



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



ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 1/26/2021

Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16+



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 1(26) 2021

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: *Тараник Марина Борисовна* – главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2», Главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

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

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

Дата выхода 05.04.2021 г.

Усл.печ. 8,3.

Тираж 50 экз.

Выходит раз в
три месяца

Цена
свободная

Отпечатано

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



Уважаемые коллеги!

Вышел новый, первый в 2021 году номер журнала.

В весеннем выпуске коллеги делятся опытом преодоления актуальных угроз в обеспечении качественной медицинской помощи в период пандемии COVID-19. Так вы узнаете об особенностях эмоционального состояния пациентов с диагнозом COVID-19, проходивших лечение в амбулаторных условиях, а также о том, как погасить конфликты и сделать клинику пациентоориентированной. Станция скорой медицинской помощи Ханты-Мансийска поделилась итогами непростого 2020 года и рассказала об особенностях организации работы скорой медицинской помощи в условиях новой коронавирусной инфекции.

Серьезный шаг для развития здравоохранения Югры – первая в регионе трансплантация сердца выполнена в БУ «Окружная клиническая больница» Ханты-Мансийска.

– Все те часы, когда шла эта операция, было ощущение, что мы не просто затаили дыхание, мы не дышали, ждали того момента, когда новое сердце забьется в груди больного. – поделилась главный врач Окружной клинической больницы Елена Кутефа.

Также на страницах нового выпуска несомненный интерес читателей вызовут аналитические материалы о диагностических исследованиях при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров, клинко-эпидемиологической ситуации психических и наркологических расстройств и другие.

Наука не может стоять на месте, также активно специалисты продолжают научную деятельность, невзирая на внешние обстоятельства.

Хочу искренне поблагодарить наших читателей, авторов за интерес к журналу и его поддержку, которую мы постоянно чувствуем, и она очень важна для нас.

Главный редактор журнала
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»

Чистяков С.Н.,

кандидат педагогических наук,
заместитель директора БУ «Медицинский
информационно-аналитический центр»

Заслуженный работник образования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

УДК 611.1

ПЕРВАЯ В РЕГИОНЕ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА ВЫПОЛНЕНА В БУ «ОКРУЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ХАНТЫ-МАНСИЙСКА

Елена Кутефа: «Во время операции было ощущение, что мы не просто затаили дыхание, мы не дышали, ждали того момента, когда новое сердце забьется в груди больного». Специалисты окружной клинической больницы Ханты-Мансийска впервые в регионе пересадили сердце жителю Югры. Сама операция по пересадке сердца у реципиента длилась 4 часа 15 минут.

Ключевые слова: трансплантация сердца, операция по пересадке сердца



У операционного стола работала команда хирургов – Сергей Стефанов, Константин Смолянинов, Константин Смышляев, Жаргалма Дандарова; анестезиологи и перфузиологи – Дмитрий Урусов, Дмитрий Пушкарев, Лилия Рахматулина. Всего операцию обеспечивали 13 врачей и медицинских сестер.

После снятия зажима с аорты и пуска кровотока новое сердце сразу само восстановило правильный ритм, на небольшой медикаментозной поддержке врачи закончили искусственное кровообращение и перевели пациента в реанимацию. В тот же день он уже дышал самостоятельно. Через трое суток после операции из отделения реанимации его доставили в

кардиохирургическое отделение. По мнению врачей, сама операция и послеоперационный период прошли гладко. Специалисты сделали свое дело профессионально. Пациент чувствует себя хорошо, уже выписан и находится под амбулаторным наблюдением кардиолога. Ему предстоит реабилитационно-восстановительное лечение.

– Пересадка сердца сложна не столько самой операцией, сколько огромной работой, которая предшествует пересадке и следует за ней. Это работа огромного количества специалистов, – говорит кардиохирург Сергей Стефанов.



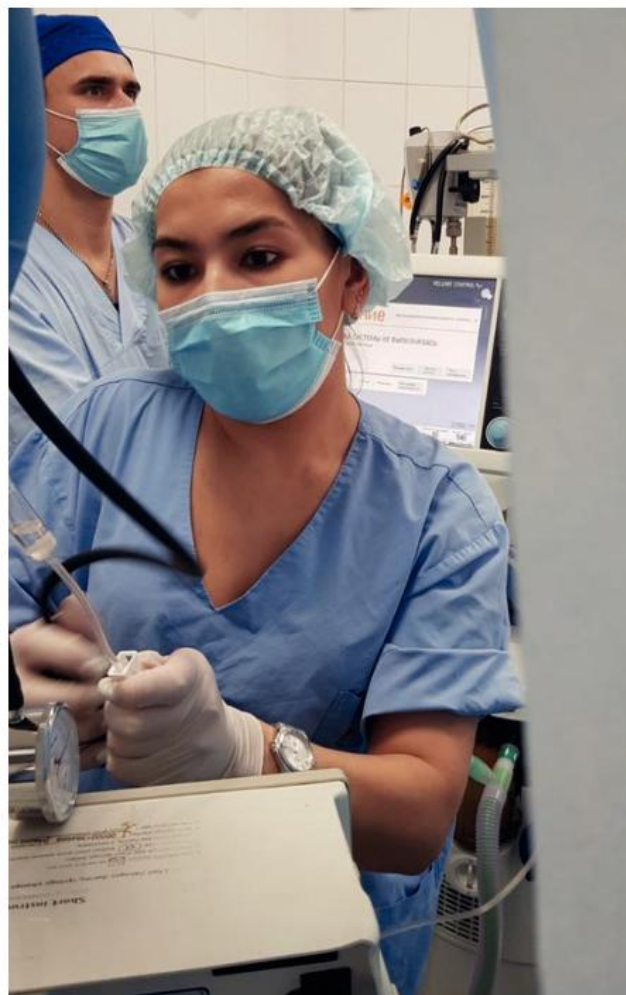
В этом сложном многоэтапном мероприятии участвуют кардиологи, хирурги, трансфузиологи, анестезиологи-реаниматологи, сотрудники лабораторий. Кроме того – патологоанатомы-гистологи, которые анализируют данные биопсии миокарда, рентгенэндоваскулярные хирурги на дооперационном этапе проводят зондирование сердца, определяют различные показатели, проводят биопсию миокарда. Огромную роль для тактики ведения больного играют специалисты по эхокардиографии, потому что очень важна оценка донорского сердца, сердца пациента, а далее - сердца после пересадки. Весь послеоперационный период больного курировала врач-кардиолог Самира Гасымова.

– Мы не столкнулись ни с одной из проблем во время выполнения процедуры. Организационно и технически система отла-

жена очень четко. Это заслуга той команды хирургов и трансплантологов, которые до нас прошли путь по пересадке почки и печени. Предыдущий опыт наших коллег существенно облегчил нам задачу, – считает кардиохирург Сергей Стефанов.

Главный врач Окружной клинической больницы Елена Кутефа говорит о профессионализме всех участников этого события. Это успех всей мультидисциплинарной команды медицинского учреждения. Это серьезный шаг для развития здравоохранения Югры:

– Все те часы, когда шла эта операция, было ощущение, что мы не просто затаили дыхание, мы не дышали, ждали того момента, когда новое сердце забьется в груди больного. И когда этот момент настал, радостное событие произошло, из операционной тут же поступил звонок, наступило ни с чем не сравнимое ощущение, когда ты понимаешь, что это возможно, что это не чудо.



Елена Кутефа рассказала о том, что даже в период пандемии работа по подготовке к трансплантации сердца продолжалась. Для отбора реципиентов специалистам необходимо более углубленно обследовать больных, в том числе с зондированием полостей сердца, проведением лабораторного тестирования, с тем, чтобы сформировать регистр Листа ожидания. Оставив работу было просто недопустимо. Ведь для некоторых жителей Югры пересадка сердца – это единственный путь к спасению.

Директор Национального медицинского исследовательского центра трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова, главный внештатный специалист трансплантолог Минздрава России Сергей Готье высоко оценил работу югорских врачей.

– Конечно, специалисты Ханты-Мансийска молодцы! У них пока опыт очень небольшой и эта первая операция - только начало хорошего будущего. Я был у вас в больнице, я знаю этих врачей, они были у нас и консультировались с нашим центром. У вас достаточное диагностическое оборудование, чтобы выполнять трансплантации почки, печени и сердца. По сути, для того чтобы выполнить операцию по пересадке сердца необходимо оборудование, которое используется в кардиохирургии. К этому нужно приставить грамотную команду – руки и голову. И самое главное – это донорские органы! – отметил Сергей Владимирович.

По словам заместителя руководителя по терапии ОКБ Светланы Акининой, сегодня в Листе ожидания на пересадку сердца стоит 12 человек, и еще 17 югорчан находятся под динамическим наблюдением, то есть они имеют определенные критерии к трансплантации, но нуждаются в дообследовании.

Путь к первой операции по пересадке сердца был долгим. Формирование концепции Службы трансплантологии Югры началось еще в 2014 году. Первые операции по пересадке почки начали проводить в 2015 году, когда был открыт Центр органного донорства и трансплантации на базе медицинского учреждения. В июле 2017 года приказом Министерства здра-

воохранения РФ Окружная клиническая больница Ханты-Мансийска была включена в перечень учреждений здравоохранения, осуществляющих забор, заготовку и трансплантацию органов. Специалисты ОКБ прошли обучение в лучших европейских клиниках, а также – в Национальном медицинском исследовательском центре трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова. В сентябре прошлого года эксперты Центра Шумакова побывали в больнице Ханты-Мансийска и оценили возможности медицинского учреждения. Они пришли к выводу, что материально-техническая база и профессиональная подготовка коллектива позволяют приступить к осуществлению трансплантации сердца. Более опытные коллеги и кураторы были на связи и после операции готовы были проконсультировать врачей в онлайн формате.

На счету у Службы трансплантологов в ОКБ – 44 операции по пересадке почки, 7 операций по пересадке печени и первая успешная трансплантация сердца. Надо отметить, что все лечение пациенты получают за счет федерального и окружного бюджетов.

Постскриптум

Сергей Стефанов, заведующий кардиохирургическим отделением ОКБ, врач кардиохирург:

– Каждый день я держу в руках сердце, которое оперирую. Здесь в руках держишь два сердца. И сердце, которое ты удаляешь, и сердце, которое ты пересаживаешь. И вот такой психологический момент: когда реципиент подключен к аппарату искусственного кровообращения, когда полностью удаляешь его сердце, которое уже не работает, перед тобой – пациент с пустой грудной клеткой, где нет сердца... И ты должен взять и филигранно пришить новый орган. И если что-то пойдет не так, то у тебя нет пространства для маневра... Вот здесь несколько тревожный момент, особенно на первой пересадке. Я благодарен всей команде. Мы работали слаженно, тихо, спокойно. Я бы сказал буднично. И это хорошо!

Пресс-центр Окружной клинической больницы

ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ГОРОДЕ ХАНТЫ-МАНСИЙСКЕ ЗА ПЕРИОД 1991 - 2019 ГОДЫ**Фоминых О.М.,**к.м.н. врач – методист организационно-методического отдела
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»**Ковалев К.А.,**заведующий кабинетом медицинской профилактики – врач – психиатр – нарколог
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»**Лазарева Т.В.,**заведующая организационно-методическим отделом – врач - методист
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»**Матжанова Е.Б.,**медицинский статистик организационно-методического отдела
БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»

Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница как самостоятельное медицинское учреждение начала свою работу с 1 января 1991 года. Впоследствии стала ведущим центром клинической и профилактической психиатрии, наркологической помощи, эффективного мониторинга состояния психического и наркологического здоровья населения автономного округа.

