток с $19,23 \pm 2,19$ до $24,97 \pm 3,91$ нг/мл, однако достоверного изменения его значений выявлено не было ($p = 0,184$).

Исследование биохимических маркеров проводится для оценки состояния процессов костного ремоделирования, а также эффективности проводимого лечения. Они помогают исключить заболевания, сходные с ОП. При наличии ОП лабораторная диагностика показана всем женщинам.

Нами получены статистически значимые результаты взаимосвязи сниженной МПК с болевым синдромом у пациенток РМЖ основной группы ($p < 0,01$) на фоне проведенного лечения (рисунок 2), наблюдается сильная прямая корреляционная зависимость ($P = 0,875$).

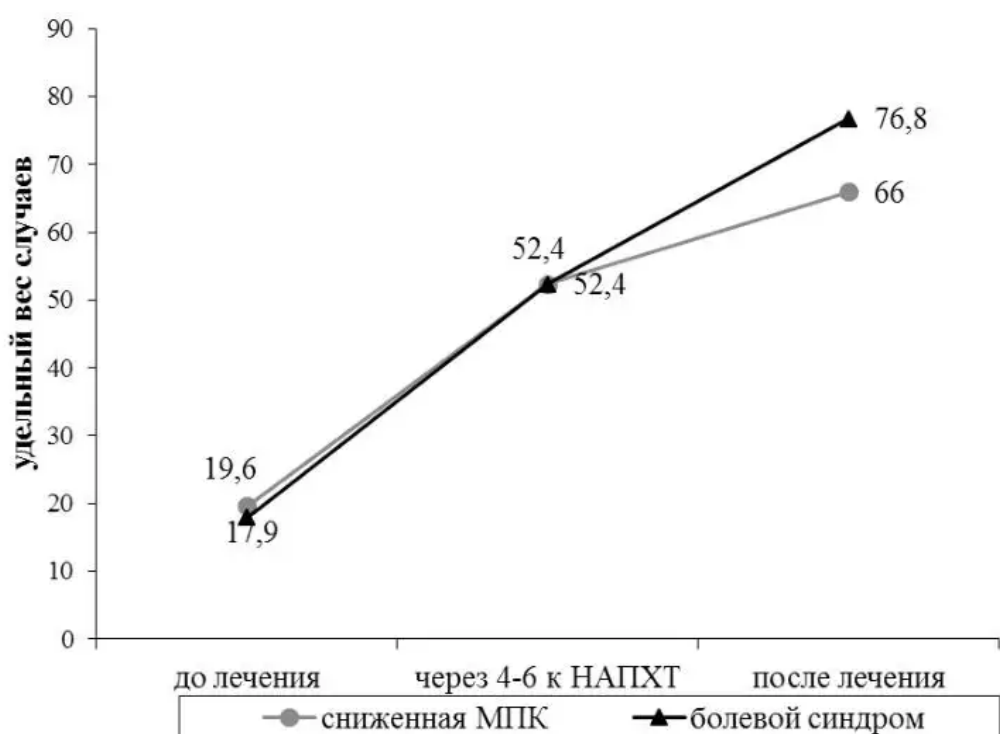


Рис. 2. Соотношение сниженной МПК и болевого синдрома у больных РМЖ основной группы (в %) на фоне проведенного специального лечения

На фоне проведенного специального лечения у больных РМЖ дополнительной группы через 6 месяцев достоверно увеличивается количество случаев развития ОП и ОПе на фоне появления и (или) усиления болевого синдрома ($p < 0,01$), отмечена сильная прямая корреляционная зависимость ($P = 1$).

Противоостеопоротическая терапия, назначенная больным РМЖ, на фоне специального лечения позволяет не только улучшить качество жизни пациентов, уменьшив болевой синдром в костях, но и предотвратить дальнейшие

потери минеральной плотности костной ткани, что является главной целью лечения и профилактики остеопороза.

Заключение

Снижение у больных РМЖ в менопаузе после комплексного лечения выявляется в 66% случаев, а болевой синдром в 76,8% случаев, что подтверждено статистически ($p < 0,01$). Имеется сильная прямая корреляционная зависимость появления болевого синдрома от степени снижения МПК до и после проведенного лечения ($P = 0,875$).

Этим пациенткам следует рекомендовать проведение остеоденситометрии для своевременной диагностики и фармакологической коррекции остеопороза [8].

Литература

1. Багрова, С.Г. Остеопороз в онкологической практике: современные подходы к лекарственной коррекции // Онкогинекология. – 2015. – №1. – С. 55-62.
2. Баранова, И.А. Исследование минеральной плотности кости, костных биохимических маркеров и переломов на большой выборке взрослых больных муковисцидозом в РФ // Боль. Суставы. Позвоночник. – 2012. – №4 (08). – С. 18-20.
3. Дыдыкина, И.С., Дыдыкина П.С., Муравьев Ю.В. Клинические рекомендации «Остеопороз. Диагностика, профилактика, лечение» – 10 лет на службе охраны здоровья людей // Практическая медицина. – 2015. – 3(88). – С. 100-104.
4. Захаров, И.С. Лучевая диагностика остеопороза – современное состояние проблемы // Поли-травма. – 2015. – №1. – С. 69-73.
5. Кожарская, Г.В. Клиническое значение маркеров костного метаболизма у больных раком молочной железы: автореф. дис. канд. мед.наук. – М., 2015. – 23 с.
6. Лесняк, О.М. Клинические рекомендации по профилактике и ведению больных с остеопорозом // Ярославль: Литера. – 2012.
7. Онкология. Национальное руководство / Под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 576 с.
8. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO) / Под редакцией: В.М. Моисеенко. – М. Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», 2018. – С. 390-393.

© Третьякова Н.Ю., 2019

ПОСТМОРТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

Кузьмичев Д.Е.,заведующий Восточным отделом – врач – судебно-медицинский эксперт,
секретарь Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»**Скребов Р.В.,**ВРИО начальника, врач – судебно-медицинский эксперт,
председатель Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»**Шакиров И.И.,**заместитель начальника по организационно-методической работе
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,**Вильцев И.М.,**заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе»
врач – судебно-медицинский эксперт Восточного отдела
КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

В статье озвучена проблема исследования умерших с заболеванием аневризма аорты, ее смертельные осложнения, приведена статистика умерших за 2016, 2017 и 2018 года от данной патологии на территории Восточного отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Случаи из практики.

Ключевые слова: аневризма аорты, осложнения, диспансеризация, статистика Восточного отдела

Аневризма аорты – патологическое выпячивание или локализованное диффузное расширение ее стенки вследствие нарушения нормального строения. Это определение не относится к расслаивающей аневризме аорты, представляющей собой образование добавочной полости в результате расслоения стенки сосуда, которая сообщается с просветом аорты. Аневризмы грудной части аорты встречаются в 0,9 – 1,15% случаев всех исследований, в 3–7 раз чаще у мужчин, чем у женщин. Летальность через 3 года после ее клинического обнаружения составляет 34,5%, через 5 лет число летальных исходов, по данным различных авторов колеблется в пределах 54 – 65%. По данным А.В. Покровского (1998) летальность в течение 2 месяцев после выявления расслаивающей аневризмы аорты у пациентов составляет 90%. При исследованиях трупов аневризма аорты встречается довольно редко, в пределах 1,5-3,0% из всех аутопсий (Шойхет Я.Н., Хорев Н.Г., 2009). Из них частота встречаемости аневризм различной локализации примерно следующая: аневризмы брюшной части аорты составляют 37% случаев, восходящего отдела аорты – 24%,

дуги аорты – 19,5%, нисходящего отдела грудной аорты – 19,5%.

Аневризма аорты считается более опасна, чем инсульт. Даже в США, в стране с развитой медициной, от разрывов аорты погибает более 15 тысяч человек ежегодно, из них половина – до приезда «скорой помощи». Аневризма аорты – это десятое место среди всех причин смерти мужчин пожилого возраста. Опасность аневризмы зависит от ее диаметра. Так, при диаметре выпячивания около 4 см, смертность будет составлять 5% в год, а если диаметр увеличен до 9 см – вероятность смертности увеличивается до 80% в год. Аневризма аорты по праву внесена в список наиболее опасных состояний, которые могут приводить к практически моментальной смерти. Коварство этого заболевания заключается в том, что больной длительное время может даже не подозревать о его наличии.

Статистический анализ проводился в Восточном отделе КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» без учета смертности, относящейся к компетенции патологоанатомических служб или случаев, которые прошли без судеб-

но-медицинского или патологоанатомического исследования. К Восточному отделу КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» относятся филиалы, расположенные в г.г. Радужный, Мегион, Лангепас, Покачи, Нижневартовск и Нижневартовский район. Численность населения в Восточном отделе составляет около 500 тысяч человек. Период интересующего времени составил 2016, 2017 и 2018 года.

За указанный период времени в Восточном отделе КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» всего исследован 21 умерший с нетравматическими разрывами аорты, осложнениями во всех случаях было кровотечение. Информация по городам:

В г. Нижневартовске:

- в 2016 году исследовано 7 умерших с аневризмами аорты, из них 5 женщин и 2 мужчин. По возрастному параметру – 2 женщины старше 60 лет, остальные трудоспособного возраста;

- в 2017 году исследовано 4 умерших с аневризмами аорты, из них 3 мужчин, 1 женщина. По возрастному параметру – 1 мужчина старше 60 лет, остальные трудоспособного возраста;

- в 2018 году исследовано 5 умерших с аневризмами аорты, из них 4 мужчин, 1 женщина. По возрастному параметру – 2 мужчин старше 60 лет, остальные трудоспособного возраста.

В г. Лангепасе:

- в 2016 году исследована 1 умершая женщина с аневризмой аорты, старше 60 лет;

- в 2017 году исследован 1 умерший мужчина с аневризмой аорты, трудоспособного возраста;

- в 2018 году исследован 1 умерший мужчина с аневризмой аорты, трудоспособного возраста.

В г. Мегионе:

- в 2016 году случаев не зарегистрировано;

- в 2017 году исследован 1 умерший мужчина с аневризмой аорты, старше 60 лет;

- в 2018 году исследована 1 умершая женщина с аневризмой аорты, трудоспособного возраста.

В г.г. Радужный и Покачи за указанный период времени случаев не зарегистрировано.

Остановимся на некоторых морфологических особенностях, которые встретились в практической деятельности судебно-медицинской экспертизы Югры и нам показались интересными в профессиональном смысле.

Случай № 1.

На исследование доставлен мужчина 34 лет, в анамнезе работа в нефтяной сфере на протяжении 10 лет, периодические медицинские осмотры, какие-либо хронические заболевания, состояния в медицинской документации отсутствовали, со слов родственников «особо не болел». В ходе секционного исследования были установлены следующие морфологические находки. Кожный покров и трупные пятна были бледные, не насыщенные, трупное окоченение резко выражено. В плевральных полостях была темно-красная жидкая кровь общим объемом 2400 мл. В нисходящей части дуги аорты установлен полный поперечный разрыв стенки аорты с волнистыми, с расслоением краями, при сопоставлении частей аорты определялось мешкообразное расширение с тонкой стенкой, размерами 11x7x3,8 см (аневризма), нарушения кровообращения в органах и тканях в виде неравномерного кровенаполнения и малокровия. Гистологические изменения подтвердили макроскопическую картину.

Случай № 2.

Катамнестические данные схожи с вышеописанным примером, за исключением того, что мужчине был 41 год. Патоморфологически особенностями стали следующие признаки. Кожные покровы резко бледные, трупные пятна бледные ненасыщенные островчатые, трупное окоченение значительно выражено во всех мышцах групп, в брюшной полости 450 мл темно-красной жидкой крови и небольшое количество темно-красных рыхлых кровяных свертков; на стенке брюшной части аорты в 32 см от дуги аорты имелось мешотчатой формы расширение стенки на протяжении 12,5 см с косоперечным разрывом длиной 5 см, на всю толщину стенки аорты, забрюшинная клетчатка обильно и сочно пропитана темно-красной кровью. Микроскопически: в препаратах аорты участки утолщения стенки за счет избыточного содержания соединительной ткани, а также участки истончения с расслоением волокон и надрывом волокон, густая круглоклеточная инфильтрация медиальной оболочки сосуда, разлитое инфильтрирующее кровоизлияние в парааортальную клетчатку с наложением фибрина.

На основании макроскопической и гистологической картины, с учетом дифференциального подхода нами в обоих случаях установлен окончательный судебно-медицинский диагноз «Аневризма аорты с расслоением стенок и разрывом», которые осложнились «Обильной кровопотерей», от которой и произошла смерть на фоне мнимого благополучия.

Выводы

Таким образом, за указанный период – 2016, 2017 и 2018 года в Восточном отделе КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» исследован 21 умерший с нетравматическими разрывами аорты, в результате, которого наступила смерть. По годам наблюдается относительно стабильная тенденция с подобной патологией, по гендерной принадлежности преобладают мужчины трудоспособного возраста.

В связи с тем, что данная патология, через свои закономерные осложнения приводит к летальным исходам или к инвалидизации, оба случая из практики представляют клинико-морфологический интерес как для врачей-клиницистов в вопросах своевременной диагностики и лечения, в том числе в ходе проведения медицинских профилактических осмотров (в данных конкретных примерах обращает на себя внимание дефицит обследования больного – отсутствие УЗИ сердца, компьютерной томографии, ангиографии, скудный сбор анамнестических данных и отсутствие выяснения факторов риска, которые имеют принципиальное жизненно важное значение в своевременной диагностике и лечении таких пациентов), так и для врачей – морфологов как секционные находки, знание и умение диагностики заболеваний, их осложнений, понимания процессов танатогенеза.