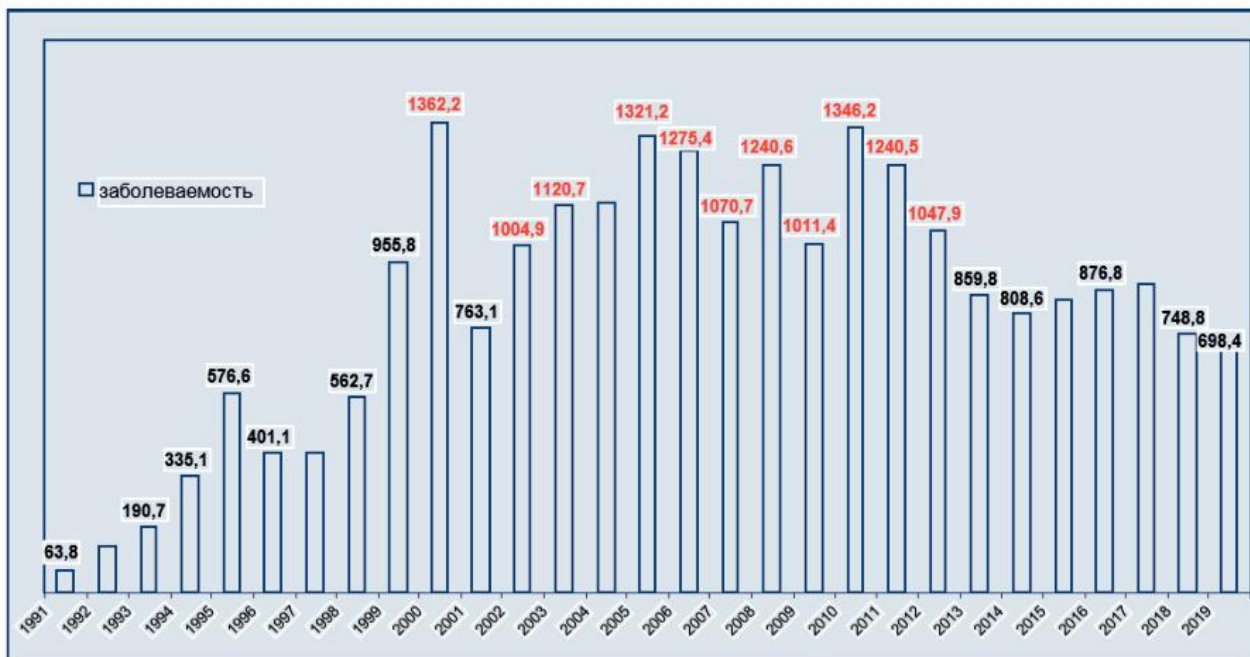
Ключевые слова: профилактическая психиатрия, наркологическая помощь

Процесс становления клинической базы учреждения осуществлялся в сложнейших экономических, социально-политических, кадровых условиях, позже обозначенных в отечественной науке, как особый период реформирования здравоохранения. Сложности клинической деятельности на базе ХМКПНБ дополнялись трудностями статистического учета заболеваемости на огромной территории, нередко имевшей место очень с низкой плотностью населения. На пути эффективной клинической и лечебно-профилактической деятельности определялись сложности в виде недостатков транспортной доступности специалистами практически всех контингентов больных, сложностями неэффективного лекарственного снабжения, недостатком клинического врачебного и среднего персонала и, собственно, самих клинических учреждений, в том числе, доврачебной помощи. Сложность клинической и профилактической помощи усиливалась из-за трудностей учета физического движения населения в этот период. Что, нередко, вело к искажению статистических показателей, в том числе эффективной оценке психической заболеваемости населения, впрочем, как и в других видах социально-значимых неэпидемических заболеваний.

За период регистрации с 1991 года заболеваемость психическими расстройствами в городе Ханты-Мансийске характеризовалась резкими подъёмами (1362,2 случая на 100 тыс. населения в 2000 г.) Впоследствии и на протяжении 11 лет, с 2002 по 2012 гг. эти высокие показатели не опускались ниже 1000 случаев на 100 тыс. населения. Рост или стабильно высокий уровень показателей заболеваемости в период посткризисного 2000 года нетрудно связать с тяжелыми стрессогенными социально-экономическими проблемами конца 90-х годов и их последствием – стремительным ростом демографических показателей в ХМАО, ввиду очень активного механического движения населения как из различных территорий РФ, так и стран СНГ, с их активными недостатками в организации медицинской помощи.

Такие трудности испытывали практически все отрасли здравоохранения. К примеру, нельзя забывать, что в этот же период страна была на грани объявления эпидемии туберкулеза в связи с ростом заболеваемости на фоне низкого финансирования мероприятий для принятия действенных, как профилактических, так и клинических мер.

Заболеваемость психическими расстройствами на территории города Ханты-Мансийска в период 1991 - 2019гг.

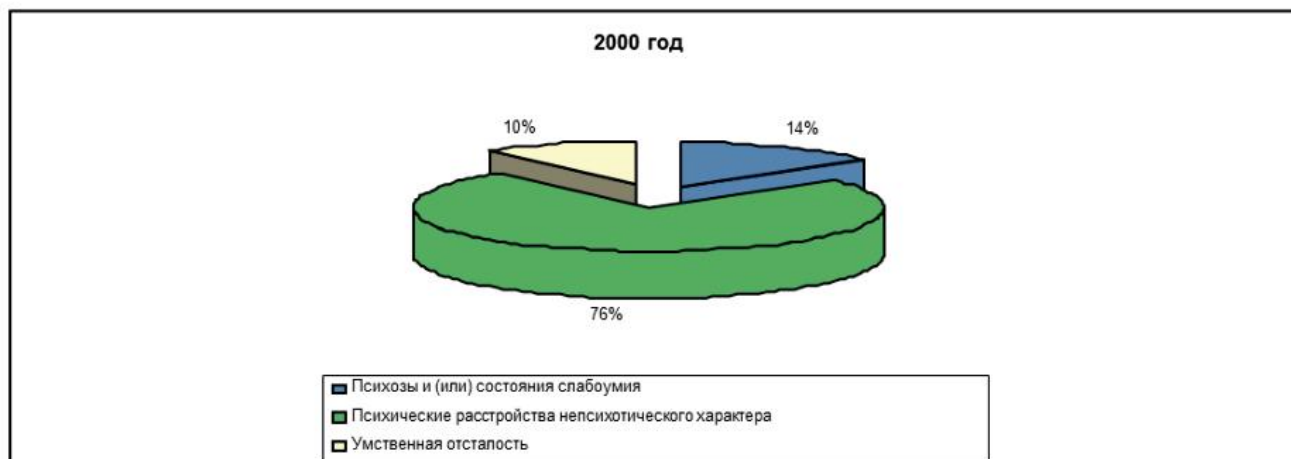


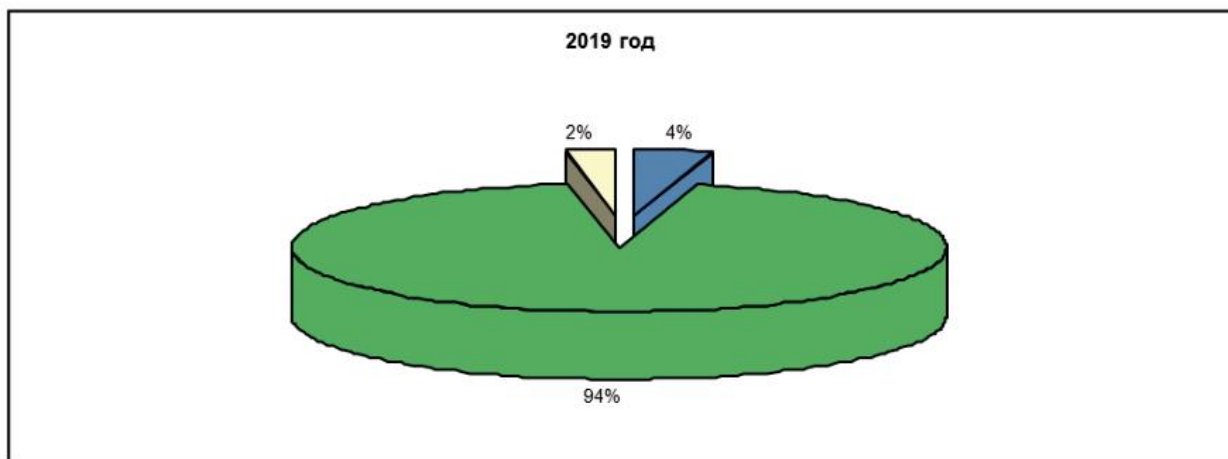
После 2000 г. дальнейшие подъемы заболеваемости, но уже менее значительный наблюдался в 2005-2006 гг. (1321,2 и 1275,4 на 100 тыс. населения). А вот в период с 2011-2012 гг. и по 1 января 2020 года наблюдалось уже стабильное снижение заболеваемости психическими расстройствами. За эти 8 лет (с 2012 г. по 2020 гг.) она снизилась на 33,3%, т.е. с 1346,2 до уровня 698,4 на 100 тыс. населения. Причинами

этого снижения являются все те же основные факторы: регулирование механического движения населения, снижение влияния стрессогенных факторов, через повышение уровня жизни и культуры проживания на территории, и повышение эффективности проводимых клинических и профилактических мероприятий, необходимым контингентом более квалифицированных специалистов-психиатров.

Диаграмма 2

Диагностическая структура заболеваемости психическими расстройствами по нозологии в г. Ханты-Мансийске в период 2000 и 2019 годы



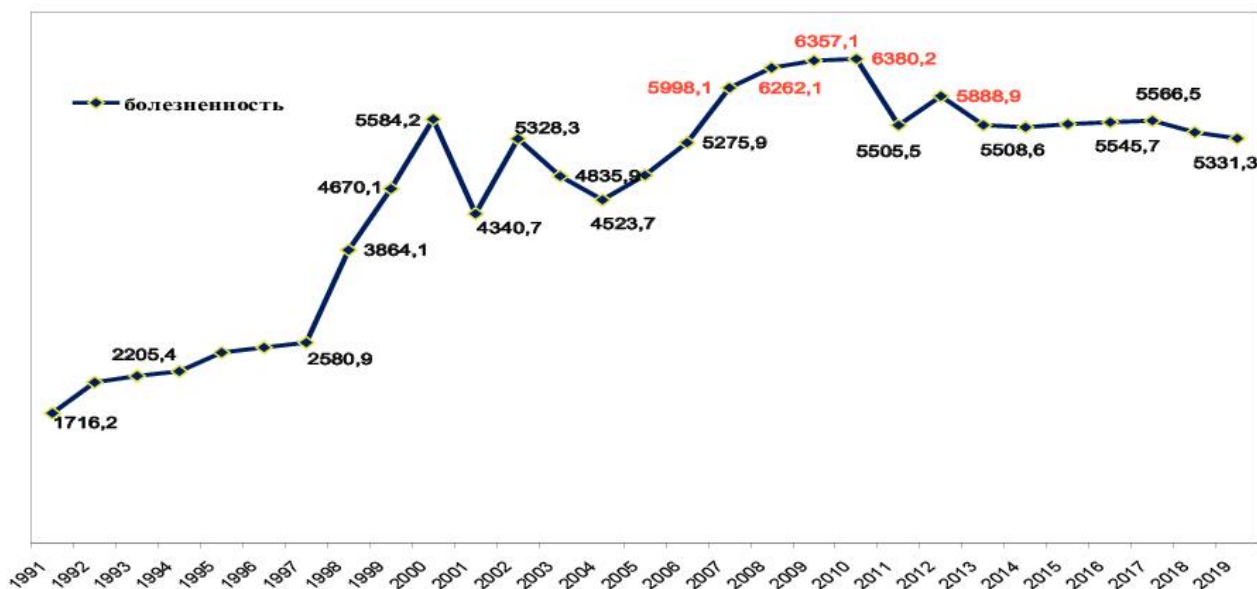


В диагностической структуре заболеваемости психическими расстройствами по нозологии в г. Ханты-Мансийске в период 2000 и 2019 годы преобладают психотические расстройства непсихотического характера, в 2000 году доля

составила 76% по сравнению с 2019 годом, увеличилась на 18%, за счет уменьшения доли «Психозы и (или) состояния слабоумия» и «умственная отсталость».

Диаграмма 3

Болезненность психическими расстройствами на территории города Ханты-Мансийска в период 1991 - 2019гг.

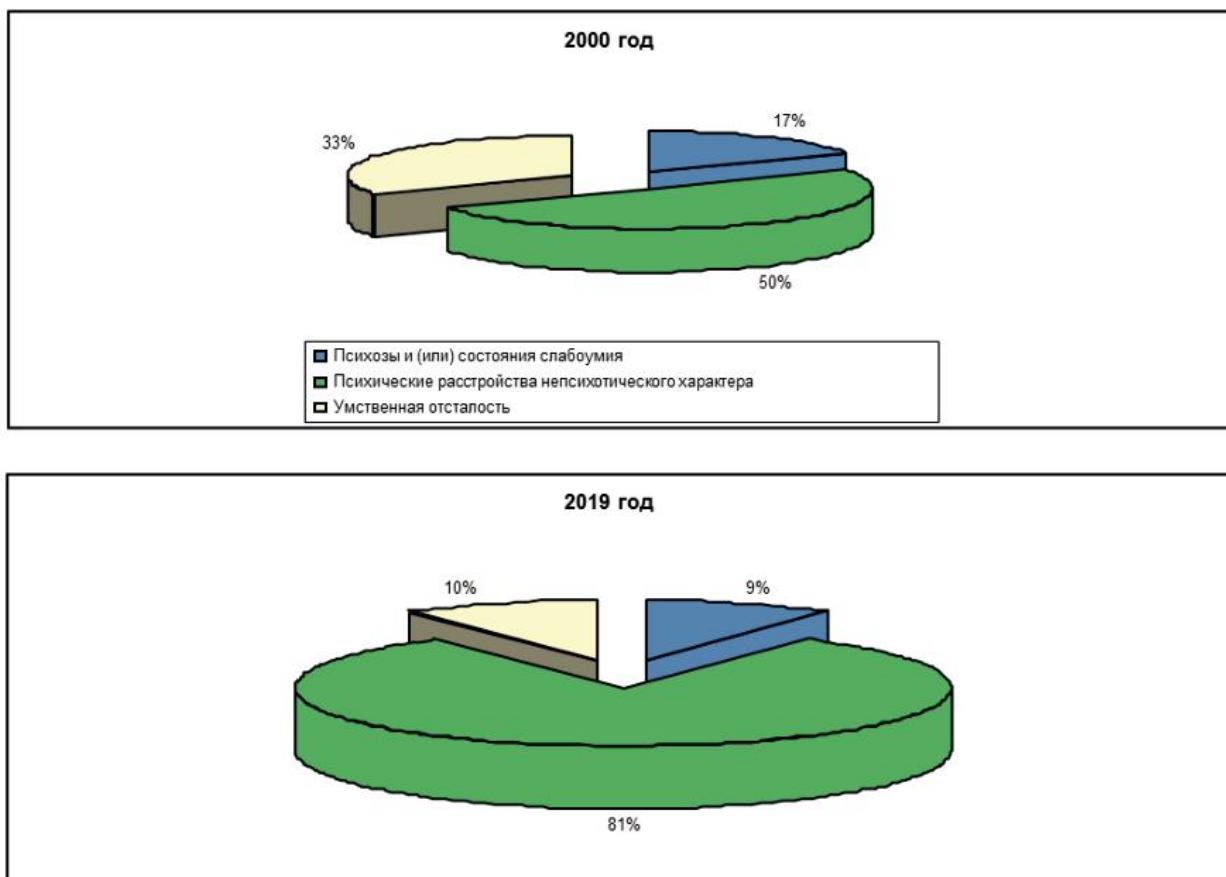


Динамика болезненности психическими расстройствами в г. Ханты-Мансийске имеет накопительный характер, ввиду особенностей клиники данного вида заболеваний. За период с 1991 года возросла на 210,5% или в 3,1 раза и к 2020 году составила уже 5331,3 на 100 тысяч населения.

Таким образом, болезненность психическими расстройствами на территории города

Ханты-Мансийска за период работы учреждения имела тенденцию к росту, что нередко определялось более наукоемким и квалифицированным подходом не только к выявлению, но и к эффективным клиническим мероприятиям при ведении больных, стабилизацией необходимого контроля за их состоянием.

Диагностическая структура болезненности психическими расстройствами по нозологии в г. Ханты-Мансийске период 2000 и 2019 года

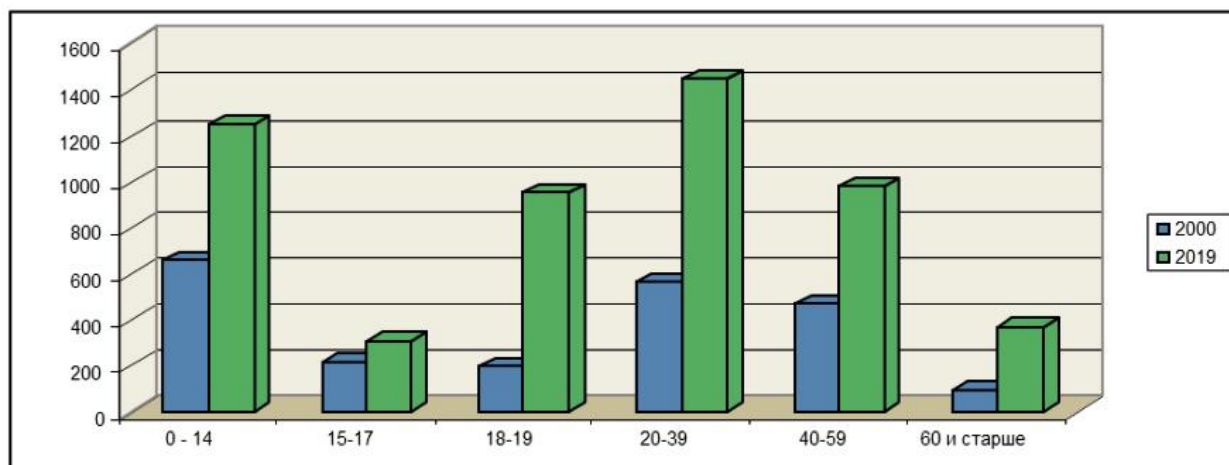


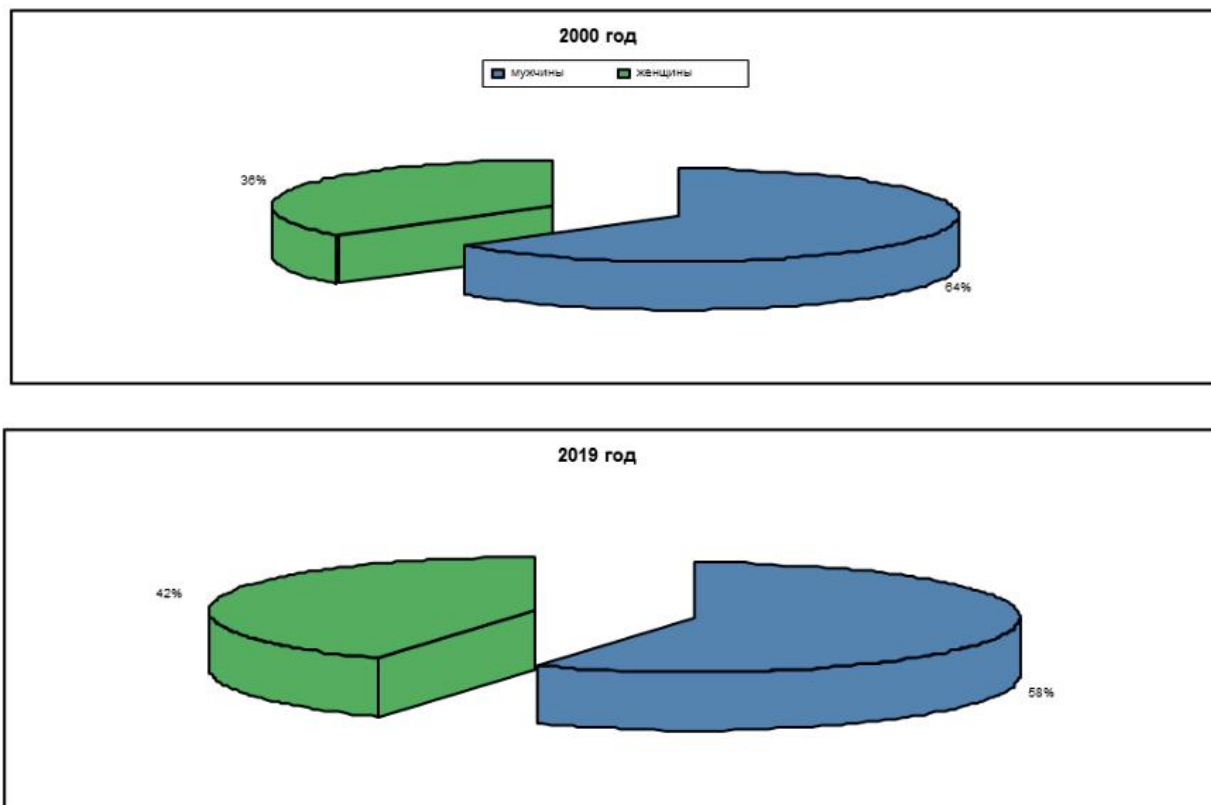
В диагностической структуре болезненности психическими расстройствами по нозологии в г. Ханты-Мансийске в период 2000 и 2019 годы увеличилась доля психотических

расстройств непсихотического характера с 50% в 2000 году до 81% в 2019 году, за счет уменьшения доли «Психозы и (или) состояния слабоумия» и «умственная отсталость».

Диаграмма 5

Число пациентов зарегистрированных с психическими расстройствами в течение года по возрасту и полу в сравнении 2000 и 2019 года в г. Ханты-Мансийске





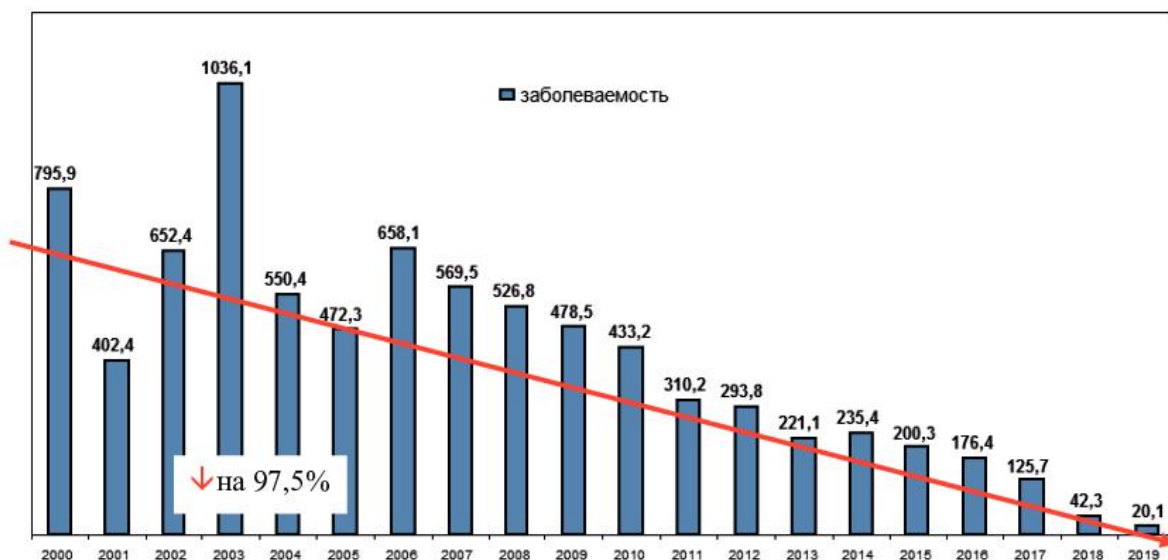
Основное число пациентов с психическими расстройствами наблюдается в возрастной группе 0-14 лет и 20-39 лет. По половозрастному признаку большее число пациентов с психическими расстройствами приходится на мужчин. С 2000 года по 2019 год наблюдается пере-

распределение доли между мужчинами и женщинами. В 2000 году доля женщин составляла 36%, а мужчин – 64%, в 2019 году доля женщин составляла 42%, и мужчин – 58%. Доля мужчин в структуре психических расстройств на 16% больше, чем женщин.

Наркологические расстройства в г. Ханты-Мансийске в показателях на 100 тысяч населения

Диаграмма 7

Заболеваемость наркологическими расстройствами на территории города Ханты-Мансийска в период 1991 - 2019гг



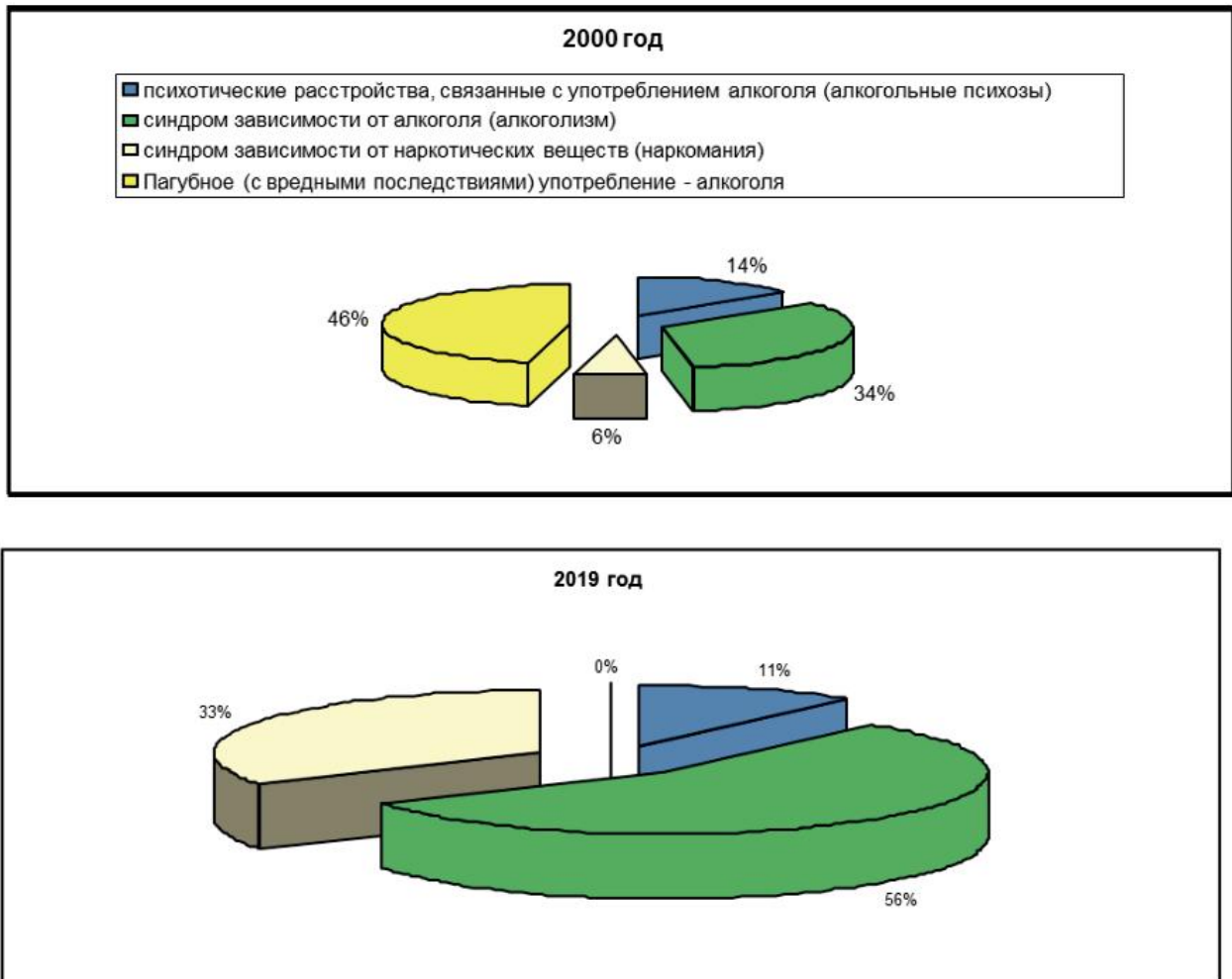
Проводя анализ показателей заболеваемости наркологическими расстройствами на территории города Ханты-Мансийска за указанный период работы учреждения, установлено, что пик зарегистрированных наркологических расстройств пришелся на 2003 год, это был огромный показатель в 1036,1 случаев на 100

тысяч населения. В дальнейшем регистрировалось постепенное снижение заболеваемости.