С целью исключения или минимизирования таких летальных исходов необходимо проведение совместных клинико-анатомических

конференций с участием врачей как морфологического, так и клинического звена. В ходе, которых детально и тщательно будет проводиться разбор каждого летального случая, выяснение этиологии, патогенеза и патоморфологии заболевания, сравнение клинических симптомов, результатов диагностических мероприятий и лечения с морфологическими изменениями в органах и тканях. Оба вышеописанных случая не разбирались с врачом – судебно-медицинским экспертом, по независящим от нас причинам.

Совместная работа клинициста и морфолога будет положительно влиять на профилактику, своевременную диагностику и правильное лечение пациентов, так как такая работа, хоть и является сложной, в значительной степени помогает более полноценно разобраться с течением заболеваний, отравлений, травм.

Литература

1. Кузьмичев, Д.Е., Чирков, С.В., Вильцев, И.М., Ильина, М.П. К вопросу диагностики аневризмы грудной части аорты // Проблемы экспертизы в медицине. – Ижевск. – 2013. – № 3 (51). – с. 40-42.
2. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Чирков, С.В. К проблеме ятрогенной патологии. Случай из практики // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – Новосибирск. – 2014. – выпуск 20. – с. 296-302.
3. Кузьмичев, Д.Е., Скребов, Р.В., Вильцев, И.М., Ильина, М.П. К вопросу дифференциальной диагностики аневризмы грудной аорты // Медицинская экспертиза и право – М. – 2014. – выпуск 4. – с. 56-59.
4. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Скребов, Р.В., Роль судебно-медицинской экспертизы в повышении качества лечебно-профилактической помощи населению // Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров России в XXI веке: Сборник докладов – том 3. Тюмень, 2016. – с. 140-145.

© Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Шакиров И.И., Вильцев И.М., 2019

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАНИБИЗУМАБА В ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Бархатова Е.П.,

врач-офтальмолог

БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Санторо Э.Ю.,

к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии

БУ ВО «Сургутский государственный университет»,

заведующий офтальмологическим отделением,

руководитель центра диабетической офтальмопатии

БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения ранибизумаба в лечении «влажной» формы возрастной макулярной дегенерации при разных типах хориоидальной неоваскуляризации.

Материал и методы. 32 пациента (33 глаза) с «влажной» формой ВМД, которым проводилось интравитреальное введение ранибизумаба: 1 группа (n=10) – с классической ХНВ, 2 группа (n=9) – с минимально классической ХНВ, 3 группа (n=14) – со скрытой ХНВ. До и после лечения всем пациентам проводились визометрия и оптическая когерентная томография. Критерии: максимально зарегистрированная острота зрения, признаки активности ХНВ.

Результаты. Средняя острота зрения увеличилась с 0,18 до лечения до 0,28 после лечения. Средняя толщина сетчатки в центральной зоне по данным оптической когерентной томографии до лечения составляла 403 мкм, после лечения – 262 мкм.

В группе пациентов с классической ХНВ после интравитреального введения ранибизумаба средняя острота зрения увеличилась на 0,04 и составила 0,15, толщина сетчатки в центральной зоне в среднем уменьшилась на 158 мкм. У пациентов с минимально классической ХНВ после лечения ранибизумабом средняя острота зрения увеличилась на 0,18 и составила 0,45, толщина сетчатки в среднем уменьшилась на 147 мкм. У пациентов со скрытой ХНВ (фиброваскулярной мембраной) средняя острота зрения увеличилась на 0,05 и составила 0,23, толщина сетчатки в среднем уменьшилась на 119 мкм.

Выводы. 1. Интравитреальное введение ранибизумаба – безопасный и эффективный метод лечения «влажной» формы ВМД. 2. Эффективность лечения «влажной» формы ВМД напрямую зависит от давности клинических проявлений и исходной остроты зрения. 3. Ранибизумаб эффективен при всех типах неоваскуляризации «влажной» формы ВМД, лучшие результаты лечения наблюдались при минимально классической ХНВ.

Ключевые слова: возрастная макулярная дегенерация (ВМД), ранибизумаб, хориоидальная неоваскуляризация (ХНВ)

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – хроническое прогрессирующее многофакторное заболевание, поражающее макулярную область сетчатки и являющееся основной причиной потери центрального зрения у пациентов старшей возрастной группы. В экономически развитых странах ВМД является лидирующей причиной инвалидности по зрению среди населения старше 65 лет. По результатам мета-анализа 39 популяционных исследований, охвативших 129 664 человека пяти этнических групп, в настоящее время в мире насчитывается приблизительно 64 миллиона пациентов с ВМД, к 2020 году ожидается 196 миллионов, к 2040 году – 288 миллионов [3].

«Влажная» форма ВМД встречается в 10% случаев, но именно она становится причиной резкой потери центрального зрения у 90% больных [1].

В патогенезе влажной формы ВМД ведущая роль принадлежит процессам старения сетчатки и мембраны Бруха под действием оксидативного стресса, с повреждением митохондрий и накоплением липофусцина, и хроническому локальному воспалению с вовлечением системы комплемента. В результате увеличивается продукция факторов роста, таких как фактор роста эндотелия сосудов (vessel endothelial growth factor, VEGF), способствующих развитию и прогрессированию хориоидальной неоваску-

ляризации (ХНВ). Новообразованные сосуды, окруженные фиброзной тканью, прорастают сквозь мембрану Бруха и вызывают пролиферацию или гибель клеток пигментного эпителия сетчатки (ПЭС) и нередко просачивание жидкости под пигментный эпителий (серозную отслойку ПЭС) или в толщу сетчатки с образованием псевдокист (кистозный макулярный отек). Иногда это сопровождается кровоизлияниями, что в итоге приводит к формированию дисциформного фиброзного рубца и снижению зрительных функций [4,5,6].

Ранибизумаб избирательно связывается с изоформами VEGF-A и предотвращает взаимодействие VEGF-A с его рецепторами на поверхности клеток эндотелия, что приводит к подавлению неоваскуляризации и пролиферации сосудов, позволяет добиться улучшения или стабилизации остроты зрения у большинства пациентов с влажной формой ВМД [8].

Эффективность ранибизумаба при возрастной макулярной дегенерации была показана в рандомизированных двойных слепых контролируемых многоцентровых клинических исследованиях III фазы (MARINA, ANCHOR, 2008) [7,9,10]. Исследования MARINA и ANCHOR позволили показать, что при ежемесячном интравитреальном введении ранибизумаба улучшение зрительных функций достигает плато к четвертому месяцу, а дальнейшее введение препарата по такой же схеме лишь повышает риск осложнений и делает лечение более дорогим. Таким образом, можно выделить фазу «загрузки», в течение которой вводится 3 дозы препарата с интервалом в 1 мес. для получения первичного ответа, и поддерживающую фазу, требующую менее частых инъекций в соответствии с варьруемым графиком.

Согласно модифицированной клинической классификации возрастной макулярной дегенерации (Балашевич Л.И., Измайлов А.С., Улитина А.Ю., 2011) [2] выделяют три формы хориоидальной неоваскуляризации: 1) преимущественно классическая ХНВ - субретинальная неоваскулярная мембрана, классический компонент занимает более 50% площади поражения; 2) минимально классическая ХНВ - субретинальная неоваскулярная мембрана, классический компонент занимает менее 50% площади поражения; 3) скрытая ХНВ без классического компонента – фиброваскулярная отслойка пигментного эпителия.

Цель

Оценить эффективность применения ранибизумаба в лечении «влажной» формы ВМД при разных типах хориоидальной неоваскуляризации.

Материал и методы

На базе офтальмологического отделения БУ «Сургутская окружная клиническая больница» был проведен ретроспективный анализ медицинской документации 32 пациентов (33 глаза) с «влажной» формой ВМД, получавших анти-VEGF-терапию в виде интравитреальных инъекций препарата ранибизумаб (луцентис). Оценивали возраст пациентов, наличие и частоту сопутствующей общей и глазной патологии, давность клинических проявлений «влажной» формой ВМД, рефракцию, максимально скорректированную остроту зрения, тип неоваскуляризации, площадь поражения, наличие отслоек пигментного эпителия и нейроэпителия (по данным оптической когерентной томографии).

Производились 3 «загрузочные» интравитреальные инъекции ранибизумаба 1 раз в месяц. Перед началом лечения и через месяц после каждого введения ранибизумаба проводилась оптическая когерентная томография, которая позволяла отслеживать динамику патологического процесса. Период наблюдения составил 9 месяцев.

Пациенты, у которых сохранялись признаки активности ХНВ после «загрузочных» инъекций, продолжали лечение по индивидуальному графику. Таким образом, количество инъекций препарата составило от 3 до 6. Введения ранибизумаба выполнялись в условиях глазной операционной под местной эпibuльбарной анестезией интравитреально в 4 мм от лимба в проекции плоской части цилиарного тела в дозе 0,5 мг.

Среди пролеченных пациентов 10 мужчин (31,3%), 22 женщины (68,7%). Возраст пациентов составил от 53 до 86 лет, средний возраст – 65,6 лет.

По типу неоваскуляризации были выделены 3 группы:

- классическая ХНВ – 10 глаз;
- минимально классическая ХНВ – 9 глаз;
- скрытая ХНВ – 14 глаз.

Пациенты с классической ХНВ имели исходную остроту зрения от 0,05 до 0,2 (средняя острота зрения – 0,11), исходная толщина сетчатки при данной стадии заболевания составила в среднем 448 мкм. Давность заболевания в этой группе пациентов составила от 6 месяцев до 4 лет (средняя – 2,3 года). У всех пациентов имелись признаки активности ХНВ (серозный или кистозный отек нейроэпителия, отслойка нейроэпителия, ретинальные геморрагии).

Пациенты с минимально классической ХНВ имели исходную остроту зрения от 0,09 до 0,7 (средняя острота зрения – 0,27), средняя толщина сетчатки до лечения составила 366 мкм. Давность заболевания в этой группе пациентов составила от 2 месяцев до 3 лет (средняя – 1,5 года). У 7 пациентов имелась серозная отслойка нейроэпителия, у 3 – кистозный отек нейроэпителия, геморрагий не было.

Пациенты со скрытой ХНВ (фиброваскулярной мембраной) имели исходную остроту зрения от 0,02 до 0,5 (средняя острота зрения – 0,18), среднюю толщину сетчатки – 399 мкм. Давность заболевания в этой группе пациентов составила от 1 года до 3 лет (средняя – 2,7 года). Признаки активности ХНВ в этой группе: отслойка пигментного эпителия, отек и отслойка нейроэпителия.

Результаты

Средняя острота зрения увеличилась с 0,18 до лечения до 0,28 после лечения. Средняя

толщина сетчатки в центральной зоне по данным оптической когерентной томографии до лечения составляла 403 мкм, после лечения – 262 мкм.

В подавляющем большинстве случаев ($n=22$, 66,7%) признаки активности ХНВ регрессировали после 3-х «загрузочных» инъекций ранибизумаба, в 4 случаях (12,1%) для этой цели понадобились 4 инъекции препарата, в 6 случаях (18,2%) – 5 инъекций, одному пациенту (3%) – 6 инъекций.

В группе пациентов с классической ХНВ после интравитреального введения ранибизумаба средняя острота зрения увеличилась на 0,04 и составила 0,15, толщина сетчатки в центральной зоне в среднем уменьшилась на 158 мкм.

У пациентов с минимально классической ХНВ после лечения ранибизумабом средняя острота зрения увеличилась на 0,18 и составила 0,45, толщина сетчатки в среднем уменьшилась на 147 мкм.

У пациентов со скрытой ХНВ (фиброваскулярной мембраной) средняя острота зрения увеличилась на 0,05 и составила 0,23, толщина сетчатки в среднем уменьшилась на 119 мкм.

Динамика средней остроты зрения до и после лечения ранибизумабом при разных типах неоваскуляризации ВМД представлена на рисунке 1.