К 2020 году заболеваемость наркологическими расстройствами в г. Ханты-Мансийске снизилась в 40 раз, с показателя 795,9 на 100 тысяч населения в 2000 году до 20,1 на 100 тысяч населения в 2019 году.

Диаграмма 8

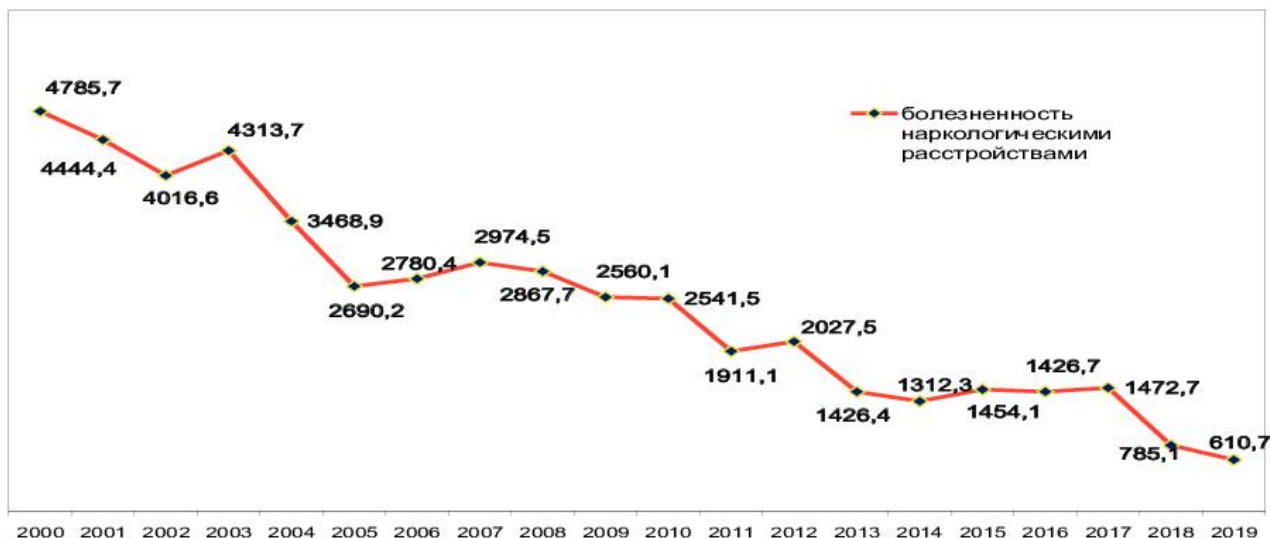
Диагностическая структура заболеваемости наркологическими расстройствами по нозологии в г. Ханты-Мансийске в период 2000 и 2019 года



В диагностической структуре заболеваемости наркологическими расстройствами по нозологии в г. Ханты-Мансийске в период 2000 и 2019 года синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм), доля которого увеличилась с 2000 года с 36% до 56% в 2019 году. Возможное увеличение произошло за счет перераспреде-

ния доли Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя, которая в 2000 году составляла 46%, а в 2019 году составила 0%. Доля психотических расстройств, связанных с употреблением алкоголя (алкогольные психозы) имеет небольшую тенденцию к снижению с 14% в 2000 году, до 11% в 2019 году.

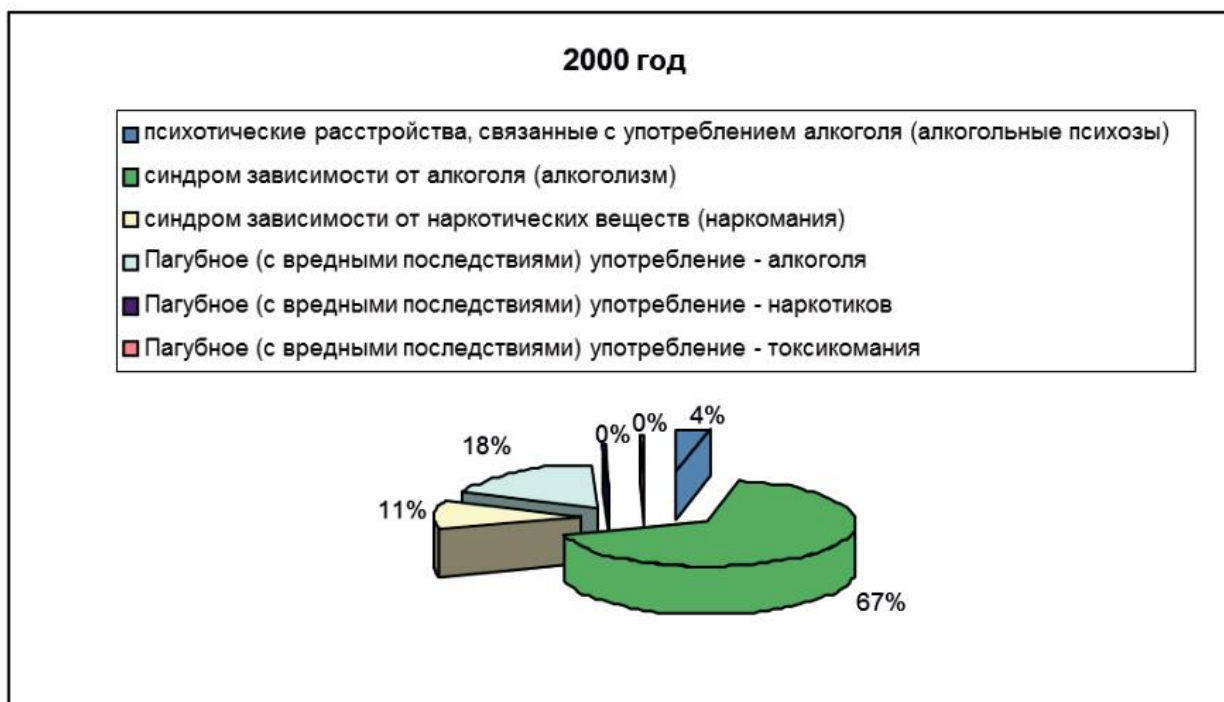
Болезненность наркологическими расстройствами на территории города Ханты-Мансийска в период 1991-2019 гг.

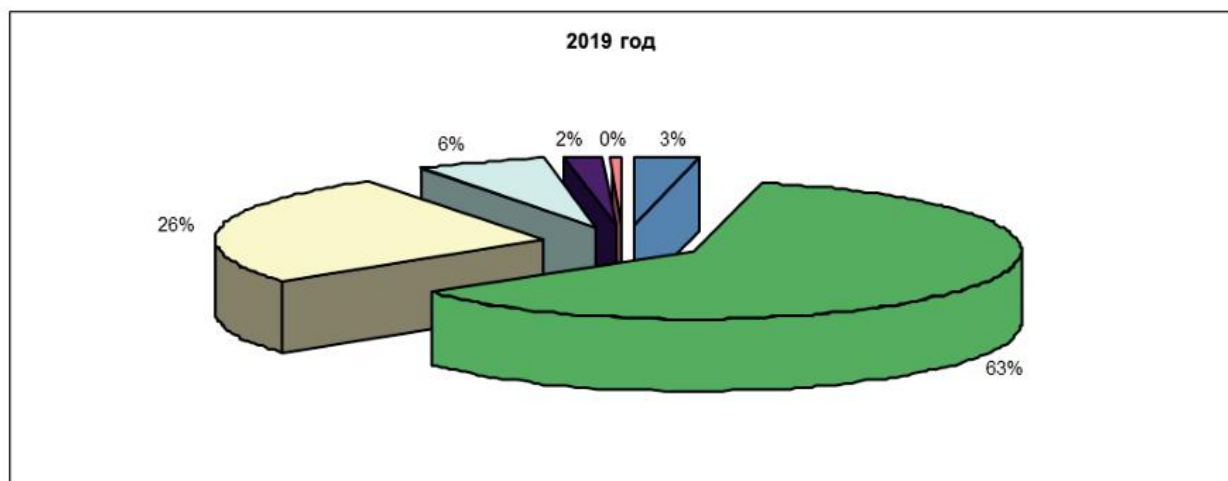


Болезненность за период с 2000 по 2020 казателя 4785,7 до 610,7 на 100 тысяч насе- год уменьшилась в 7,8 раз или на 87,2% с по- ния.

Диаграмма 10

Диагностическая структура болезненности наркологическими расстройствами по нозологии в г. Ханты-Мансийске период 2000 и 2019 года