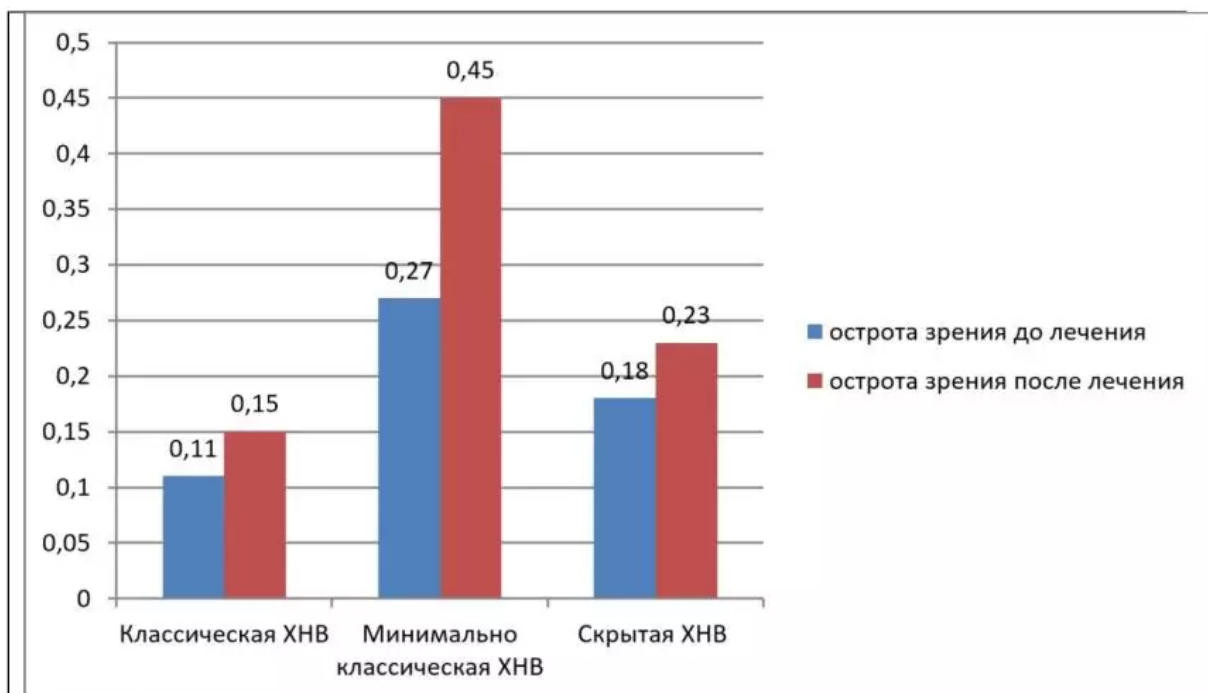


Рис.1 Динамика средней остроты зрения до и после лечения ранибизумабом при разных типах неоваскуляризации ВМД

Средняя толщина сетчатки в макулярной зоне до и после лечения ранибизумабом при разных типах неоваскуляризации ВМД представлена на рисунке 2.

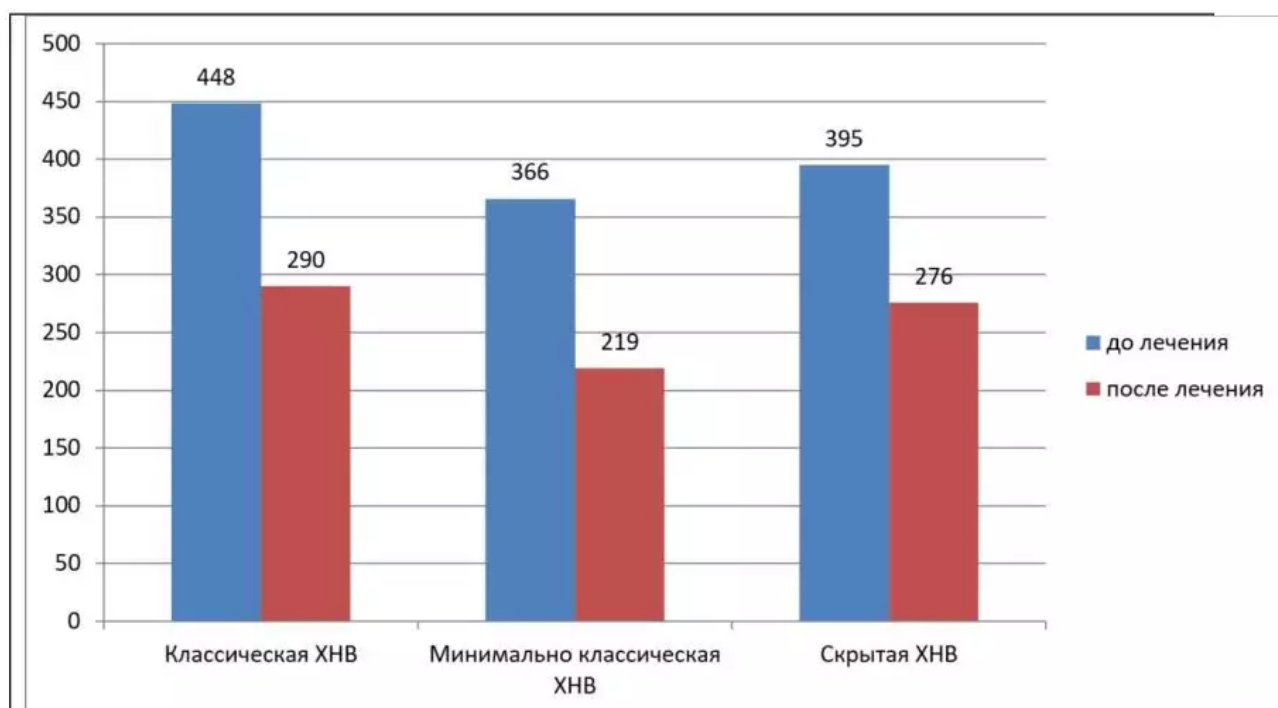


Рис.2 Средняя толщина сетчатки в макулярной зоне до и после лечения ранибизумабом при разных типах неоваскуляризации ВМД

Выводы

1. Интравитреальное введение ранибизумаба – безопасный и эффективный метод лечения влажной формы ВМД. При лечении влажной формы ВМД посредством интравитреального введения ранибизумаба в 70% случаев мы наблюдали стойкое повышение остроты зрения, у 30% – удалось добиться стабилизации зрительных функций, случаев ухудшения зрения не было за весь период наблюдения.

2. Эффективность лечения влажной формы ВМД напрямую зависит от давности клинических проявлений и исходной остроты зрения.

3. Ранибизумаб эффективен при всех типах неоваскуляризации «влажной» формы ВМД, лучшие результаты лечения наблюдались при минимально классической ХНВ.

Литература

1. Нероев, В.В. Российское наблюдательное эпидемиологическое неинтервенционное исследование пациентов с влажной формой возрастной макулярной дегенерацией // Российский офтальмол. журн. – 2011. – № 2. – С.4-9.
2. Балашевич, А.И., Измайлов, А.С., Улитина, А.Ю. Модифицированная клиническая классификация возрастной макулярной дегенерации // Офтальмологические ведомости. – 2011. – № 4. – Том IV. – С.41-47.
3. Wong, W.L. Global prevalence of Age-related macular degeneration and disease burden projection for 202 and 2040: a systemic review and meta-analysis. – 2014. – Vol. 2. – P.106-116.
4. Cherney, E.F. Патогенез сосудистой макулодистрофии // Офтальмологический конгресс «Белые ночи», 28–31 мая 2001. Тез. докладов. – 2001. – С. 3–5.
5. Терещенко, А.В., Белый, Ю.А., Ковалевская, М.А., Милюткина, С.О. К вопросу оценки эффективности анти-VEGF-терапии макулярного отека при ВМД // Офтальмохирургия. – 2014. – № 4. – С.95-100.
6. Кравчук, Е.А. Роль свободнорадикального окисления в патогенезе заболеваний глаз // Вестник офтальмологии. – 2004. – № 5. – Том 120. – С.48-51.
7. Егоров, Е.А., Романенко, И.А., Романова, Т.Б., Кац, Д.В. Ранибизумаб (луцентис) в лечении пациентов с «влажной» формой возрастной макулярной дегенерации // Клиническая офтальмология – 2010. – № 2. – С.65-71.

8. Presta, L.G., Chen, H., O'Connor, S.J. et al. Humanization of an anti-vascular endothelial growth factor monoclonal antibody for the therapy of solid tumors and other disorders // *Cancer Res.* – 1997. – Vol. 57. – № 20. – P. 4593–4599.
9. Rosenfeld, P.J., Brown, D.M., Heier, J.S. et al. Ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration // *N. Eng. J. Med.* – 2006. – Vol. 355. – P. 1419–1431.
10. Brown, D.M., Kaiser, P.K., Michels, M. et al. Ranibizumab versus verteporfin for neovascular age-related macular degeneration // *N. Eng. J. Med.* – 2006. – Vol. 355. – P. 1432–1444.
- © Бархатова Е.П., Санторо Э.Ю., 2019

УДК 796.01:159.9

ОЦЕНКА ПРЕДСТАРТОВОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СПОРТСМЕНОВ В СОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Чумаченко А.А.,

медицинский психолог

БУ «Клинический врачебно-физкультурный диспансер» филиал в городе Сургуте

Ибрагимов Е.А.,

к.м.н., заведующий филиалом в городе Сургуте, врач по спортивной медицине

БУ «Клинический врачебно-физкультурный диспансер» филиал в городе Сургуте

Психические состояния спортсмена относятся к особой категории психологии спорта. Проблема предстартовых состояний привлекает внимание исследователей, прежде всего, в связи с практическим ее значением. Длительно сохраняющиеся психические состояния оказывают влияние как на достижение спортсменами наивысшего спортивного мастерства, так и на формирование характера личности.

Ключевые слова: психодиагностика, психологическое состояние спортсмена, психологическая подготовка спортсмена, предстартовые состояния

В настоящее время спортсмену для достижения высоких результатов не достаточно иметь только физические, тактические и технические способности, ему необходимо быть психологически готовым к соревнованию. Психологическая подготовка спортсменов и спортивных команд складывается из нескольких видов психологического сопровождения: общая психологическая подготовка – она осуществляется на всем протяжении тренировочного процесса; психологическая подготовка к конкретному соревнованию, которая начинается проводиться за месяц или за неделю до соревнования; а также оперативное психологическое вмешательство, которое может захватывать как тренировочные, так и соревновательные периоды.

В «Справочнике тренера» дается определение предстартового состояния – это «рефлекторная эмоциональная реакция, наступающая перед ответственными стартами». Влияют на развитие предстартового состояния длительные нагрузки в период тренировок, психоло-

гическое напряжение, возникающее в период ожидания соревнования, личностная значимость конкретного соревнования для спортсмена и непосредственно сама подготовка к соревнованиям.

На соревнованиях спортсмен может столкнуться с различными психическими состояниями: агрессия, стартовая злость, мандраж (тревога, нервозность), стресс, стартовое безразличие, неэффективное самоуправление. Часто у спортсмена возникают ошибки восприятия информации от тренера или партнера, неэффективное взаимодействие на соревнованиях.

В целом, можно выделить несколько предстартовых состояний. Самым эффективным из них является состояние боевой готовности, которое у каждого спортсмена носит индивидуальный характер и оказывает положительный результат на исход соревнований. В состоянии боевой готовности спортсмен борется до конца, с полной отдачей, при этом уровень его эмоционального возбуждения оптимальный, он об-

ладает высокой помехоустойчивостью, уверен в своих силах. При состоянии стартовой лихорадки (которое определяется, как чрезмерно высокий уровень эмоционального возбуждения) наблюдаются быстрая утомляемость, дрожь в конечностях, отмечается нарушение аппетита и сна, повышается артериальное давление, учащается сердцебиение. Стартовая апатия (относительно низкий уровень эмоционального возбуждения из-за возникновения охранительного торможения и ослабления возбуждения) – это состояние, при котором ухудшатся координация движений, появляется сонливость, замедляются психические и физические процессы.

В спортивной практике для объективной оценки предстартового психического состояния атлета рекомендуется использовать комплекс психодиагностических методов. Достаточно информативным является метод наблюдения за спортсменом, позволяющий внешне определить настроение, поведение, активность, собранность, энергичность, уверенность. В процессе наблюдения можно отметить изменения отдельных движений, их быстроту, жесты, мимику, интонацию речи, координацию, силу. Для того чтобы пользоваться этим методом, необходимы длительные наблюдения за спортсменами на соревнованиях и сравнение при этом результатов их выступлений.

За неделю до соревнования целесообразно провести со спортсменом беседу, которая позволит определить соответствует ли его актуальное состояние критериям готовности к предсоревновательной и соревновательной ситуации. Если спортсмен не собран к соревнованиям, не готов, провести психопрофилактические мероприятия.

Изучить психическое состояние спортсмена перед соревнованием можно с помощью различных методик. «Градусник Киселева» – методика, которая измеряет самочувствие, настроение, готовность к предстоящему мероприятию. Цветовой тест Люшера позволяет определить ситуативную активность, психическую напряженность. Насколько спортсмен способен мобилизовать свои силы перед игрой возможно понять, используя динамометрию. Методика состоит в следующем: спортсмен трехкратно с силой сжимает динамометр; далее сравнивается средний показатель с его максимальным фоновым усилием, выявленным ранее на за-

нятиях. Результат оценивается по выявленным изменениям показателей проведенной динамометрии. Так, увеличение показателя перед стартом на 2-4 кг от фонового рассматривается, как признак состояния «боевой готовности», а снижение на 3-4 кг свидетельствует об апатии. Существует также метод измерения коротких интервалов времени, который определяет усиление возбуждения или развитие процесса торможения у обследуемого. Испытуемому даётся задание – не глядя остановить секундомер, когда, по его мнению, пройдет 10 секунд. Укорочение обычной оценки отрезка времени на 0,5-1,5 секунды характеризует оптимальное нервно-психическое напряжение, соответствующее состоянию боевой готовности. Укорочение более, чем на 1,5 секунды свидетельствует о предстартовой лихорадке. Переоценка 10-секундного интервала на 1,5-2 секунды и более указывает на апатию.

В целом психодиагностика направлена на выявление возможных психологических проблем. У спортсмена может сложиться нечеткое представление о состоянии готовности к соревнованию, возникнуть переживания, неуверенность в себе, в партнерах, в тренере. Могут проявляться различные страхи: не оправдать ожидания тренера, подвести команду, получить травму и пр.

Корректировка негативных состояний перед соревнованиями проводится тогда, когда у спортсмена отмечается избыток или недостаток эмоций. Во-первых, необходимо отключиться от мыслей о результате, думать только о процессе деятельности (если спортсмен будет думать о том, какое место в соревновании он займет, ему будет сложно сконцентрироваться на двигательной задаче). Во-вторых, наметить план действий: когда и что нужно делать в день соревнований (подходить к месту соревнований спокойной, уверенной походкой, твердым шагом, следить за выражением лица, оно должно быть спокойным, хладнокровным, взгляд уверенный) – это поможет сосредоточиться и мобилизоваться. В-третьих, заранее подготовиться к возможным трудностям. Так, скопление народа, сильный шум, телекамеры, крики болельщиков могут создавать помехи в процессе соревнования. Необходимо представить себя в этой ситуации спокойным, сосредоточенным, активным. В случае, когда накатывает волнение

и трудно собраться, для расслабления нужно сделать дыхательные упражнения, заранее подобрать стишок, считалку, прочесть их про себя. Следует направить мысли на предстоящую работу, тщательно продумать, что сделать в первую очередь, как это сделать лучше, какие есть варианты. Сформулировать самоприказы, самоубеждения в виде фраз, без частицы НЕ: «Я спокоен», «Я могу», «Соберись», «Спокойно работаем».

Для коррекции излишнего волнения, нервозности, стресса, слишком сильных эмоций спортсмены могут использовать физические упражнения: приседания, отжимания, наклоны, удары по мячу, сжимание-разжимание пальцев. Начинать выполнять движение следует быстро, резко, с целью «выпустить пар», постепенно замедляя темп и переходя к более спокойным движениям, стараясь почувствовать собранность, уверенность, спокойствие. Сделать несколько дыхательных упражнений по типу «короткий вдох – длинный выдох».

При заторможенности, апатии, пассивности, следует начинать выполнение физических упражнений медленно, постепенно ускоряя темп движений, увеличивая интенсивность. Стараться действовать быстро, резко, ощущая прилив сил и энергии. Дыхательные упражнения в такой ситуации выполняются для активации по типу «длинный вдох – короткий выдох».

Нельзя не отметить и роль тренера, которому необходимо в соревновательный период акцентировать пристальное внимание спортсмена на то, что наиболее хорошо у него получается. Тренер должен в спокойном тоне напомнить спортсмену о деталях тактического плана

выступления, привести факты, доказывающие, что спортсмен в состоянии завершить соревнования с положительным результатом.



*Психологическая поддержка тренерам по боксу МБУ СП
СШОР «Ермак» А.А. Алиевым своего воспитанника во время
соревнований*

Психологическая подготовка спортсмена в соревновательный период более эффективна, если спортсмен умеет адекватно оценить свое состояние перед соревнованием, знает свое состояние психической готовности, позволяющее реализовать имеющийся уровень подготовки, владеет приемами и методами самовнушения и самоубеждения, анализом кризисных ситуаций, переключением внимания, использует в своей практике дыхательные и физические упражнения, идеомоторную и психомышечную тренировку.

© Чумаченко Л.А., Ибрагимова Е.А., 2019

КАК ПОНЯТЬ, ЧТО У ТЕБЯ ДЕПРЕССИЯ И ЧТО С НЕЙ ДЕЛАТЬ!?



Зайкова Р.Р.,

специалист по связям с общественностью
кабинета медицинской профилактики
БУ «Сургутская клиническая психоневрологическая
больница»

«У меня депрессия!!!», – так очень часто говорят люди, когда у них плохое настроение или не задался день или два! И они даже не задаются вопросом, что же такое депрессия.

Итак, давайте подробно разберемся, что же такое депрессия и что с ней делать?

В сводной энциклопедии «Википедия», дается следующее определение: депрессия (от лат. *deprimō* – «давить», «подавить») – психическое расстройство, основными признаками которого являются сниженное настроение и снижение или утрата способности получать удовольствие (ангедония).

Обзор Всемирной организации здравоохранения.

Депрессия распространена во всем мире: по оценкам, от нее страдает более 300 миллионов человек. Депрессия отличается от обычных изменений настроения и кратковременных эмоциональных реакций на проблемы в повседневной жизни. Депрессия может стать серьезным нарушением здоровья, особенно если она затягивается и принимает умеренную или тяжелую форму. Она может приводить к значительным страданиям человека и к его плохому функционированию на работе, в школе и в семье. В худших случаях она может приводить к самоубийству.

Учитывая распространенность проблемы и показатели неутешительной статистики, было даже решено ввести в календарь праздников Международный день борьбы с депрессией, который проводится 24 марта.

Депрессия – это распространенное психическое заболевание, для которого характерны стойкое уныние и потеря интереса к тому, что обычно доставляет людям удовольствие, сопровождаемые неспособностью выполнять повседневные дела на протяжении 14 или более дней.

К типичным (основным) симптомам депрессии относятся:

- подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от двух недель и более);
- ангедония – потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности;
- выраженная утомляемость, «упадок сил», характеризующиеся стабильностью данного состояния (например, в течение месяца).

Дополнительные симптомы:

- пессимизм;
- чувство вины, бесполезности, тревоги и (или) страха;
- заниженная самооценка;
- неспособность концентрироваться и принимать решения;
- мысли о смерти и (или) самоубийстве;
- нестабильный аппетит, отмеченное снижение или прибавление в весе;
- гликогевзия (состояние, характеризующееся появлением сладкого вкуса во рту без соответствующего раздражителя);
- нарушенный сон, присутствие бессонницы или пересыпания.

Кроме того, для людей с депрессией обычно характерны некоторые из следующих признаков: упадок сил, изменение аппетита, снижение концентрации, нерешительность, возбужденное состояние, чувства никчемности, вины или безнадежности.

Что же делать, если вы обнаружили у себя признаки депрессивного расстройства?

Ответ очевиден, обращаться к врачу! И не просто к терапевту, а к психотерапевту или психиатру. К сожалению, из-за опасений стигматизации многие люди с психическими расстройствами не обращаются за лечением. Люди боятся назначения антидепрессантов и их побочных эффектов; некоторые полагают, что держать под контролем эмоции – их личное дело, а не забота врача; существуют также опасения, что упоминание о случае депрессии попадет в медицинскую карту и как-либо станет известно работодателю; наконец, некоторые боятся быть направленными для лечения к психиатру.

Чтобы разрушить такие стереотипные мнения, проведем аналогию со стоматологом, когда у нас заболит зуб, мы записываемся на прием к стоматологу и получаем необходимые медицинские услуги, например, ставим пломбу. И ни у кого не возникает вопрос, меня поставят на учет и сообщат работодателю, что я обратился в стоматологию.

Все тоже самое происходит, когда человек обращается к психотерапевту или психиатру. Пациент сообщает о своих недугах и ему прописывают необходимое лечение. Психиатр может назначить медикаментозное лечение (фармакотерапия) и направить к психотерапевту, чтобы он дополнил лечение психотерапевтическими методами лечения (психотерапия, ко-

торая может состоять из светотерапии, арт-терапии, кинотерапии, музыкотерапии и групповых занятий с психологом).

Все эти методы лечения для того, чтобы жить здоровой и продуктивной жизнью, поэтому не бойтесь ходить к психиатру или психотерапевту.

Поймите, депрессию нельзя подхватить как грипп или ОРВИ, Вы сами ее создаете. Да мы все переживали и будем переживать неприятные обстоятельства жизни: семейные проблемы или проблемы на работе, потеря близкого человека и т.д. Неприятные обстоятельства будут наступать нас на протяжении всей жизни. И важно научиться пережить эти неприятности с минимальным ущербом для себя и своего здоровья в целом! Кроме того, что вы обратитесь за помощью к врачу, вам необходимо и самому помочь себе. Депрессия заставляет Вас держать в голове негативные мысли о себе, об окружающем мире, об окружающих Вас людях и о Вашем будущем.

- Начните бережно относиться к себе (высыпайтесь, питайтесь правильно и вовремя, никакого алкоголя. Он не расслабляет, а наоборот угнетает общее состояние).

- Физические нагрузки, бег (они действительно дают силы и способствуют выработке эндорфинов, которые положительно образом сказываются на настроении).

- Смотрите комедии, займитесь своим любимым хобби, ходите на концерты, начните участвовать в общественной жизни.

- И занимайтесь тем, что вам нравится.

Жизнь – удивительная и волшебная сказка, где не должно быть места плохому настроению, негативу и депрессии!

© Зайкова Р.Р., 2019

НЕФРОЛОГИЯ – МОЯ ОТДУШИНА

Нет увлекательных специальностей.
 Есть лишь пассивные люди,
 Не способные увлечься тем,
 что перед ними.
 Берг А.

27 марта свой профессиональный праздник отмечают врачи-нефрологи, которые знают все о пороках развития мочевой системы человека, патологиях почек, умеют диагностировать и лечить многие болезни.



Ниссо Толибовна Павлова, врач-педиатр, заведующая Дневным стационаром БУ «Няганская городская детская поликлиника», с недавнего времени еще и нефролог, к данному направлению медицины обратилась недавно. Приехала из Тюмени в г. Нягань по приглашению руководства учреждения, где перед ней была поставлена задача – получить специализацию узкого профиля на выбор. Либо инфекционист, либо нефролог. Без раздумий выбрала последнее.

Ниссо Павлова: «Почему нефрология? Если честно, то для меня почки – это темный лес. Педиатр особо в них не разбирается. Знания поверхностные, глубже не лезешь. Педиатр чаще сталкивается с инфекционными заболеваниями.

Гастроэнтериты, ротовирусные инфекции, те же гепатиты. А вот с почками стараешься, по возможности, направить к специалисту. И я решила, если я этого не знаю, значит нужно узнать обязательно. В работе почек очень много физики, биохимии. И когда начинаешь учить с самых азов, все заново, это безумно интересно. Считается, что нефролог – специальность, которая не подразделяется на детского и взрослого. Но, тем не менее, нефрологи, работающие с взрослым населением, не очень-то жалуют детей и наоборот. Причина такого отношения кроется в специфических особенностях организма. У детей он имеет больше компенсаторных возможностей, а вот взрослый организм в случае заболевания по линии нефрологии, как правило, свои возможности уже исчерпал. Впрочем, в нынешнее время почки детей страдают не меньше, чем взрослых. И все из-за неправильного питания и нарушения питьевого режима. Наши дети непонятно что едят и пьют. И это проявляется не только в различных гастроэнтеритах, дерматитах и т.п. Возникают метаболические нарушения, клинические анализы пестрят лейкоцитами и солями. А все потому, что никто не поддерживает водный баланс в организме. Наше ежедневное меню должно на 70% состоять из воды. Не из чая, киселя, молока или того хуже консервированных соков, а из простой питьевой воды. Надо знать и помнить, что главная функция почек – это фильтрация крови. А если она из-за нехватки жидкости «густая», то почки, пропуская такую «тянучку», повреждаются».

Своего первого пациента доктор запомнила хорошо. К Ниссо Толибовне обратилась мама, чья дочь уже два раза московская клиника не принимала на офтальмологическую операцию из-за незначительного количества эритроцитов в моче. Оперативное вмешательство девочке было необходимо, как можно скорее, иначе грозила потеря зрения. Через месяц после лечения, первая пациентка врача-нефролога со

всеми обоснованиями вновь отправилась в Москву, где ей благополучно была проведена операция.

Ниссо Павлова: *«Я «вела» её до самой операции. Звонила и после. Все-таки это был мой первый опыт лечения в статусе нефролога. Мама девочки, кстати, звонит мне до сей поры, поздравляя с праздниками. Понятно, что моих знаний, полученных по ускоренному обучению, не всегда достаточно. В случаях каких-либо сомнений консультируюсь у своего коллеги из БУ «Няганская окружная больница» Рахимова И.Р., а также преподавателей Тюменской медицинской академии. Могу позвонить им всегда и получить квалифицированный совет».*

Как врач-нефролог Павлова Н.Т. работает меньше года, но уже успела проникнуться проблемами, с которыми сталкиваются её подопечные. Главная из них, отсутствие в городе Нягань урологического отделения на базе БУ «Няганская окружная больница». Самое ближайшее находится в Нижневартовске, но отсутствие прямого транспортного сообщения и его удаленность сводят на нет все усилия врача на отправку больных, которым требуется высококвалифицированная помощь или консультация.

Ниссо Павлова: *«Очень тяжело бывает уговорить родителей на выезд в Нижневартовск. Дальняя дорога, да еще и с пересадками многих пугает. Недавний пример: моему семимесячному пациенту как можно скорее нужна консультация специалиста из урологического отделения, но его мама согласилась посетить Нижневартовск только летом, в июне. Объяснения просты: не с кем оставить старших детей. Подобные центры есть в Екатеринбурге, туда и поезд есть прямой, но, к сожалению, это не ХМАО, нас там принимают только по межрегиональной квоте».*

На вопрос: не ошиблась ли в свое время Ниссо Павлова в выборе с узкой специализацией, получила твердое – нет. Это то, чем нравится заниматься, нравится изучать и постигать неизвестное.