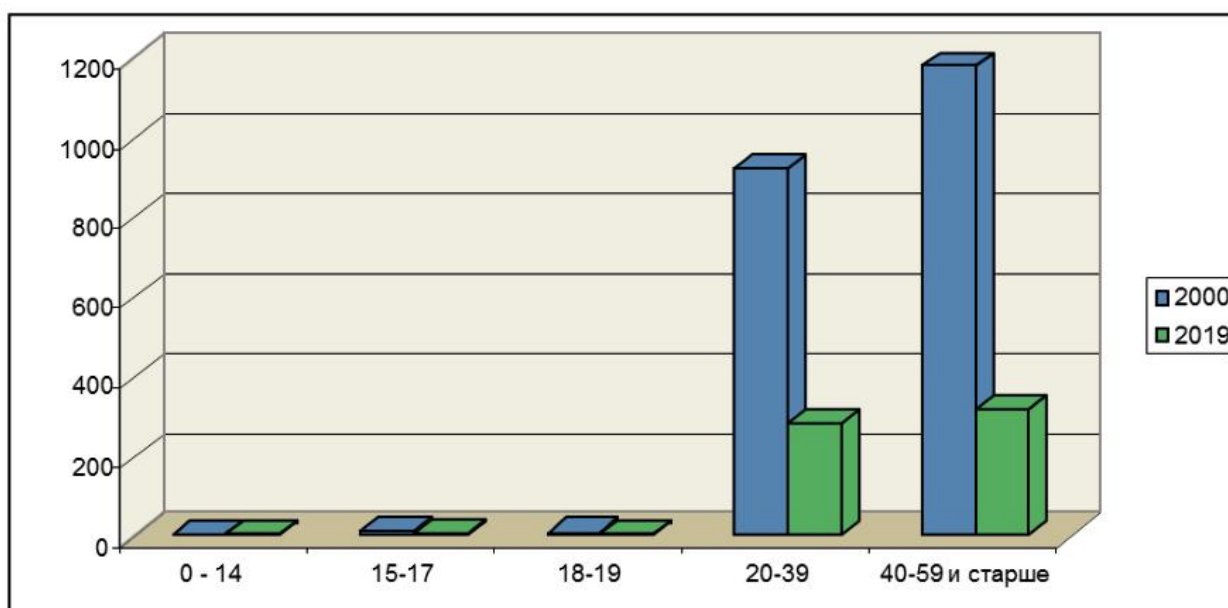


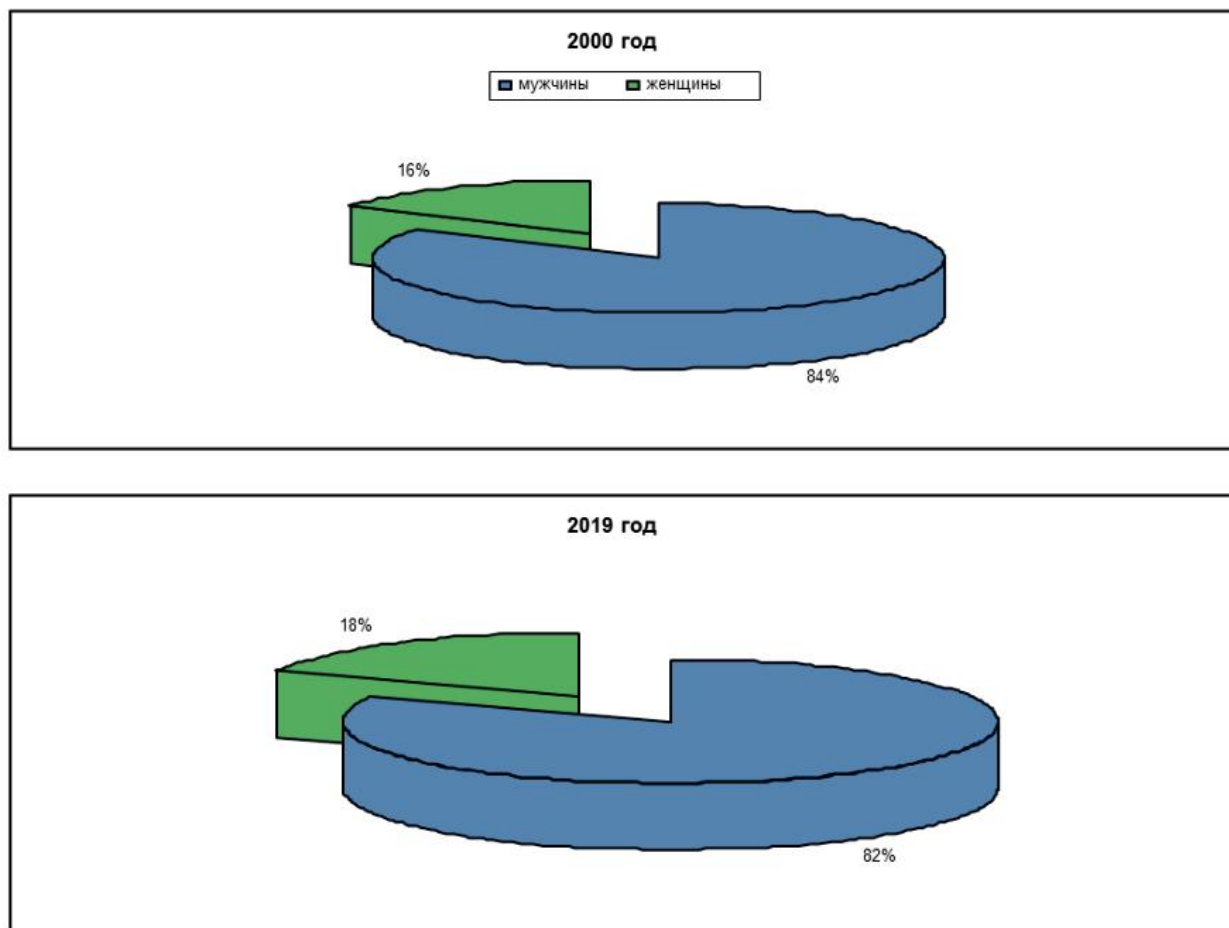
В диагностической структуре болезненности наркологическими расстройствами по нозологии в г. Ханты-Мансийске в период с 2000 и 2019 года увеличилась доля синдрома зависимости от наркотических веществ (наркомания) с 11% в 2000 году, до 26% в 2019 году. На 12% уменьшилась доля Пагубное (с вредными последствиями) употребление – алкоголя с 18%

в 2000 году, до 6% в 2019 году. Также наблюдается незначительное уменьшение доли синдрома зависимости от алкоголя (алкоголизм), 67% в 2000 году до 63% в 2019 году. Хотелось бы отметить, что среди всей нозологии наркологических расстройств в Ханты-Мансийске на долю синдрома зависимости от алкоголя (алкоголизм) приходится 63%.

Диаграмма 11

Число пациентов зарегистрированных с наркологическими расстройствами в течение года по возрасту и полу в сравнении 2000 и 2019 года в г. Ханты-Мансийске





Основное число пациентов с наркологическими расстройствами наблюдается в возрастной группе 20-39 лет и 40-59 лет и старше. За счет уменьшения болезненности в 7,8 за период с 2000 по 2019 год, заметна динамика снижения и в возрастных группах по сравнению. По половозрастному признаку большее число пациентов с наркологическими расстройствами приходится на мужчин, что составляет более 80%. В динамике с 2000 по 2019 годы наблюдается увеличение доли женщин с наркологическими расстройствами на 2%.

Для улучшения ситуации на территории города Ханты-Мансийска перед специалистами психонаркологической службы города Ханты-Мансийска, постоянно появляются новые задачи, направленные на снижение психических и наркологических расстройств. К таким задачам относятся:

- расширение спектра психотерапевтической помощи, а также психосоциальной тера-

пии и реабилитации на основе принципа партнерства с пациентом;

- внедрение новых форм психиатрической и наркологической помощи.

На сегодняшний день в современной психиатрии и наркологии большое внимание уделяется совершенствованию организационных подходов к оказанию помощи больным с психическими и наркологическими заболеваниями. Важной задачей является создание терапевтического сообщества пациентов, позволяющего расширить их социальные контакты и сеть поддержки. В то же время, одной из поддерживающих структур является семья, которая требует специального внимания. В данном случае работа концентрируется на нормализации стиля семейных отношений, что возможно лишь при интеграции психиатрии с психотерапией, расширении психиатрической службы в сторону психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации.

Таким образом, за период регистрации с 1991 года заболеваемость психическими расстройствами характеризовалась резкими подъёмами и периодами стабилизации в городе Ханты-Мансийске.

Эффективно функционирующая система оказания лечебно-профилактической реабилитационной помощи с соответствующими клиническими и психосоциальными мероприятиями, наряду с межведомственным взаимодействием медицинских, образовательных, социальных и правоохранительных служб, позволила стабилизировать показатели заболеваемости и болезненности на территории города Ханты-Мансийска.

Проводимая работа по совершенствованию системы мероприятий, направленных на снижение заболеваемости психическими и наркологическими расстройствами, позво-

лили развернуть и эффективно использовать весь потенциал специалистов учреждения, врачей-психиатров, психиатров-наркологов, медицинских психологов и специалистов по социальной работе. При этом появилась возможность правильно сочетать клиническую и профилактическую деятельность психиатрической и наркологической службы города при взаимодействии с городскими службами системы профилактики.

Постоянное совершенствование психиатрической и наркологической помощи службы города, рост профессионального мастерства специалистов позволяют эффективно противостоять вероятному росту заболеваемости психическими и наркологическими расстройствами и сохранять психическое здоровье населения города на высоком уровне.

© Фоминых О.М., Ковалев К.А., Лазарева Т.В.,
Матжанова Е.Б., 2021

**ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ПАТАНАТОМИИ
В Г. МЕГИОНЕ ЗА 2017, 2018, 2019 ГОДА****Раннев А.Ю.,**заведующий патологоанатомическим отделением,
врач – патологоанатом

БУ «Мегионская городская больница»,

Кузьмичев Д.Е.,

заведующий Восточным отделом,

врач – судебно-медицинский эксперт

секретарь Научно-организационного совета

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

Скребов Р.В.,

начальник

врач – судебно-медицинский эксперт

председатель Научно-организационного совета

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

Мисников П.В.,

заместитель начальника по экспертной работе,

врач – судебно-медицинский эксперт

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Вильцев И.М.,

заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе»,

врач – судебно-медицинский эксперт

член Научно-организационного совета

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

Согласно действующим положениям, патологоанатомическое отделение больницы является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения

Ключевые слова: патологическая анатомия, судебно-медицинская служба, патологоанатомическое отделение

Согласно действующим положениям, патологоанатомическое отделение больницы является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения. Оно организуется в составе многопрофильных больниц (в том числе детских), инфекционных, психиатрических, онкологических больниц и диспансеров, исходя из числа вскрытий и исследований биопсийного и операционного материала в каждой из этих больниц (диспансеров), которые должны быть выполнены медицинским персоналом. Кроме того, в некоторых регионах нашей страны имеются и патологоанатомические бюро, не входящие в состав лечебно-профилактических учреждений, подчиняющиеся региональным органам здравоохранения. Последние, по сути, так же как и Бюро судебно-медицинской экспертизы являются независимыми.

Основными задачами патологической анатомии являются следующие:

- выявление этиологии патологических процессов, т.е. причин (каузальный генез) и условий их развития. Причиной считается патоген, без участия которого развитие заболевания невозможно. Условиями называются факторы, способствующие реализации действия основного патогена, но сами патологический процесс не вызывающие (факторы, предрасполагающие к развитию болезни);

- изучение патогенеза – механизма развития патологических процессов. При этом последовательность развивающихся морфологических изменений называется морфогенезом. Для обозначения механизма выздоровления (реконвалесценции) используется термин «саногенез», а механизма умирания (смерти) – танатогенез;

- характеристика морфологической картины болезни (макро- и микроморфологических признаков);
- изучение осложнений и исходов заболеваний;
- исследование патоморфоза заболеваний, т.е. стойкого и закономерного изменения картины болезни под влиянием условий жизни (естественный патоморфоз) или лечения (индуцированный патоморфоз);
- изучение ятрогений – патологических процессов, развившихся в результате проведения диагностических или лечебных процедур;
- разработка вопросов теории диагноза;
- прижизненная и посмертная диагностика патологических процессов при помощи мор-

фологических методов (задача патологоанатомической практики).

В патологоанатомическом отделении БУ «Мегионская городская больница» г. Мегиона проводятся патологоанатомические вскрытия умерших в БУ «Мегионская городская больница» г. Мегиона от заболеваний (исследования умерших от телесных повреждений, отравлений, иных факторов внешней среды и умерших вне лечебных учреждений проводятся судебно-медицинской службой). Также в патологоанатомическом отделении проводятся патогистологические исследования операционного и биопсийного материала. Основные показатели работы отделения приведены в таблице 1.

Таблица 1

**Основные показатели работы патологоанатомического
отделения в 2017-2019 годах**

№	Виды работ	2017	2018	2019
1.1	Число объектов биопсийного и операционного материала, включая последы, ед.	18408	17587	16836
1.2	Число пациентов, которым выполнены прижизненные патологоанатомические исследования, чел.	2587	2529	2272
1.3	Число случаев прижизненных патологоанатомических исследований, ед.	3012	2634	2317
1.4	Количество исследований цитологического материала	0	0	0
2.1	Число патологоанатомических вскрытий (без СМЭ) из них:	91	72	94
2.2	• умерших в стационарах ЛПУ	91	72	94
2.3	• умерших на дому	0	0	0
2.4	Процент вскрытий умерших в стационарах ЛПУ (без СМЭ)	54	45	64
2.5	Процент вскрытий умерших на дому (от числа доставленных в ПАО для решения вопроса о вскрытии)	0	0	0
3.1	Количество расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов из них:	9	10	6
	• I категории	5	7	13
	• II категории	4	3	0
	• III категории	0	0	0
3.2	Процент расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов (от числа аутопсий умерших в стационарах ЛПУ)	9,9	13,8	13,8

№	Виды работ	2017	2018	2019
4.1	Количество нераспознанных при жизни смертельных осложнений	1	0	0
4.2	Процент нераспознанных при жизни смертельных осложнений (от числа аутопсий умерших в стационарах ЛПУ)	1	0	0
5.1	Количество выявленных ятрогений	0	0	0
5.2	Процент выявленных ятрогений (от числа аутопсий умерших в стационарах ЛПУ)	0	0	0

В 2019 году в патологоанатомическом отделении исследовано 16836 объектов операционно-биопсийного материала (2017 г. – 18408 исследований; 2018 г. – 17587 исследований).

Операционно-биопсийный материал доставляется курьером или сотрудниками клинических отделений фиксированным в 10% растворе формалина, маркирован, сопровождается направлением на патогистологическое исследование. Поступивший в отделение материал регистрируется в журнале. Число пациентов, которым проведено патогистологическое исследование операционного и биопсийного материала за 2019 год составило 2272 человека (2017 году – 2587 человек, 2018 году – 2529 человек). Число случаев прижизненных патологоанатомических исследований в 2019 году – 2634, 2018 году – 3012, в 2017 году – 3216.

Среди общего числа операционного и биопсийного материала преобладают: плаценты, соскобы из цервикального канала и полости матки, биопсии шейки матки, гастро-биопсии, матки с придатками, желчные пузыри, аппендиксы, новообразования кожи. В общей структуре патологических процессов воспалительные изменения занимают около 45% от общего числа проведенных патогистологических исследований операционно-биопсийного материала, доброкачественные новообразования – 14,5%, злокачественные новообразования – 1,5%, прочие патологические процессы – 40%. Часто у одного больного проводят несколько биопсий, что позволяет наблюдать процесс в динамике и определять тактику лечения. В разделе прижизненной диагностики наиболее сложным и важным разделом считаю

исследования гастробиопсий, бронхобиопсий, биопсий лимфатических узлов, эндометрия, шейки матки.

Наиболее часто выявляемые патологические процессы в исследуемом операционно-биопсийном материале:

- Плаценты – хориоамнионит, децидуит, инфаркт (в 25-30% случаев);
- Биопсии ЖКТ – хронический гастрит (в 70% гастробиопсий); полипы желудка и кишечника; колиты;
- Биопсии шейки матки – эндоцервикозы (преимущественно простые и заживающие) (в 65-70% объектов); дисплазии;
- Соскобы эндометрия – дисгармональные изменения; эмбриональная плацентарная ткань (при медицинских абортах);
- Яичники – кисты (серозные, муцинозные, фолликулярные, эндометриоз, кисты желтого тела с кровоизлиянием) (90-95% случаев); воспаление;
- Аппендиксы, желчные пузыри – воспаление;
- Тело матки – фибромиомы;
- Кожа – папилломы, невусы, воспалительные процессы.