Ниссо Павлова: *«Я не представляю себя вне своей серьезной профессии, потому что люблю её, и не желаю думать о каком-то ином повороте в моей судьбе. Быть врачом-педиатром для меня огромная ответственность, а врачом-нефрологом – большая честь».*

Плеханова В.Д.,
специалист по связям с общественностью
БУ «Няганская городская детская поликлиника»

БОРОДИН АЛЕКСЕЙ ИГНАТЬЕВИЧ

Фролова Н.В.,
начальник отдела кадров БУ «Сургутская городская стоматологическая поликлиника № 2»
Надымова С.Н.,
главный врач БУ «Сургутская городская стоматологическая поликлиника № 2»

Заслуженный врач Российской Федерации Бородин Алексей Игнатьевич (1944-2018). Алексея Игнатьевича по праву можно назвать родоначальником стоматологической службы города Сургута. Вся его жизнь – пример бескорыстного служения людям.

Ключевые слова: Бородин А.И., стоматологическая помощь

Алексей Игнатьевич родом из Ставрополя. Трудовую деятельность начал в 1961 и по 1963 годы – работал слесарем на электромеханическом заводе. Его детская мечта – стать доктором – осуществилась, когда он поступил в Ставропольский медицинский институт. Учился он хорошо, с большим стремлением к знаниям, хотел узнать всё и как можно глубже. В 1968 после окончания института Бородин А.И. приехал в Сургут.

Поскольку тогда все здравоохранение было районным, работал Алексей Бородин в ЦРБ. Стоматологический кабинет разместился в поликлинике геологов. Кабинет был общим для жителей города и района. Но уже через год было организовано стоматологическое отделение города, куда вошли кабинеты всех поликлиник. Заведующим этим отделением был назначен А.И. Бородин. С первых дней он заслужил доверие и авторитет у коллег.



В 1971 году в бывшем помещении СУ-22 открылась первая на севере Тюменской области специализированная стоматологическая поликлиника. И заведующим поликлиникой был Алексей Игнатьевич. Впервые здесь соединилась вся стоматология: велся хирургический,



ортопедический, терапевтический прием, была небольшая зуботехническая лаборатория.

Стоматологическая помощь оказывалась населению, живущему не только в городе, но и в труднодоступных районах, в их числе и малочисленным коренным народам севера. Летом, как обычно, были командировки по району на автомобильном транспорте. Зимой, из-за отсутствия дорог в районе, в командировки летали на АН-2.

В 1978 году Алексей Игнатьевич организовал и возглавил челюстно-лицевое отделение, на базе которого в те годы, впервые в Сургуте и на Тюменском севере, стали проводить операции по костной пластике, хейлопластике, а также операции на ЛОР органах. Подобные операции считаются сложными в оперативной хирургии.



В 1986-м году сдается в эксплуатацию типовая стоматологическая поликлиника, на должность заместителя главного врача по лечебной части назначается Алексей Игнатьевич. В целях обеспечения населения города Сургута доступной стоматологической помощью в 1990 году была организована стоматологическая поликлиника №2, главным врачом которой стал Бородин Алексей Игнатьевич. Бессменным руководителем он оставался до 2018 года. Сургутская стоматологическая поликлиника №2 – «детище» Бородина. Изначально в учреждении, размещенном на первом этаже общежития, насчитывалось 7 кабинетов, а количество врачей составляло всего 16 человек.

В настоящее время БУ «Сургутская городская стоматологическая поликлиника №2» представляет собой медицинское учреждение с опытным и квалифицированным персоналом. В июне 2012 года открыт филиал учреждения на 9 рабочих мест. В состав учреждения входят три лечебно-профилактических отделения и одно ортопедическое. Поликлиника рассчитана на 241 посещение в смену. И, если в 1998 году количество посещений составило 60 583, то в 2018 году этот показатель вырос до 163 392. В БУ «Сургутская городская стоматологическая поликлиника №2» работают 230 сотрудников, среди которых 58 врачей и 97 человек среднего медицинского персонала. Достигнутые успехи не были бы возможными без слаженного, грамотного и умелого руководства Бородина Алексея Игнатьевича.

А.И. Бородин возглавил и вырастил настоящую династию стоматологов: супруга Алексея Игнатьевича, двое его сыновей, дочь посвятили себя той же профессии.

Алексею Игнатьевичу удавалось совмещать в себе все качества, необходимые главному врачу лечебного заведения: в первую очередь он профессионал, ас своего дела, справедливый и требовательный руководитель, чуть-чуть психолог, чуть-чуть исследователь, немного художник и просто по-отцовски заботливый начальник. Его активность, жизнерадостность, а также предприимчивость, целеустремленность были примером для всего коллектива. Алексей Игнатьевич навсегда останется в наших сердцах надёжным товарищем и мудрым советчиком, всегда готовым прийти на помощь в любой ситуации.

Алексею Игнатьевичу присвоены звания «Заслуженный врач Российской Федерации», «Ветеран труда Российской Федерации», «Ветеран труда Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».

Признательность пациентов и любовь коллектива, уважение коллег, профессиональная слава, все это дается только тем, кто всем сердцем предан своему делу, каким и был Алексей Игнатьевич Бородин. Его имя останется в истории стоматологии Севера и в наших сердцах.

© Фролова Н.В., Надымова С.Н., 2019

ЖИЗНЬ = НАУКА

Шестидесятилетний юбилей отметил главный хирург Сургутской окружной клинической больницы, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней Медицинского института Сургутского государственного университета Владимир Васильевич Дарвин.

Одним из мероприятий празднования дня рождения известного в Югре хирурга стала научно-практическая конференция, организованная СурГУ, БУ «СОКБ» и Департаментом здравоохранения ХМАО – Югры.

Ключевые слова: хронический панкреатит, портальная гипертензия, Владимир Васильевич Дарвин



Новые технологии в хирургии обсуждали учёные ряда медицинских вузов РФ. С докладами выступили профессора из Первого Московского государственного медицинского университета им. Сеченова, Национального медицинского исследовательского центра им. Вишневского, Московского государственного медико-стоматологического университета им. Евдокимова, Тюменского государственного медицинского и Сургутского государственного университетов.

- Вся моя жизнь посвящена хирургии. А любая медицинская специальность напрямую связана с наукой. Даже, можно сказать, что всё, что мы делаем – мы делаем только с научной точки зрения. Поэтому так и получается, что вся жизнь наша связана с наукой. – говорит Владимир Васильевич. – Просто у нас ведь сложилось такое понимание, что наука – это цифры, какие-то опыты, и всё такое прочее... У нас же другая наука – это клиническая медицина. С ней, конечно, можно поставить параллели, именно поэтому одним из мероприятий в рамках празднования моего дня рождения является научно-практическая конференция.

Доклад именинника был посвящен ближайшим и отдаленным результатам лечения хронического панкреатита. Владимир Дарвин поделился собственным опытом и наработками в лечении этого заболевания. Оптимизация выбора стратегии терапии больных с хроническим панкреатитом для хирургии является актуальной задачей. И ответы на возникающие вопросы для практических хирургов являются чрезвычайно важными, так как распространенность хронического панкреатита в России является одним из самых высоких – от 25 до 35 на 100 000 населения. В ряде западных стран она в 3 раза ниже (8-10 на 100 000 населения).

- Качество жизни при естественном течении заболевания и при проведении консервативной терапии является очень низким, а 25-35 % больных умирают в течение первых 10 лет от момента диагностики хронического панкреатита. В основном, это люди трудоспособного возраста. Поэтому эта проблема является социально значимой для нашего государства.

Владимир Дарвин не просто отличный хирург, но и направляющая и движущая сила хирургии Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Многие сложные высокотехнологичные оперативные вмешательства, проводимые в Югре, стали возможны благодаря его инициативе. Так, например, внедрение в практику шунтирующих операций при портальной гипертензии.

Портальная гипертензия – нарушение нормального тока крови в портальных сосудах, печеночной и нижней полой вене, которое приводит к повышенному давлению в воротной вене. Заболевание встречается как у взрослых, так и у детей, и возникает чаще всего из-за цирроза печени. Оно может сопровождаться варикозным расширением вен желудка и пищевода, нарушениями свертываемости крови, и другими симптомами и синдромами. Желудочно-кишечные кровотечения и печеночная кома – наиболее опасные осложнения портальной гипертензии печени. Причинами внутренней портальной гипертензии печени могут быть практически все существующие острые и хронические заболевания, затрагивающие этот орган.

При анализе летальности болезни органов пищеварения занимают 3-е место. Около 65% среди них – причиной смерти является цирроз печени. 50% погибают от кровотечения при синдроме портальной гипертензии. В основном это люди трудоспособного возраста. Рост заболеваемости гепатитом связан с социальными факторами. Это наркомания – прямая связь с гепатитом. Наш регион благополучный, поэтому и наркомании больше, чем на других территориях РФ. Ещё один социальный фактор – алкоголизм.

Шунтирующие операции при портальной гипертензии у нас в стране проводятся крайне редко. Лишь в двух лечебных учреждениях РФ в Москве и Санкт-Петербурге. Недавно мастер-класс для югорских специалистов по выполнению таких операций проходил на базе Сургутской окружной клинической больницы.

- Ближайшая наша задача – самим проводить такие операции и стать одним из центров РФ, где эта операция станет рядовой – делится планами на ближайшее будущее Владимир Дарвин.



В настоящее время хирурги Сургутской окружной клинической больницы останавливают кровотечения, делают эндоскопические операции, прошивают варикозно-расширенные вены желудка и пищевода, осваивают порт-системное шунтирование. Остаётся последнее звено в этой цепи – пересадка печени. Направление – трансплантология сегодня очень актуально, важно и нужно. Это верх хирургии печени. К внедрению такой высокотехнологичной медицинской помощи сургутские специалисты, во главе с главным хирургом Дарвиным, прикладывают максимум усилий.

Награда-стимул...

И как подтверждение активной работы в этом направлении – высокая оценка Мирового хирургического сообщества. Владимир Васильевич обладатель медалей Вишневецкого. Крайний раз, в 2017 году, он был удостоен Большой медали известного академика!



Почти четверть века Международная организация объединяет хирургов, работающих в одном из самых высокотехнологичных направлений хирургии – хирургии печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы. Координатором и головной организацией, определяющей политику на всём постсоветском пространстве в этой сфере, является институт хирургии им. А.В. Вишневского. Руководство вуза учредило ряд наград. Среди них и «Большая медаль академика Вишневского». Все хирурги страны и стран СНГ работают в тесном сотрудничестве и отлично знают, кто чем занимается. Эта работа прослеживается, анализируется, и по результатам отмечается той или иной наградой. «Медалью Вишневского» награждаются специалисты, которые в большей степени проявили себя в гепатопанкреатобилиарной хирургии.

- Мне кажется, что это очень важный шаг, стимулирующий специалистов активно заниматься инновационной, творческой деятельностью – говорит Владимир Дарвин.

Несмотря на то, что награда именная, она по праву принадлежит всему коллективу хирургов Сургутской окружной клинической больницы и является очередным признанием заслуг учреждения в области медицинской науки и здравоохранения.

- Мы, хирурги Сургутской окружной клинической больницы. Я являюсь заведующим кафедрой госпитальной хирургии... Но, всё же, всю свою лечебную клиническую деятельность мы проводим в стенах Сургутской окружной клинической больницы, которая на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры является одной из знаковых организаций. Мы принимаем самое активное участие в этом направлении хирургии и за те успехи, которых мы достигли в лечении больных данного профиля, получили награду. Очень приятно. Конечно, любая награда является авансом, заставляет нас ещё больше трудиться на благо людей, на благо территории и страны в целом. Эта наша миссия – заниматься лечением тяжелой категории больных.

Ум, доброта, честность и ответственность – основополагающие успеха.

Казалось бы, что Дарвин о хирургии печени знает всё! Тем не менее он постоянно старается

совершенствовать свои знания и навыки, к чему призывает и своих коллег!

Они о нём отзываются как о порядочном, доброжелательном, честном, позитивном и отзывчивом человеке.

- Замечательный человек. Как специалист, наверное, из рода гениев. Потому что на сегодняшний день именно эта личность определяет хирургическую составляющую нашего учреждения, он определяет новые технологии и их развитие, он определяет хирургическую политику учреждения – рассказывает Евгений Краснов, заместитель главного врача по хирургической помощи БУ «Сургутская окружная клиническая больница».

- С пациентами в общении он очень доступен и прост. Пациенты, как только слышат фамилию Дарвин, сразу у них светлеют глаза, они начинают улыбаться, они понимают, что их жизнь в надежных руках.

- Я в своей жизни не встречала ни одного доктора, хирурга, который так бы радел о состоянии больного. Это единственный хирург, который имеет не одну медаль института Вишневского – рассказывает заведующая рентгенологическим отделением БУ «Сургутская окружная клиническая больница» Наталья Климова.



Где бы он не находился – всегда поможет, даст совет.

Василий Васильевич Васильев, заведующий хирургическим отделением Сургутской окружной клинической больницы вспоминает один случай.

- При операции случилась действительно такая анатомическая особенность, сложная операция на желчных протоках, мы звонили Владимиру Васильевичу и советовались, он находился уже в отпуске, но на расстоянии нам помогал. Операция прошла успешно.

От шока к любви и преданности...!

Решение стать врачом Владимир Дарвин принял еще в школьные годы. Свои представления о медицине в то время молодежь складывала по художественным фильмам и литературе! О хирургической деятельности юноша даже и не думал. Больше привлекала специализация онколога-радиолога. В то время это направление только развивалось и казалось чрезвычайно перспективным. Даже уже будучи студентом первых курсов медицинского вуза, Владимир Дарвин не видел себя хирургом. Вспоминает, что когда на первом курсе его группу повели в операционную, ему единственному из четырнадцати ребят стало плохо. И повторялось это не один раз. Вот такое знакомство с хирургией получилось! После четвертого курса на врачебной практике, где хирургии отводилось две недели, студент Дарвин зашел в операционную уже в качестве активного участника и, как говорит хирург: «Влюбился!» Сначала, может быть, не в саму профессию, а в те ритуалы, которые сопровождали хирургию:

- Мытье рук, переодевание в специальные костюмы, всё очень стерильно, строго, нельзя нигде и никакой слабинки давать, дисциплина на высоте. Отработано все до мелочей. Четкое и строгое соблюдение всех позиций и этапов... Настолько всё это поразило. Для меня стало своеобразным шоком. И когда я стал уже участником этого процесса, тогда стал понимать, насколько важен внутренний настрой на четкое соблюдение всех, даже самых мельчайших элементов.

Свою самую первую операцию Владимир Дарвин не помнит! Почему? Возможно потому, что в свои студенческие годы часто помогал за операционным столом уже бывалым хирургам,

и переход от помощника к самостоятельной хирургической деятельности в памяти не отразился!

- А может быть потому, что ассистируя ведущим хирургам, в силу юношеского максимализма, считал себя тоже самой важной фигурой. И не заметил, когда стал действительно первой фигурой у операционного стола!

Но некоторые из первых своих операций Владимиру Васильевичу запомнились хорошо. Например, холицистэктомия. Очень сложная технически из-за массивного инфильтрата. Тогда её выполняли открыто, так как лапароскопии ещё не было. Дарвину ассистировал уже опытный хирург высшей категории.

- Он видит, что мне очень трудно, и попытался сам. Поковырялся, поковырялся..., у него тоже не получается. И говорит: «Нет, продолжай сам!» Может быть для того, чтобы я понял сложности. Или, может быть, потому, что у меня были какие-то излишние амбиции. Ведь не смотря на то, что попал в замечательный коллектив, я пришёл очень хорошо теоретически подкованный, и не стесняюсь сейчас сказать, что более грамотный теоретически, чем практические врачи. Может быть они хотели таким образом меня проучить, чтобы не задавался! И хорошо сделали, наверное... Я теперь так думаю. Конечно, я бы так не поступил ... Но, в конце концов, всё равно вышел из этой ситуации, – прооперировал хорошо. А ведь другого выхода не было! Поэтому, наверное, эта операция и запомнилась!

В Сургут Дарвин приехал в начале 90-х. Время было сложное, перестроечное. Несмотря на то, что жил он в Казахстане, а по национальности украинец, всегда считал себя гражданином России. Возможно потому, что предки хирурга россияне. В Казахстан были переселены во времена сталинских репрессий... После защиты докторской диссертации, предварительно созвонившись с ректором Сургутского государственного университета Георгием Назиным, Владимир Дарвин приехал работать в Сургут. Северный город встретил его снегопадом в июне! Снег падал и тут же таял. Но больше всего Владимира Васильевича поразили люди, которые ему встречались:

- Совершенно другое отношение! Мне тогда казалось, что вообще все люди здесь идеальны! Я первое время ходил ошалелый от того, как ко мне относятся. Может быть просто я им нравился...? Везде меня очень хорошо, доброжелательно принимали, во всём шли навстречу. Вот это меня поразило больше всего! И сейчас я и сам стараюсь таким быть!

По приезду в Сургут Владимир Васильевич отправился в СурГУ. Познакомился с ректором. Кстати, на кафедру хирургии Дарвина сразу не взяли. Изначально трудился на кафедре морфологии. А в районную больницу, теперь это Сургутская окружная клиническая, хирурга на работу принимал главный врач Александр Иванович Синяк.

- Помню, как первый раз пришёл в ординаторскую знакомиться с хирургами. Как-то сразу со всеми нашёл общий язык...

Вскоре Владимира Дарвина назначили главным хирургом больницы.

С тех пор он совмещает две должности. Как, впрочем, и другие ученые Сургутского медицинского института. Иначе быть не должно. Кафедра госпитальной хирургии может существовать располагаясь только на базе клиники. И только тесное взаимодействие науки и практики может дать положительные результаты в развитии медицины.

- Мы видим друг у друга много позитивного, много пользы и добра... Я думаю, что большинство сотрудников нашей кафедры – хирурги порой и не понимают, где они работают на кафедре или в больнице. Потому, что это единый коллектив. Искренне благодарны администрации Сур-



гутской окружной клинической больницы. У нас одна и та же миссия – повышение качества, доступности медицинской помощи для населения. Для главного врача Сургутской ОКБ на первом месте пациент, его здоровье. Наша задача – приложить все усилия, чтобы вылечить больного или улучшить качество его жизни. И наши цели в этом, с руководством лечебного учреждения, полностью совпадают. А это – главное!

Более трехсот операций в год проводит Владимир Васильевич. Но число оперативных вмешательств не главное! Хирург уверен, что профессия не должна превращаться в механический процесс.

- Не то, как ты искусно, технично оперируешь, а чтобы ты не потерялся как специалист в плане сопереживания, чтобы ты не механически делал свою работу, а отдавал часть души и часть себя в каждого больного – говорит Владимир Дарвин.

В плотном рабочем графике врача всё-таки остается немного времени и на отдых. Например, поход в баню всем коллективом. Увлечется Владимир Васильевич биатлоном. Самому этим видом спорта заниматься не удастся, но он всегда в числе самых ярых болельщиков. Кубок Мира и все соревнования по биатлону, которые проходят в городе Ханты-Мансийске, старается не пропускать.

В свободное время любит смотреть фильмы и читать книги, чаще – детективы! А еще Владимир Дарвин заядлый театрал! Никогда не упустит возможности побывать в театре. Правда, приобщаться к прекрасному, чаще всего, ему удается находясь в командировках. В теку-



щей трудовой жизни времени для этого практически нет. Рабочий день у главного хирурга БУ «Сургутская окружная клиническая больница», доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой госпитальной хирургии, заместителя директора по научной работе медицинского института ГОУ ВПО «СурГУ» начинается около семи утра, а заканчивается поздним вечером. Вот так профессия – хирург, о которой Владимир Дарвин даже и не мечтал, поступая в медицинский вуз, стала делом всей его жизни...

В свой очередной юбилейный год Владимир Васильевич по-прежнему активен, жизнерадостен и молод... На вопрос – как ему удается оставаться в такой форме? Дарвин с улыбкой ответил:

- Внешний вид определяется внутренней сущностью. Самое главное – быть добрым. Быть добрым к окружающим, быть добрым к себе, к близким, даже к животным. Вот если в человеке есть доброта, то он остается и умным, и красивым. По крайней мере выглядит так.



Мы желаем имениннику крепкого здоровья и дальнейших профессиональных и творческих успехов!

Грибкова В.Б.,
специалист по связям с общественностью
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

В НОГУ СО ВРЕМЕНЕМ

Рецова Ю.А.,

заместитель главного врача по организационно-методической работе
БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»

Казакова В.А.,

главный врач БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»,
главный внештатный специалист - стоматолог Депздрава Югры,
Президент окружной общественной организации стоматологов ХМАО-Югры

1 апреля 2019 года бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» отметило свой 35-летний юбилей!

Ключевые слова: БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника», электронная медицинская карта пациента, Стоматологическая ассоциация России, популяризация рациональной гигиены полости рта



До 30-х годов зубоврачебная помощь в городе Ханты-Мансийске оказывалась фельдшерами, которые занимались удалением зубов и лечением заболеваний слизистой оболочки полости рта.

История становления стоматологической службы в г. Ханты-Мансийске начинает свой отчет с 1935 года, с открытия первого зубного кабинета при Остяко-Вогульской амбулатории. Первым зубным врачом была Коган А.С., которая работала до 1941 года. Число посещений за год составило 3341, число вылеченных больных – 178 человек. Кабинет был оснащен бор-машиной с ножным приводом.

В 1938 году была открыта первая зуботехническая лаборатория. Первым зубным техником стала выпускница Томского зубопротезного техникума Сукушина Н.В..

1940-1945 г.г. – в 1940 году Остяко-Вогульск переименован в Ханты-Мансийск. В зубоврачебном кабинете при Ханты-Мансийской

окружной амбулатории работает два зубных врача (Какоунина М.Д., Воротникова М.С.) и два зубных техника (Сукушина Н.В. и Радх Я.А.).

1946-1950г.г. – увеличилась численность сотрудников, повысилась квалификация персонала. Приняты на работу: выпускница казанского медицинского института врач-стоматолог Ерофеева Г.С., проработавшая 33 года в стоматологии и врач-стоматолог Касторная К.В. (первая заведующая стоматологическим отделением). Развивается стоматологическая служба. Внедрены новые методы лечения зубов: односеансный метод лечения пульпита, резекция верхушки корня передних зубов при периодонтитах и др.



1951-1965 г.г. – в 1963 году открывается стоматологическое отделение в здании по ул. Лопарева, д. 38. Приходят новые кадры. С 1958 года работает зубным техником Рыков В.Ф. С 1964 года старшей медицинской сестрой работает Ляхова Р.И. Стоматологическая служ-

ба города насчитывает: 4 врача-стоматолога, 2 зубных врача, 2 зубных техника, 3 медицинские сестры. Появляется новое стоматологическое оборудование – стоматологическая установка ЮС-5.

1966-1975 г.г. – с 1967 года начинает свою трудовую деятельность в г. Ханты-Мансийске врач-стоматолог Миронов М.З. С его именем связано развитие стационарной помощи больным с заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области. Увеличивается коллектив стоматологического отделения. В 1973 году в окружной центр приехали выпускники Ленинградского медицинского института Можжерина Н.А. и Можжерин А.Г., а в 1974 году выпускники Омского медицинского института Этцель Л.А. и Этцель А.И., зубной врач Алексеева А.А., зубные техники Алексеев А.В. и Жернова В.С., медицинские сестры Бакшеева М.М., Пачганова Е.С., Логунова А.А., Кулешова Л.А. С этого периода начинает работать санитаркой А.Г. Жлудова, которая в поликлинике 30 лет.

1975-1980 г.г. – улучшается материально-техническая база, совершенствуется организация стоматологической помощи, введен дифференцированный прием больных по 6 профилям: терапевтический, хирургический, детский, ортопедический, ортодонтический, пародонтологический. Организован смотровой кабинет. Широкое развитие получила стационарная помощь больным с челюстно-лицевыми заболеваниями и травмами. В коллектив приходит выпускница ОмГМИ Кизнер А.М. В 1979 году стоматологическое отделение переехало в новое 3-х этажное здание по ул. Гагарина и получило новое современное оснащение (стоматологическую установку УС-30). Сегодня это стоматологическая установка УС-30 заняла свое почетное место в музее поликлиники.



1984-1990 г.г. – на основании приказа по отделу здравоохранения Ханты-Мансийского окрисполкома стоматологическое отделение окружной больницы было реорганизовано в стоматологическую поликлинику. Первым главным врачом назначена Можжерина Н.А., заведующей лечебно-профилактическим отделением назначена Этцель Л.А., заведующим ортопедическим отделением – Шенгальцов А.Н., начальником отдела кадров – Чукалина И.В.

В 1986 году пришли молодые специалисты – выпускники Омского медицинского института: Казакова В.А., Могильников С.В., Григорьева Л.Ф., Гришанович О.П., Добрынин М.А. Увеличился штат среднего медицинского персонала (начали свою трудовую деятельность Абышева И.Г., Орлова Н.П., Тузбакова А.А., Агаев М.Р. Оглы, Семик Н.И., Ренгевич Л.Н.) .

1992-2000 г.г. – период эпохи возрождения всей стоматологии России. Не исключением стала и стоматологическая поликлиника Ханты-Мансийска: в 1992 году главным врачом назначена Этцель Л.А., ученица и последователь идей первичной стоматологической профилактики В.К. Леонтьева – единственного академика в России, имеющего стоматологическое образование. При активной поддержке окружного территориального медицинского управления во главе с В.В. Вильгельмом проведена полная замена оборудования, введен мировой принцип работы «в четыре руки». Во всех имеющихся школах были открыты стоматологические кабинеты для проведения санации полости рта и санитарно-просветительской работы среди детей школьного возраста. Внедрена общеобразовательная программа первичной профилактики среди школьников. Штат поликлиники пополняется врачами узких специальностей – врач-ортодонт и врач, ведущий пародонтологический прием, которые более углу-

бленно и качественно проводят диагностику, лечение и профилактику зубочелюстных аномалий и заболеваний тканей пародонта. В арсенале стоматологов появляются современные анестетики и пломбирочные материалы ведущих мировых производителей, возможность литья ортопедических конструкций и изготовление металлокерамических зубных протезов.

В этот период штат поликлиники пополнился новыми специалистами (стоматологами: Останиной О.Н, Лукьяновой С.А., Мокринской Н.Г., Лебедевой Н.М, Рецловым А.Э, Меновщиковым А.А., Плехановым А.Ю., Козярец И.Н. и др), зубными врачами (Литвинской Ю.В., Ковалевой М.Г. и др), медицинскими сестрами (Головниной О.А., Собковской Г.И., Яценко И.А., Манаковой Т.Г. и др.), зубными техниками (Шляховым С.В, Могильниковым А.В., Глухих Е.В. и др).