Большинство злокачественных новообразований выявлено в органах пищеварения и органах дыхания (чаще у мужчин с локализацией в легких, толстой кишке). Средний возраст мужчин, у которых были выявлены злокачественные новообразования составил 57 лет, женщин 64 года.

В 2019 году исследовано 1710 объектов секционного материала (в 2018 году – 1093 объекта; в 2017 году – 1540 объектов аутопсийного

материала), увеличение количества исследованных объектов связано с увеличением количества вскрытий в 2019 году.

В 2019 году в патологоанатомическом отделении было проведено 94 вскрытия (в 2017 году – 91 вскрытие, в 2018 году – 72 вскрытия). Процент патологоанатомических вскрытий со-

ставил в 2019 году – 65% (в 2017 году – 54%, в 2018 году – 45%). Ежегодно наблюдаются случаи смерти от ВИЧ инфекции: в 2019 году – 20 вскрытий (в 2017 году – 5 вскрытий; в 2018 году – 8 вскрытий умерших от ВИЧ – инфекции). Анализ первоначальных причин смерти по результатам аутопсий приведен в таблице 2.

Таблица 2

**Анализ первоначальных причин смерти по результатам аутопсий
в 2017-2019г**

Классы болезней по МКБ-10		Количество		
		2017 г.	2018 г.	2019 г.
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни в том числе:	6	8	20
	• сепсис	0	0	0
	• туберкулез	1	0	0
	• менингококковая инфекция	0	0	0
	• вирусные гепатиты	0	0	0
	• ВИЧ-инфекция	5	8	20
II	Новообразования в том числе:	18	15	20
	• злокачественные опухоли кожи	0	0	0
	• рак молочной железы	0	1	1
	• рак шейки матки	0	0	1
	• рак тела матки	0	0	1
	• рак яичников	0	0	1
	• рак предстательной железы	1	0	0
	• рак трахеи, бронхов и ткани легкого	5	6	2
	• рак желудка	2	0	1
	• рак поджелудочной железы	4	2	3
	• рак печени	1	0	1

Классы болезней по МКБ-10		Количество		
		2017 г.	2018 г.	2019 г.
	• рак ободочной кишки (включая ректо-сигмоидный отдел)	0	1	2
	• рак прямой кишки	0	1	0
	• почки, мочевого пузыря	0	2	3
	• лимфома Ходжкина	0	0	0
	• лимфомы неходжкинские	0	0	2
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм в том числе:	0	0	0
	• анемии	0	0	0
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ в том числе:	3	0	3
	• сахарный диабет 1 типа	1	0	0
	• сахарный диабет 2 типа	2	0	3
V	Психические расстройства и расстройства поведения	0	0	1
	Хронический алкоголизм	0	0	0
VI	Болезни нервной системы	1	1	0
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	0	0	0
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	0	0	0
IX	Болезни системы кровообращения в том числе:	28	24	27
	• пороки сердца	3	2	2
	• инфаркт миокарда	0	4	1
	• инфаркт головного мозга	3	1	5
	• кровоизлияние в головной мозг	3	2	5
	• кардиомиопатия	0	7	11
X	Болезни органов дыхания: в том числе:	7	3	3
	• долевая пневмония	2	1	0
	• очаговая пневмония	0	0	0
	• ХОБЛ	5	2	2

Классы болезней по МКБ-10		Количество		
		2017 г.	2018 г.	2019 г.
	• бронхиальная астма	0	0	0
XI	Болезни органов пищеварения в том числе:	16	13	15
	• язвенная болезнь желудка	1	1	2
	• язвенная болезнь 12-п. кишки	1	1	1
	• острый аппендицит	0	0	0
	• ЖКБ	0	0	0
	• острый холецистит	0	0	0
	• острая кишечная непроходимость	0	0	0
	• грыжи	1	0	0
	• циррозы печени	8	6	10
	• алкогольная болезнь печени	0	0	0
	• острый панкреатит	2	0	0
	• гангрена кишечника	0	5	2
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	0	1	1
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0	0	0
XIV	Болезни мочеполовой системы в том числе:	0	1	1
	• гломерулонефрит	0	0	0
	• пиелонефрит	0	0	1
	• поликистоз почек	0	1	0
XV	Беременность, роды и послеродовый период	0	0	0
XVI	Отдельные состояния возникающие в перинатальном периоде	7	1	1
XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	5	5	2
XVIII	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	0	0	0
ВСЕГО ВСКРЫТИЙ		91	72	94

В 2019 году выявлено 13 расхождений заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов по основному заболеванию, таким образом, процент расхождений составил 13,8% (в 2018 году – 10 расхождений, процент расхождений 13,8%; в 2017 году – 9 расхождений, процент расхождений был равен 9,9%).

Категории расхождения диагнозов:

2019 г.: 1-я – 13 случаев;

2017 г.: 2-я – 4 случая; 1-я – 5 случаев; 3-я – 0 случаев;

2018 г.: 2-я – 3 случая; 1-я – 7 случаев; 3-я – 0 случаев.

В 2018 году случаев материнской смертности не было.

Следует сделать вывод, что основными причинами смерти по результатам патологоанатомических вскрытий остаются болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования.

Выводы

1. Неуклонно возрастает роль прижизненной диагностики заболеваний, что требует от врача - патологоанатома специальной подготовки и постоянного совершенствования знаний. Возрастает также и ответственность за диагностический процесс. В этих условиях развиваются рабочие контакты с лечащими врачами всех специальностей. Благодаря данным контактам у клиницистов и морфологов формируется единое понимание сущности патологического процесса, что обеспечивает правильную тактику ведения больного.

2. Осуществляется продуктивное взаимодействие с судебно-медицинской службой, которое выражается в совместно организованных клинко-анатомических и поликлинико-анатомических конференциях, в том числе и тематических, основой которых является улучшение оказания лечебно-профилактической помощи населению.

3. Совместно с врачами – судебно-медицинскими экспертами ведется научно-практическая работа, включающая в себя систематизацию морфо-клинических сведений, публикацию учебно-методических пособий по различным вопросам патанатомии, судебной медицины и клиники.

Литература

1. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно – медицинских экспертов (сборник научных статей) / под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. – Ханты-Мансийск, 2018. – 171 с.
2. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.
3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.

© Раннев А.Ю., Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Мисников П.В., Вильцев И.М., 2021

ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ (ЗНО) В 4 СТАДИИ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ - ЮГРЕ

Билан Е.В.,

главный онколог ХМАО-Югры, руководитель окружного онкологического центра
БУ «Окружная клиническая больница»

Асеев Н.И.,

зав. отделением медицинской физики окружного онкологического центра
БУ «Окружная клиническая больница»

Бондученко Н.А.,

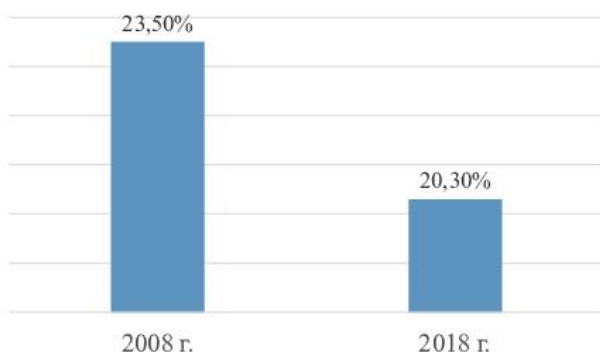
врач онколог окружного онкологического центра
БУ «Окружная клиническая больница»

Несмотря на очевидные успехи в ранней диагностике злокачественных новообразований, в течение ряда лет остается неизменным контингент больных, не попавших своевременно в поле зрения медицинских работников, и у которых диагноз ЗНО был поставлен в терминальной стадии.

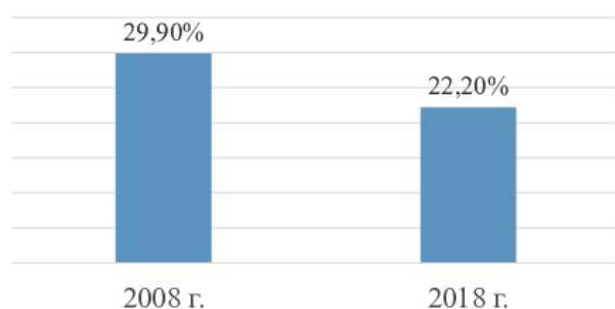
Ключевые слова: злокачественные новообразования, терминальная стадия, рак

На сегодняшний день именно эта группа преобладает в количестве людей, умерших от рака. Как показывает многолетняя статистика, эта категория в округе и по стране в целом достаточно стабильна.

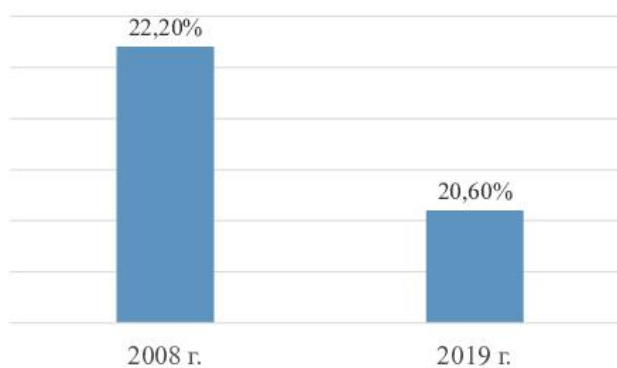
Процент больных 4 стадией ЗНО по РФ:



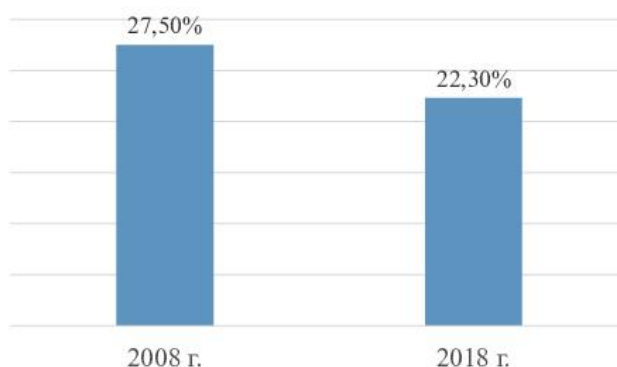
Летальность больных в течение года с момента установления диагноза злокачественного новообразования (из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году) в России %.



Процент больных, у которых диагноз ЗНО был поставлен в 4 стадии в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре:



Одногодичная летальность больных в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре:



В 2004 году в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре проживало

1 469 011 жителей, количество диагностированных ЗНО в 4 стадии составило 616 (23,3%) или 0,042% от числа жителей округа.

В 2013 году в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре проживало 1 590 557 жителей, у которых количество диагностированных ЗНО в 4 стадии составило 780 или 0,049% от числа проживающих.

По данным годового отчета в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре за 2017 год было диагностировано 1003 случая ЗНО в 4 стадии развития (22,47%) или 0,06% от числа жителей (1) (все локализации), в 2019 году данное соотношение также составило 0,06%.

По стране в целом в 2017 году из 617177 случаев ЗНО в 4 стадии было впервые зарегистрировано 20,2%, или 124669 что составляет 0,085% населения. (2)

Таким образом, мы имеем устойчивую группу населения, достаточно длительное время выживших из поля зрения медицинских работников, на которую приходится больше половины (60-70%) из всех умерших от онкопатологии.

Авторы ставят перед собой задачу нарисовать портрет человека, обращающегося за помощью в конечной стадии заболевания с целью поиска способа активного взаимодействия в период ранних проявлений онкологической патологии.

Были использованы данные, полученные при анкетировании 220 больных с впервые диагностированным злокачественным процессом в 4 стадии.

Вопросы, поставленные в анкете: Пол, возраст в момент установления диагноза, социальный статус (неработающий пенсионер, работающий, инвалид по иной причине), образовательный ценз, локализация ЗНО. На вопрос о последнем посещении медицинского работника ответили менее половины (74), из ответивших 24 человека посещали медицинское учреждение менее года тому назад.

Результаты

Половой признак:

Женщин 72, т.е. 32,7%, средний возраст – 65,4 г.

Мужчин 148, т.е. 67,2%, средний возраст – 61,2 г.

Социальный статус:

Неработающие пенсионеры 146, т.е. 66,3%, вторая по численности группа – люди, продол-

жающие трудовую деятельность 54 из 220, т.е. 24,5%. Не пенсионеры и официально не работают 20, т.е. 9,1%.

Образовательный ценз:

Лица со средним техническим или начальным образованием составили наиболее многочисленную группу 173 человека, т.е. 78,6%. Лица с высшим образованием 34, т.е. 15,45%.

Наименьшая группа лиц, которым был поставлен диагноз: «ЗНО в 4 стадии» оказались инвалиды по иным причинам 16 человек, т.е. 7,2%.

31 человек из 220 (14,1%) имели высшее образование.

Основные локализации:

Рак легкого – 46 случаев, т.е. 20,9%.

Рак желудка – 34 случая, т.е. 15,4%.

Рак печени – 19 случаев, т.е. 7,3%.

Рак прямой кишки – 13 случаев, т.е. 5,9%.

Рак почки – 13 случаев, т.е. 5,9%.

Рак ободочной кишки – 11 случаев, т.е. 5%.

Рак предстательной железы – 11 случаев, т.е. 5%.

Рак пищевода – 8 случаев, т.е. 3,6%.

Рак молочной железы – 4 случая, т.е. 1,8%.

Рак шейки матки – 4 случая, т.е. 1,8%.

Неходжкинская лимфома – 4 случая, т.е. 1,8%.

ЗНО в 4 стадии среди группы «Инвалиды»

Рак легкого – 4 случая, т.е. 44%

Рак шейки матки – 3 случая, т.е. 33%

Рак пищевода – 2 случая, т.е. 22%

Резюме

Самый «быстрый» способ добиться заметного снижения уровня смертности от злокачественных новообразований – это целенаправленный поиск жителей, уклоняющихся от общения с медицинскими работниками, и вовлечение в процесс активной диагностики хронических заболеваний, в том числе ЗНО.

Главные признаки представителей группы риска:

Мужчина – неработающий пенсионер, со средним или начальным образованием. Средний возраст 60-70 лет. Последнее посещение медицинского работника по любому поводу 2-3 года тому назад.

Наиболее частые локализации – ЗНО легкого, желудка, печени.

Женщина – неработающий пенсионер, со средним или начальным образованием. Средний возраст 50-60 лет. Последнее посещение медицинского работника 1 год назад.

Наиболее частые локализации – ЗНО желудочно-кишечного тракта (желудок, толстая кишка, поджелудочная железа, печень). Обращает на себя внимание возросшая частота рака легкого у женщин (8 случаев или 11,1%).

Литература

1. Данные окружного канцер-регистра.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году / под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой, С. 27.
© Билан Е.В., Асеев Н.И., Бондученко Н.А., 2021

УДК 616.9 : 159.942.5

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ COVID-19, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Жевелик О.Д.,
главный врач БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница»,
Заслуженный врач РФ
Роговая Л.Н.,
врач психиатр БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница»

В статье представлены результаты исследования эмоционального состояния пациентов с диагнозом COVID-19 легкой и средней степени течения, проходивших курс лечения в амбулаторных условиях.

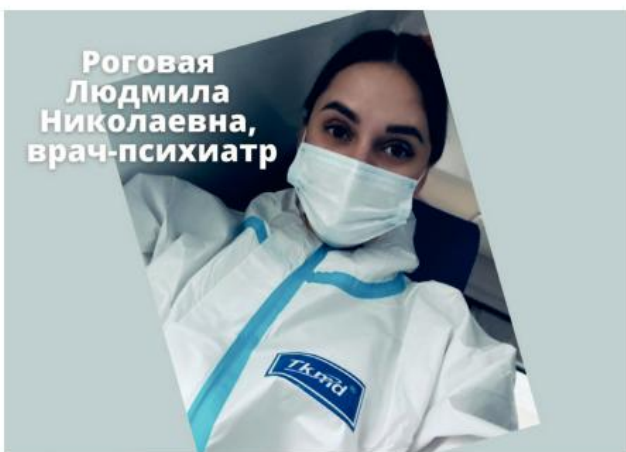
Ключевые слова: пандемия, медицинский работник, пациент, эмоциональное состояние, лечение в амбулаторных условиях.

Новый вирус COVID–19 стремительно обрушился на весь мир, вызвал хаос и панику не только среди населения, но и среди медицинского персонала, который работает на пределе возможностей. Каждый человек так или иначе был затронут глобальными изменениями в своей профессиональной и повседневной жизни, во многих организациях был введен режим дистанционной работы, который буквально заставил приспосабливаться к новым условиям труда и взаимодействию с коллегами. Некоторым людям, входящим в так называемую «категорию риска» был введен режим самоизоляции, который продолжается до настоящего времени. Медицинский персонал по всей стране находится в тяжелейших условиях, с одной стороны не имея возможности полноценно участвовать в жизни своих близких, порой даже детей, в связи с круглосуточной работой в ковидных госпиталях, с другой стороны, отдавая все свои силы на борьбу за каждого пациента.

В связи с ростом заболеваемости COVID-19, колоссальной нагрузки на врачей-терапевтов и инфекционистов, Министерством здравоохранения было принято решение о прохождении дистанционного обучения по вопросам новой коронавирусной инфекции (COVID-19) всеми специалистами с высшим и средним профессиональным медицинским образованием. В связи с этим все медицинские сотрудники Нижевартовской психоневрологической больницы прошли курс повышения квалификации.

Ресурсы медицинских организаций обеспечивают комплекс мер для предотвращения распространения вируса, оказания своевременной квалифицированной медицинской помощи.

С начала пандемии COVID-19 прошло достаточно времени, но ситуация продолжает оставаться напряженной, требуя от каждого гражданина нашей страны чуткого внимания к своему здоровью, здоровью своих близких. Многие из пациентов с тяжелым течением



COVID-19 были госпитализированы в ковидные госпитали для получения специализированной помощи, где находились под круглосуточным контролем и наблюдением медицинского персонала. Остальные пациенты, с легким и средним течением COVID-19, проходили лечение в амбулаторных условиях (на дому). В сложившейся ситуации люди не имеют сценариев жизни, они находятся в ситуации ограничения свободы с непонятными им целями неопределенный период времени. Лишенные поддержки со стороны близких, люди испытывают страх, тревогу, волнение не только за свое физическое здоровье, но и за жизнь в целом.

Сотрудники нашей больницы активно привлекались для помощи в борьбе с пандемией. Именно специалисты нашего профиля, профессионалы в области психического здоровья, как никто другой знают, как себя может ощущать человек, находящийся «один на один» с заболеванием. Усиливает переживания и достаточно малое количество информации о болезни. В процессе работы мы отметили: для того, чтобы приспособиться к «новой нормальности» человеку необходимо сформировать новую концепцию мира и принять как неизбежность радикально повысившиеся риски в отношении своего здоровья и здоровья своих близких. Эти наблюдения легче всего было заметить специалистам именно психоневрологического профиля, ведь наши доктора могут оценить душевное состояние человека, глубину его переживаний, несмотря на преобладающие соматические проявления COVID-19. Главным образом влияние наличия заболевания COVID-19 на психическое здоровье заключалось в значительном повышении уровня стресса, тревоги, эмоциональной нестабильно-

сти, развития посттравматического синдрома (ПТСР), депрессии.

В период с 10.11.20 г. по 30.11.20 г. специалистами НПНБ оказывалась медицинская помощь пациентам, заболевшим COVID-19 и проходившим лечение в амбулаторных условиях (на дому) на базе 2 городской поликлиники г. Нижневартовска.

Наряду с оказанием медицинской помощи нам было важно выяснить в каком эмоциональном состоянии и социальной ситуации находится человек, чтобы не упустить случаи, тре-



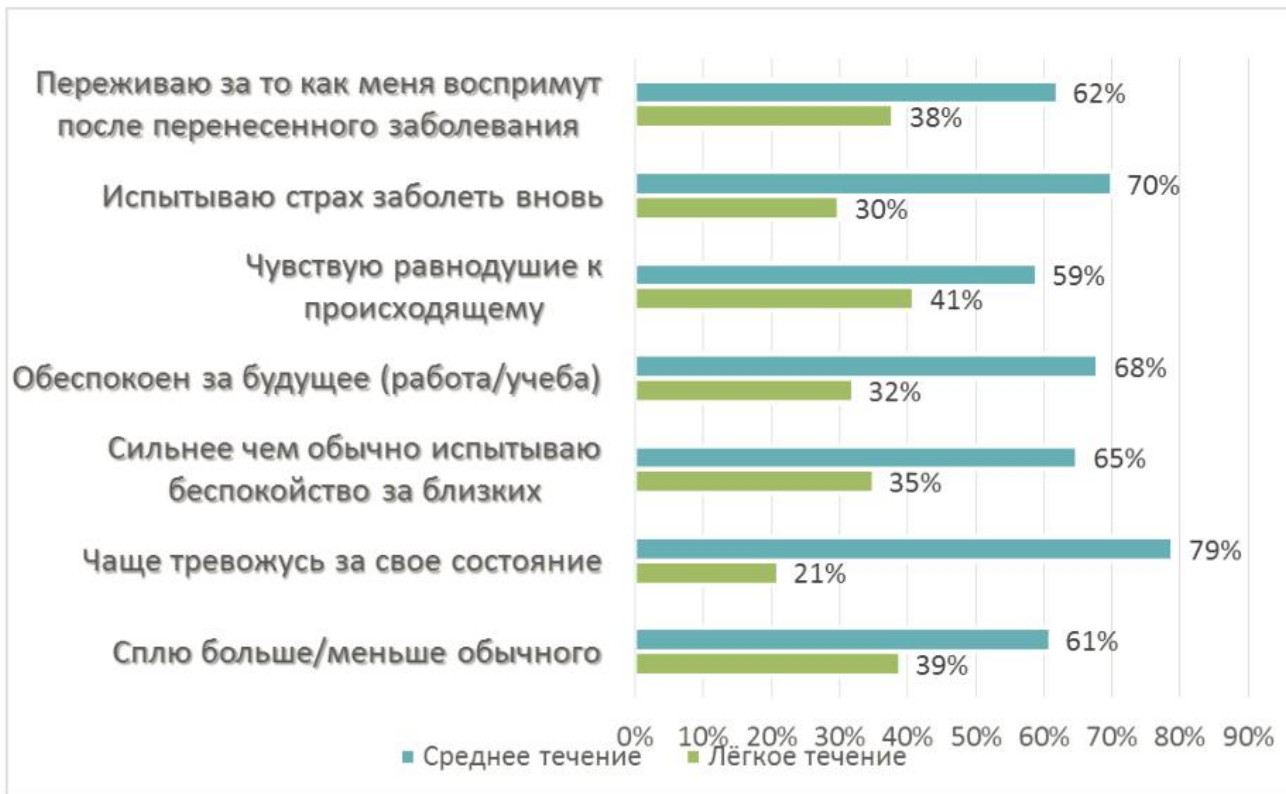
бующие оказания психотерапевтической помощи. Всего было осмотрено за указанный период 168 пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19, болеющих в легкой и средней форме.

У первой группы пациентов с легкой формой заболевания в клинической картине преобладала субфебрильная температура, отсутствовали явления дыхательной недостаточности, также наблюдалось характерное для всех форм заболевания отсутствие обоняния и осязания. У второй группы пациентов со средней формой заболевания в клинической картине преобладала фебрильная температура, явления нарастающей дыхательной недостаточности, как следствие осложнение вирусной пневмонией, мышечная слабость.

Помимо физикального осмотра и назначения лечения пациентам предлагалось ответить на серию вопросов, касающихся их внутренне-го актуального эмоционального состояния.

Все пациенты по итогам опроса (в соответствии с формой течения заболевания) были

Результаты опроса



разделены на две группы. Проведен анализ эмоционального состояния пациентов, получавших лечение от COVID-19. Результаты опроса представлены на диаграмме 1.

Как видно из представленных результатов на диаграмме 1, ухудшение эмоционального состояния имеет прямую связь с тяжестью течения COVID-19. Результаты опроса показали, что у пациентов со средним течением инфекции на первый план выступает тревога, обеспокоенность за своё будущее, наиболее выражены показатели беспокойства за здоровье своих близких. Почти каждый пациент в связи с заболеванием в различной степени потерял финансовую стабильность, имеет финансовые обязательства в виде кредитов и ипотеки, что непременно влечет за собой обеспокоенность за свое будущее. Люди были не готовы к финансовым потерям, к снижению количества общения с близкими людьми, к недостатку ощущения поддержки. Повышенный уровень тревоги и страха обуславливается тяжестью соматического состояния, когда пациент находится в состоянии «неизвестности» периода лечения и выздоровления, а также не имеет представления о том, будет ли его организм полностью

функционален и стабилен после перенесенного заболевания.

У пациентов с легким течением прослеживаются, но в меньшей степени, обеспокоенность за свое будущее, здоровье близких, нарушение сна, хотя в клинической картине соматических проявлениях они не испытывают выраженных соматических проявлений COVID-19. Пациенты каждый день наблюдали как средства массовой информации предоставляют статистику по количеству зараженных коронавирусом инфекцией, которая с каждым днем росла и не исключала риск заражения абсолютно любого человека. Кроме этого, в СМИ предоставлялась информация по количеству смертей за сутки, что непременно влияет на эмоциональное состояние, вызывает в людях чувство сострадания и одновременно беспокойство за близких, которые проходят лечение от вируса COVID-19.

Нарастающие показатели тревожного состояния у обеих категорий пациентов, обеспокоенность о состоянии здоровья своих близких и о своём будущем стали результатом длительной изоляции, однообразия повседневных дел, разочарования от отсутствия «смены картинки», отсутствия физических контактов с други-



ми людьми, отсутствия достаточного личного пространства и личного времени, невозможностью пообщаться со своими близкими людьми лично, финансовых затруднений в связи с уходом на больничный лист. В связи с ухудшением физического состояния, борьбы иммунитета с недостаточно изученной инфекцией COVID-19, у пациентов увеличивалась продолжительность сна, которая росла в зависимости о формы заболевания. Отчетливо прослеживались поведенческие реакции в виде усиления напряженности, страха, тревоги в связи с инфицированием COVID-19, а также внешний вид врача (СИЗ), невозможность полного визуального контакта усиливали данные реакции.