В этот же период в стране начали зарождаться профессиональные сообщества. Стоматологи молодой России стали одними из первых, кто создал свое сообщество – Стоматологическую Ассоциацию России и стали активно участвовать в решении профессиональных проблем. Вдохновленные идеями своего учителя В.К. Леонтьева (президента СтАР) Л.А. Этцель, В.А. Казакова, С.В. Могильников при поддержке своих югорских коллег Алпатовой Л.М., Мирошниченко Г.П. в 1997 создали одно из первых югорских профессиональных сообществ – окружную общественную организацию стоматологов ХМАО-Югры, которая и по сей день активно участвует в решении вопросов организации стоматологической помощи в регионе и России.



Рост населения города и дефицит площадей в приспособленном здании не давали возможности дальнейшего развития поликлиники. Л.А. Этцель при В.В. Вильгельм неоднократно встречались с Губернатором автономного округа А.В. Филиппенко, доказывая необходимость строительства нового здания. И в 1999 году Правительством автономного округа было принято решение о начале строительства нового здания для стоматологической поликлиники.

2002-2009 г.г. – в 2002 году принята в эксплуатацию современная типовая стоматологическая поликлиника, рассчитанная на 450 посещений в смену и оборудованная самым современным стоматологическим оборудованием. Увеличение площадей позволило принять на работу новых врачей-стоматологов и зубных врачей (прием начинают вести Рецлова Ю.А., Бодрова И.В., Калинина Н.Е., Плесовских В.В., Щербакова О.А. и др). Появилась возможность ввести в штат поликлиники бухгалтеров, экономистов, юристов, программистов, инженеров по обслуживанию медицинской техники (именно в этот период в штат поликлиники пришел Першуков А.С., который до этого периода в составе «Медтехники» много лет помогал поддерживать в рабочем состоянии огромный парк медицинского оборудования Учреждения). С 2004 года в эксплуатацию введен рентгеновский аппарат-ортопантомограф, который позволял обследовать состояние зубочелюстного аппарата одновременно. Внедрены методики оперативного вмешательства на тканях пародонта, лечение аномалий прикуса с помощью несъемной аппаратуры (брекет-системой). Все это позволило повысить доступность и качество стоматологической помощи в городе. Как итог в 2007 году Учреждение стало лауреатом Международной Премии «Профессия – Жизнь» в номинации «За достижение в области профилактической медицины».



С 2010 года и по настоящее время стоматологическую поликлинику возглавляет Казакова В.А., врач-стоматолог-терапевт и организатор здравоохранения высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения, президент окружной общественной организации стоматологов ХМАО-Югры, внештатный специалист-стоматолог Депздрава Югры.

Уолтер Гилби сказал: «Каждый работодатель получает таких работников, каких заслуживает». В.А. Казакова создала команду менеджеров новой формации (Останина О.Н., Рецлова Ю.А., Козярец И.Н, Бодрова И.В., Мокринская Н.Г., Лысов М.И., Абышева И.Г., Григорук О.Ф., Напимов И.Н. Нагдалян А.М. и др), благодаря слаженной работе которых Учреждение сегодня – это:

- доступная доврачебная и первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- центр внедрения новых медицинских технологий;
- высококвалифицированный персонал;
- площадка для активного внедрения медицинских информационных технологий;
- клиническая база образовательных организаций, осуществляющих подготовку специалистов стоматологического профиля и среднего медицинского персонала;
- научно-практические связи с ведущими научно-исследовательскими профильными базами России.

Сегодня численность сотрудников Учреждения составляет почти 200 человек. Большая часть врачей-стоматологов является выпускниками Омской государственной медицинской академии. Есть выпускники Пермской, Екатеринбургской и других медицинских академий. Весь врачебный состав Учреждения сертифицирован/аккредитован. 60,5 % врачебного состава аттестовано, причем 33 % – имеют высшую квалификационную категорию. Средний медицинский персонал аттестован на 69 %,



высшую квалификационную категорию имеют 48%. Подготовка кадров – многоступенчатая структура в Учреждении (см. рис 1). С 2010 года

были возрождены профориентационные мероприятия, которые уже несколько лет дают свои плоды.

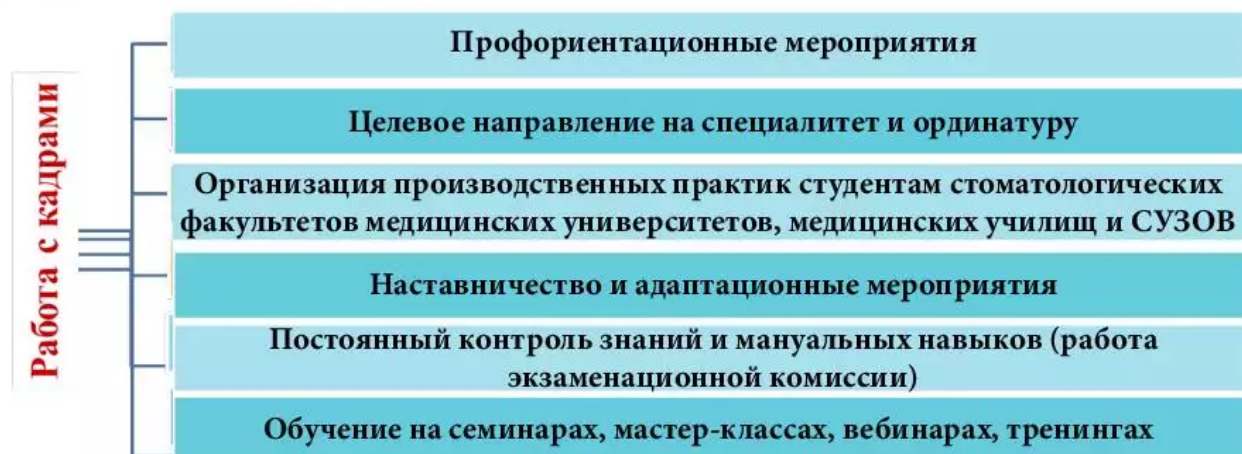


Рис. 1. Схема подготовки кадров в БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»

Качество медицинской помощи складывается из нескольких компонентов. Особое внимание традиционно уделяется повышению квалификации – медицинские работники проходят обучение на сертификационных и тематических циклах, участвуют в работе научно-практических конференций, мастер-классах ведущих стоматологов мира; активно практикуется проведение вебинаров с лучшими отечественными образовательными центрами медицинского профиля. Стоматологи Югры одними из первых в автономном округе вошли в систему непрерывного медицинского образования.



Уровень профессионализма медицинского персонала Учреждения высоко оценен:

- 5 врачей-стоматологов-терапевтов включены в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;
- 5 врачей-стоматологов и 1 медицинская сестра совместно с БУ ВО ХМАО-Югры

«Ханты-Мансийская государственная медицинская академия» участвуют в организации и проведении цикла «Сестринское дело» по теме «Сестринское дело в стоматологии»;

- 7 врачей-стоматологов, 3 медицинские сестры и 1 зубной техник являются экспертами отчетов о профессиональной деятельности медицинских работников автономного округа;
- большинство медицинских работников Учреждения имеют награды (почетные грамоты, благодарственные письма и т.д.) Депздрава Югры, Думы и администрации г. Ханты-Мансийска, Думы автономного округа. Ряд медицинских работников имеют благодарственные письма и почетные грамоты Министерства здравоохранения РФ, окружной общественной организации стоматологов ХМАО – Югры;



- 10 медицинских работников поликлиники награждены почетными наградами Стоматологической Ассоциации России (СтАР);
- зубные техники Учреждения являются неоднократными победителями и лауреатами Всероссийских и региональных конкурсов профессионального мастерства зубных техников.

Все специалисты стоматологического профиля являются членами окружной общественной организации стоматологов ХМАО-Югры, которая является структурной ячейкой Стоматологической ассоциации России (СтАР).



Второй компонент качества – материально-техническая база, которая в Учреждении соответствует утвержденным табелям оснащения лечебных кабинетов стоматологического профиля. Именно в Ханты-Мансийские в 2007 году появился первый на территории Югры денальный компьютерный томограф и система «Cad/ Cam». Лечение пациентов во всех отделениях осуществляется в «4 руки» – врач ведет прием вместе с ассистентом, тем самым обеспечивается максимум внимания больному и оказывается наибольший объем помощи в одно посещение.

С 2006 года введена в эксплуатацию единая локальная сеть, включая выездные стоматологические кабинеты в детских школьных и дошкольных образовательных учреждениях, что позволяет экономить время врача и пациента. Данные рентгенологического обследования передаются на рабочие места врачей-стоматологов.

С 2014 года в Учреждении внедрена электронная медицинская карта пациента с возможностью формирования онлайн электронного наряда на платные стоматологические услуги с последующей электронной передачей в кас-

су Учреждения (информационные системы «Электронная медицинская карта», мединфосистема и «1С:Бухгалтерия» интегрированы между собой).

С середины 90-х годов большое внимание уделяется профилактике стоматологических заболеваний: с 1998 г в городе работает профилактическая программа «Антикариес», в рамках которой проводится санация полости рта детей, обучение гигиене полости рта. Активно используется методика герметизации фиссур, как один из этапов профилактики. На сегодняшний день во всех школах города, БУ «Центр искусств одаренных детей Севера», Югорском государственном университете и 4 детских садах имеются стоматологические кабинеты. Ведется плановая санация детей социального приюта «Вега» и «Радуга». В 2016 году открыт стоматологический кабинет в БУ «Ханты-Мансийский районный дом-интернат» (п. Шапша).

Ежегодно более 140 000 пациентов из Югры и других субъектов РФ получают здесь высококвалифицированную стоматологическую помощь. Только за последние 5 лет в Учреждении внедрены обследование с помощью денального компьютерного томографа, фотопротокол на ортопедическом и ортодонтическом приемах, лечение осложненных форм кариеса с помощью вращающихся инструментов, зубосохраняющие технологии с применением методики отсроченного пломбирования, восстановление дефектов зубных рядов с помощью денальных имплантатов, восстановление цвета и формы зубов с помощью безметалловой керамики, в том числе, с применением CAD/CAM. На ортодонтическом приеме осуществляется лечение зубочелюстных аномалий с применением съемной и несъемной аппаратуры.



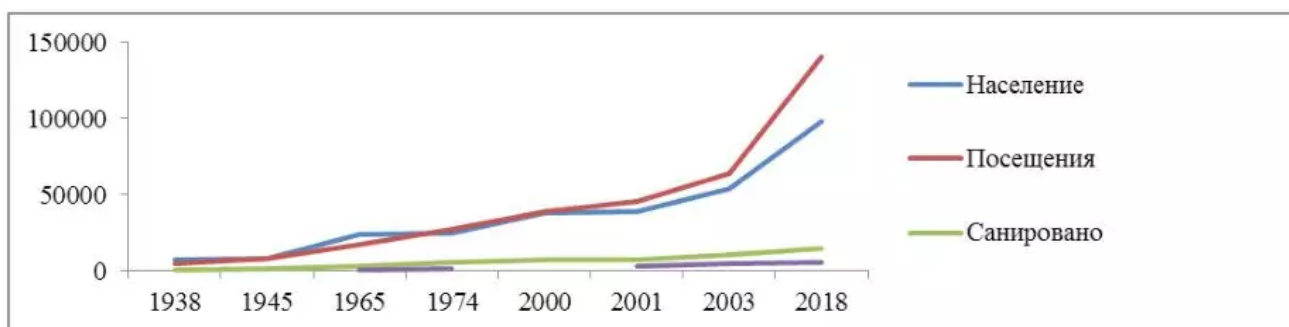


Рис. 2. Динамика основных количественных показателей Ханты-Мансийской клинической стоматологической поликлиники за 1938-2018 года

Неукоснительно соблюдается принцип безопасности медицинской деятельности: одноразовый набор расходного материала на каждого пациента, используется только одноразовый мелкий инструментарий, внедрены методики обработки корневых каналов зубов системой «One Wave», с 2002 года действует современная центральная стерилизационная, внедрена безвредная уборка кабинетов, обеззараживание и изменение внешнего вида отходов класса Б на аппарате «Балтнер», аппаратная обработка наконечников, строго соблюдаются требования санитарно-противоэпидемиологических санитарных правил и норм.

Благодаря такой материально-технической базе Ханты-Мансийская стоматология была выбрана площадкой для проведения 4 (!) Всероссийских финалов конкурсов профессионального мастерства, проводимых СТАР (2015 – Всероссийский чемпионат профессионального мастерства зубных техников, в 2017 – врачей стоматологов-ортопедов, в 2018 – «Эстетическая реставрация зубов» и «Медицинское отбеливание зубов»).

Учреждение с гордостью может называться пациентоориентированным. Главный девиз его коллектива – «Мы растем вместе с Вашими потребностями!». Начиная с 2007 года ежемесячно проводится анкетирование пациентов. Благодаря обратной связи, мы постоянно развиваемся, делая пребывание наших пациентов максимально комфортным.

Основные векторы нашей работы – доступность стоматологической помощи для каждого жителя автономного округа и комфортное пребывание в стенах поликлиники:

1. Начиная с 2010 года, внедрены электронные источники записи: инфоматы, интернет

запись, в 2016 году отменена, ставшая уже архаизмом, утренняя запись в регистратуре.

2. На 1 этаже поликлиники открыт стоматологический кабинет для маломобильных пациентов с кнопкой вызова персонала, проведены работы по размещению специальных знаков для плохослышащих и плоховидящих пациентов, приобретено электронное устройство для людей с ограниченными возможностями, позволяющее получать необходимую справочную информацию. В поликлинике имеется санитарная комната для людей с ограниченными возможностями с кнопкой вызова персонала.

3. Ежегодно открываются новые кабинеты.

4. С целью повышения доступности медицинской помощи в 2011 году внедрена запись на профилактические осмотры по системе «Санация +», позволяющая пациенту через 12 месяцев после плановой санации полости рта, минуя регистратуру, пройти осмотр и, при необходимости, получить помощь своего лечащего врача.

5. Пациенты, ожидая приема, располагаются в просторных, уютных холлах, украшенных цветами. Перед приемом предлагается ознакомление с профилактической информацией (буклеты, информационные стенды), просмотр телевизионных каналов. Такая обстановка снимает психоэмоциональное напряжение, обе-

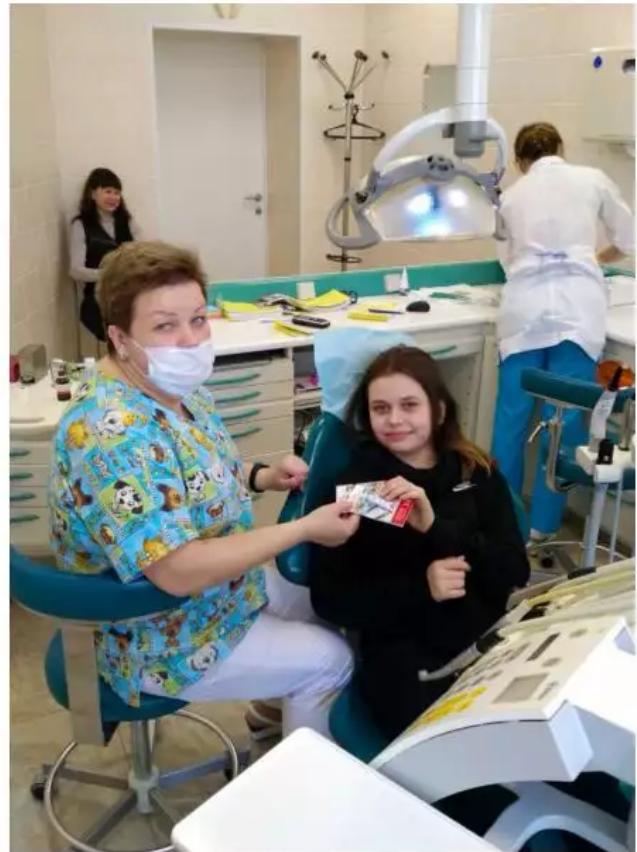


спечивает доверительные отношения между врачом и пациентом, что в свою очередь положительно сказывается на результатах лечения.

В холле у детских кабинетов установлен экран с трансляцией мультфильмов.

Главное в нашей работе – профилактика! Обучение рациональной гигиене полости рта взрослых и детей, причем с дошкольного воз-

раста. Уникальный проект существует с 2017 года в детских садах «Солнышко» и «Брусничка». А в школе №1 создана комната гигиены. Начиная с 2015 года, стоматологи Ханты-Мансийска присоединились к мероприятиям, проводимых в рамках Всемирного дня стоматологического здоровья.





С целью популяризации рациональной гигиены полости рта и рационального питания среди детей дошкольного и школьного возраста

та проводятся творческие конкурсы (рисунков, фото и т.д.). Мы активно взаимодействуем со средствами массовой информации. С 2017 года мы стали доступны в социальных сетях.



Но для нас важна профилактика не только стоматологических заболеваний. Уже несколько лет мы присоединяемся к Всероссийской акции «СтопВИЧСПИД».



Желаемый результат достигается эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессом. Особая гордость учреждения – создание интегрированной системы менеджмента (далее – ИСМ). С 2008 года Учреждение уделяет много внимания менеджменту по различным направлениям. В 2010 году Учреждение сертифицировано на соответствие требованиям стандарта «ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования», с марта 2012 года - ГОСТ Р 54934-2012/OHSAS 18001:2007. Национальный стандарт Российской Федерации. Систе-

мы менеджмента безопасности труда и охраны здоровья. Требования, с марта 2014 года – соответствие требованиям ГОСТ «ISO 14001 (ГОСТ Р ИСО 14001) Системы экологического менеджмента. Требования и руководство по применению» и ГОСТ «ISO 50001:2011 Системы энергетического менеджмента. Требования и руководство по применению». В мае 2019 года планируется сертификация системы информационной безопасности на соответствие требованиям ISO/IEC 27001:2013 «Системы менеджмента информационной безопасности. Требования». Таким образом, Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника стала единственной медицинской организацией РФ, сертифицированной более чем по 2 системам менеджмента. Ежегодно в поликлинике проводятся внешние и внутренние аудиты СМК (с 2011 года – ИСМ). Аудиторской проверке подвергаются все ее процессы и подпроцессы, структурные подразделения.

Система контроля качества в Ханты-Мансийской клинической стоматологической поликлинике – не формальность, а реальный инструмент управления.

Учреждение является признанным лидером организационно-методической, консультативной работы среди учреждений Югры, оказывающих стоматологическую помощь населению, и центром окружной общественной организации стоматологов ХМАО-Югры. Координирует мероприятия по профилактике, диагностике и лечению основных стоматологических заболеваний в тесном сотрудничестве с органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора, образования, общественными

организациями, с ТФОМС ХМАО-Югры, Департаментом здравоохранения Югры, Стоматологической ассоциацией России (СтАР).

Вклад БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» в развитие стоматологии Российской Федерации и системы здравоохранения региона отмечен многочисленными почетными грамотами и благодарственными письмами Департамента здравоохранения, ТФОМС ХМАО-Югры, Губернатора Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. В 2012 году Учреждение признано лучшей организацией здравоохранения города Ханты-Мансийска. В 2014 году награждено орденом Стоматологической ассоциации России «За заслуги перед стоматологией II степени» и присвоен статус инновационного центра Стоматологической Ассоциации России. В 2015 году стоматология Ханты-Мансийска включена в национальный реестр «Ведущие учреждения здравоохранения России», в 2016 году награждена Почетным знаком «За вклад в развитие города Ханты-Мансийска», в 2018 году награждена орденом Стоматологической ассоциации России «За заслуги перед стоматологией I степени».

Течение времени изменяет историю, меняет людей, открывает новые перспективы, высокие технологии. Коллектив Ханты-Мансийской клинической стоматологической поликлиники сохраняет традиции, заложенные предшественниками: далее созидать, заботиться о самом дорогом для человека – его здоровье и красивой улыбке, чтобы и через многие годы с уверенностью утверждать: «Мы – лучшие!».

© Рецлова Ю.А., Казакова В.А., 2019

МЕЛЬНИКОВА ЛЮДМИЛА АЛЕКСАНДРОВНА

«Жить с любовью и ответственностью к профессии и людям»

10 апреля 2019 года отметит свой юбилей замечательный человек, профессионал своего дела, врач-лаборант высшей квалификационной категории – Людмила Александровна Мельникова.

22 года она посвятила работе в службе крови города Нижневартовска. Результаты её профессиональной деятельности в системе здравоохранения города бесценны.



Людмила Александровна родилась 10 апреля 1944 года в жемчужине Урала – городе Нижнем Тагиле Свердловской области. После успешного окончания школы поступила на биологический факультет Башкирского государственного университета имени 40-летия Октября.

Трудовой путь Людмилы Александровны довольно интересен. Успешно закончив в 1967 году университет с квалификацией «Биолог», она до 1979 года преподавала химию и биологию в школе города Нефтекамска. 12 лет она посвятила преподавательской деятельности и воспитанию подрастающего поколения. Этот опыт работы Людмилы Александровны нашёл важное применение в её последующей трудовой деятельности в лабораторной диагностике службы крови.

В системе здравоохранения трудовой стаж Людмилы Александровны начался в 1979 году с должности врача-лаборанта городской станции переливания крови города Нефтекамска. Избрав благородную профессию врача, она посвятила всю дальнейшую трудовую деятельность священному делу служения человеку.

В службе крови города Нижневартовска Людмила Александровна начала работать с июля 1984 года в должности врача-лаборанта лаборатории иммунологических стандартов станции переливания крови. Благодаря организаторским способностям, обширным теоретическим знаниям и практическим навыкам в вопросах иммуногематологических исследований крови, активному стремлению к профессиональному развитию через четыре месяца Людмила Александровна назначена на должность заведующей лабораторией иммунологических стандартов, которую она успешно возглавляла до выхода на заслуженный отдых в 2006 году. Её всегда отличали профессионализм и компетентность, перспективное виденье путей развития лаборатории, умение сплотить и мотивировать коллектив на решение сложных задач и достижение новых целей.

За время работы в учреждении Людмила Александровна внесла значительный вклад в развитие как производственной, так и клинической трансфузиологии в городе Нижневартовске. Под её непосредственным руководством в учреждении было внедрено изготовление изосерологических сывороток и стандартных эритроцитов для определения групп крови, внедрены алгоритмы индивидуального подбора компонентов крови, разработана программа подготовки врачей службы крови и медицинских организаций по вопросам иммуногематологии. На протяжении десятилетий подготовка врачей города по вопросам групповой принадлежно-

сти крови, качественные исследования крови доноров и пациентов в городе Нижневартовске обеспечивались благодаря производственной и организационно-методической работе Людмилы Александровны. Любимому делу она всегда отдавала максимум сил и энергии.

Хватало у неё сил и на общественную деятельность – на протяжении нескольких лет она возглавляла первичную профсоюзную организацию. Организаторские способности Людмилы Александровны и такие её личные качества как отзывчивость, желание поддержать и помочь каждому нуждающемуся сделали её активным участником общественной жизни не только коллектива возглавляемой лаборатории, но и станции переливания крови.

За многолетний и добросовестный труд Людмила Александровна неоднократно награ-

ждалась почетными грамотами и благодарностями Департамента здравоохранения ХМАО-Югры, награждена юбилейной медалью «За доблестный труд» в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина, ей присвоено звание «Ветеран труда РФ», награждена нагрудным знаком «Почетный донор СССР».

Коллектив Нижневартовского филиала КУ «Станция переливания крови» и врачи медицинских организаций города с большим уважением и благодарностью вспоминают о Людмиле Александровне.

Особенно отрадно, что успехи Людмилы Александровны не ограничиваются достижениями в профессиональной деятельности. Сегодня, находясь на заслуженном отдыхе, она дарит свою любовь и заботу близким. Она – счастливая супруга, мама, бабушка и прабабушка!

**От всей души поздравляем Вас,
Людмила Александровна, с юбилейной датой!
Говорят, что 75 – это возраст мудрости, почета, уважения и славы.
Мы желаем, чтобы для Вас он также был возрастом крепкого здоровья, бодрости,
радости, благополучия и семейного тепла!**

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Окружная клиническая больница Ханты-Мансийска – среди лучших в стране.....3
- Чистяков С.Н.** Система непрерывного медицинского профессионального образования: проблемы и перспективы развития.....7
- Бычкова И.Ю., Шереметьева В.В.** Медицинские кадры как основной ресурс в контексте реализации регионального портфеля проекта «Здравоохранение».....10
- Калинина Д.А.** Няганская городская поликлиника: будущее – за информационными технологиями...14

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

- Жевелик О.Д., Дзюман Е.М., Чижевич Т.А.** Добровольчество как одно из направлений деятельности медицинских организаций.....16
- Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Раннев А.Ю., Вильцев И.М.** К вопросу уточнения диагноза при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека.....20
- Санторо Э.Ю., Хабибуллин А.Ф.** Хирургическое лечение катаракты при эктопии хрусталика: клинический случай синдрома Марфана.....23
- Мошкин А.В., Сковбель И.А., Большаков В.А.** Острый инфаркт миокарда. Кто виноват и что делать?.....27
- Рупчева И. Н.** Аттестация в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре: актуальность процедуры, основные положения и возникающие проблемы. Итоги 2018 года.....29

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Третьякова Н.Ю.** Взаимосвязь остеопороза и болевого синдрома у больных раком молочной железы в пременопаузе.....35
- Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Шакиров И.И., Вильцев И.М.** Постмортальная диагностика аневризмы аорты.....42
- Бархатова Е.П., Санторо Э.Ю.** Опыт применения ранибизумаба в лечении возрастной макулярной дегенерации.....45
- Чумаченко Л.А., Ибрагимова Е.А.** Оценка предстартового психологического состояния спортсменов. Психологическая подготовка спортсменов в соревновательный период.....49

АКТУАЛЬНО

- Зайкова Р.Р.** Как понять, что у тебя депрессия и что с ней делать!?!.....52

МЕДИЦИНА В ЛИЦАХ

- Плеханова В.Д.** Нефрология – моя отдушина.....54
- Фролова Н.В., Надымова С.Н.** Бородин Алексей Игнатьевич.....56
- Грибкова В.Б.** Жизнь = наука.....58
- Рецлова Ю.А., Казакова В.А.** В ногу со временем..64

ПОЗДРАВЛЯЕМ

- Мельникова Людмила Александровна**.....74