На сегодняшний день не оставляет сомнений вывод – COVID-19 это не только соматические последствия от перенесенной инфекции, но и реакции психики на сам факт наличия заболевания, изоляцию от близких людей, лечение и восстановительный период.

Нужно отметить, что пациенты, перенесшие коронавирусную инфекцию нуждаются в реабилитации, которая должна включать в себя не только сопровождение врачей терапевтических специальностей, но и специалистов психотерапевтического профиля. Эта помощь должна быть направлена на устранение эмоциональных расстройств и активацию ресурсов организма с помощью психотерапии, сеансов релаксации, обучения дыхательной гимнастике, приема по показаниям фармакологической терапии.

Своевременно оказанная психотерапевтическая поддержка поможет пациенту купировать пролонгирование эмоциональных нарушений, особенно актуальных в период пандемии и изоляции, а также может стать бесценным инструментом в обретении новых смыслов и пересмотра ценностей, осознания и принятия изменений, произошедших в его жизни и с его организмом.

© Жевелик О.Д., Роговая Л.Н., 2021

**АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В
АВТОНОМНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО
АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ «ЦЕНТР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ»,
КДП Г. СУРГУТ, ЗА 2019-2020 ГГ.**

Курбатова М.Г.,
врач функциональной диагностики КДП г. Сургут
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
Котова Н.В.,
заведующая КДП г. Сургут
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
Архипова И.И.,
врач функциональной диагностики КДП г. Сургут
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
Молодкина Ю.В.,
врач функциональной диагностики КДП г. Сургут
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
Ванюхина Ч.Г.,
врач ультразвуковой диагностики КДП г. Сургут
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»

Данная статья направлена на ознакомление с диагностическим разделом деятельности структурного подразделения автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» – Консультативно-диагностическая поликлиника в городе Сургут и расширение кругозора читателя по результатам функциональных исследований при проведении обязательных медицинских осмотров работникам, занятым на работах с вредными производственными факторами, за период 2019-2020гг.

Ключевые слова: центр профессиональной патологии, КДП г. Сургут, обязательные медицинские осмотры, функциональные исследования, выявленные патологические изменения

Список сокращений:

АУ «Югорский центр профессиональной патологии» – Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии»

ЦПП – Центр профессиональной патологии

КДП – консультативно-диагностическая поликлиника

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

РВГ – реовазография

РФ – Российская Федерация

ТК РФ – Трудовой кодекс Российской Федерации

УЗДГ сосудов н/к – ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей

УЗИ – ультразвуковое исследование

УМО – углубленные медицинские осмотры

ФЗ РФ – Федеральный закон Российской Федерации

ФВД – исследование функции внешнего дыхания, или спирография

ХМАО-Югра – Ханты-Мансийский автономный округ – Югра

ЭКГ – электрокардиография

ЭНМГ – электронейромиография;

ЭЭГ – электроэнцефалография;

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» – современная медицинская организация, оказывающая специализированную консультативно-диагностическую и стационарную медицинскую помощь лицам, занятым на работах с вредными производственными факторами, по профилю «Профпатология».

Консультативно-диагностическая поликлиника расположена в г. Сургуте по адресу: проспект Набережный, 41, с 01.01.2014 года является структурным подразделением АУ «Югорский центр профессиональной патологии» и оказывает первичную медико-санитарную и специализированную помощь на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры с распределением потоков пациентов по профилю «профпатология» из центральной и восточной зон ХМАО – Югры.

В рамках дополнительной деятельности в КДП г. Сургут проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников, в том числе медицинские осмотры стажированных работников (стаж работы – более 5 лет), занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (далее – УМО). Контингент для направления в ЦПП формируется работодателем. Работодатель определяет контингенты и составляет поименный список лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам (обследованиям) с указанием участков, цехов, производств, вредных работ и вредных и (или) опасных производственных факторов, оказывающих воздействие на работников, и после согласования с территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека направляет его за два месяца до начала осмотра в медицинскую организацию, с которой заключен договор на проведение периодических медицинских осмотров (обследований). Медицинская организация на основании полученного от работодателя поименного списка работников утверждает совместно с ним календарный план проведения медицинских осмотров (обследований)¹ согласно статье 213 ТК РФ и проводит их на основании ст.46 ФЗ

¹Источник: <http://tkodeksrf.ru/ch-3/rzd-10/gl-34/st-213-tk-rf>, дата обращения к источнику 14.02.2021

РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ» и Порядка, утвержденного Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

При прохождении обязательных (предварительных и периодических) медицинских осмотров работникам, занятым на работах с вредными производственными факторами, в ЦПП проводится следующий перечень функциональных исследований:

- электрокардиография;
- спирография;
- электроэнцефалография;
- электронейромиография;
- ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей;
- реовазография;
- динамометрия;
- УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, органов малого таза (простаты);
- паллестезиометрия;
- офтальмоскопия глазного дна;
- офтальмотонометрия;
- скиаскопия;
- рефрактометрия;
- объем аккомодации;
- исследование бинокулярного зрения;
- цветоощущение;
- исследование вестибулярного анализатора;
- аудиометрия;
- пульсоксиметрия;
- рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях;
- рентгенографическое исследование околоносовых пазух;
- рентгенография суставов, позвоночника;
- маммография (женщины).

В данной статье мы акцентируем внимание на 5-ти видах функциональных исследований, количество и структура которых представлены в таблице 1.

Структура функциональных исследований в КДП г. Сургут за 2019-2020 гг.

Виды исследований	2019 г.		2020 г.		Динамика количества исследований в 2020 г. по сравнению с 2019 г., %
	Абс. число	% от общего кол-ва исследований	Абс. число	% от общего кол-ва исследований	
Исследований всего, из них:	78538	100	65883	100	-16,1
ЭКГ	36590	46,6	31485	47,8	-13,9
ФВД	30186	38,4	25197	38,2	-16,5
ЭЭГ	11505	14,6	8263	12,5	-28,2
ЭНМГ 4 конечности	83	0,1	250	0,5	+201
УЗДГ сосудов нижних конечностей	174	0,2	688	1,0	+295

Таблица 1 наглядно формирует картину функциональных исследований за период 2019-2020 гг. Электрокардиография, спирография и электроэнцефалография являются преобладающими в структуре функциональных исследований при проведении обязательных медицинских осмотров не только в КДП г. Сургут, но и во всех медицинских организациях, участвующих в проведении обязательных медицинских осмотров. Снижение общего количества функциональных исследований по КДП г. Сургут в 2020 г. (на 16,1%), ЭКГ (на 13,9%), спирографии (на 16,5%), ЭЭГ (на 28,2%) обусловлено уменьшением количества лиц, направляемых на периодические и предварительные медицинские осмотры в связи с тяжёлой эпидемиологической ситуацией по новой коронавирусной инфекции в РФ и странах мирового сообщества. Рост таких исследований, как ЭНМГ (на 201%) и УЗДГ сосудов нижних конечностей (на 295%) в 2020 г. связан с увеличением доли углублённых медицинских осмотров в общем количестве периодических медицинских осмотров в КДП г. Сургут.

Электрокардиография – это исследование электрической активности сердца. Суть данно-

го метода состоит в регистрации электрических потенциалов, возникающих во время работы сердца и в их графическом отображении на дисплее или бумаге.

ЭКГ применяется для получения следующих данных:

- определение источника водителя ритма, оценка частоты, диагностика нарушений сердечного ритма, уточнение вида аритмии;
- выявление ишемии (недостаточное кровоснабжение сердца);
- подтверждение наличия инфаркта, его оценка, локализация;
- определение состояния сердечной мышцы;
- выявление гипертрофии желудочков.

Электрокардиография при обязательных предварительных и периодических медицинских осмотрах проводится всем категориям работников, осуществляющих деятельность в условиях воздействия вредных факторов. Структура выявленной патологии после проведенных ЭКГ исследований в КДП г. Сургут за период 2019-2020 гг. представлена в таблице 2 и на рисунке 1.

**Структура выявленных патологических изменений на ЭКГ при проведении
обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут за 2019-2020 гг.**

Сделано всего ЭКГ	2019 г.		2020 г.	
	36590		31485	
Выявлено	Абс. число	% от всех ЭКГ	Абс. число	% от всех ЭКГ
патологии всего, в том числе:	1500	4,1	2485	7,9
	Абс. число	% от выявленной патологии по ЭКГ	Абс. число	% от выявленной патологии по ЭКГ
гипертрофия желудочков (преимущественно левого)	146	9,7	209	8,4
хроническая фибрилляция предсердий	31	2,1	34	1,4
пароксизм фибрилляции предсердий	11	0,7	21	0,8
ишемические изменения	94	6,3	135	5,4
синдром WPW	25	1,7	30	1,2
инфаркт миокарда: подострая стадия	3	0,2	2	0,1
рубцовые изменения	34	2,3	51	2,0
экстрасистолия	96	6,4	135	5,4
нарушение внутрижелудочковой проводимости	71	4,7	181	7,3
пароксизмальные тахикардии	11	0,7	5	0,2
неспецифические изменения процессов реполяризации желудочков	978	65	1682	67,7

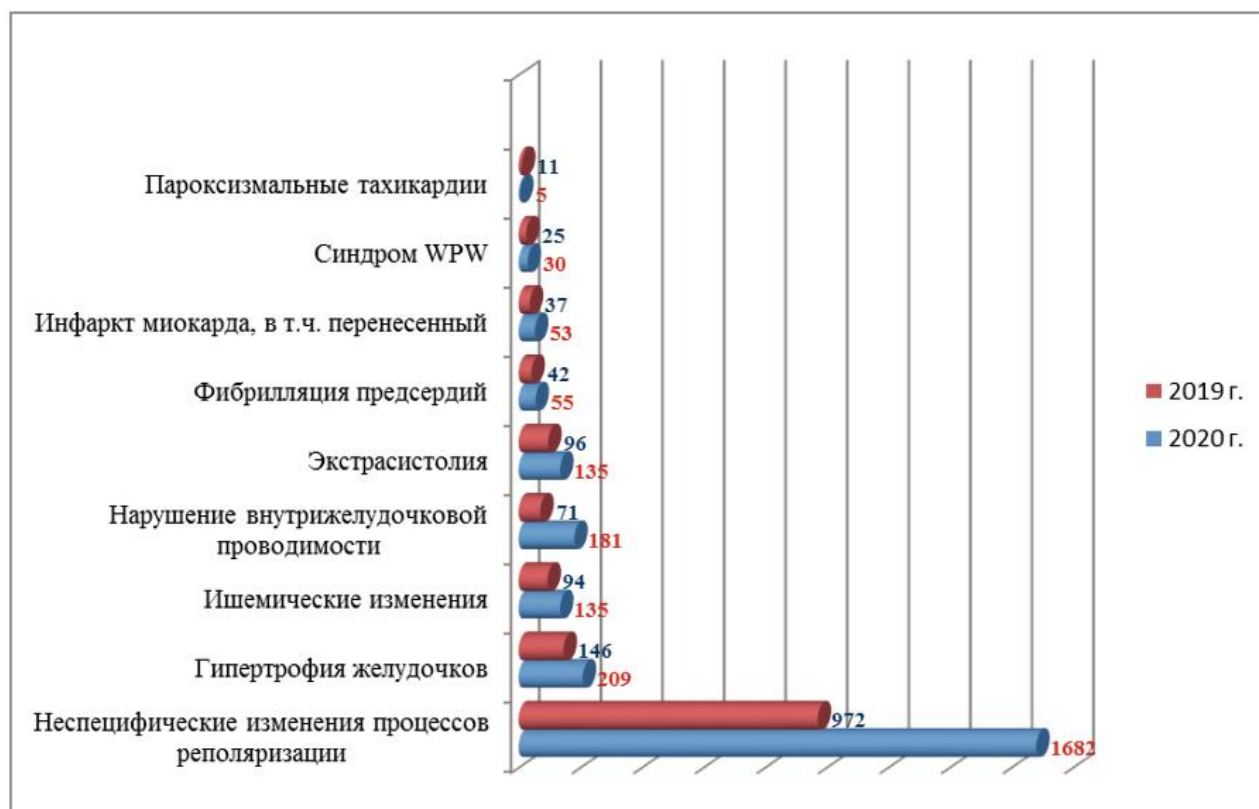


Рис. 1. Структура выявленных изменений при проведении ЭКГ в 2019-2020 гг.

Таблица 2 и рисунок 1 демонстрируют, что основной патологией, выявленной по ЭКГ при прохождении обязательных медицинских осмотров, являются неспецифические изменения процессов реполяризации желудочков, признаки гипертрофии левого желудочка и ишемических изменений в миокарде.

Все пациенты с выявленной при проведении диагностических исследований патологией направляются для проведения дообследования с выдачей направления установленной формы (Форма 057/у-04 - направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию) в медицинские органи-

зации по месту жительства или специализированные диагностические центры. Специалисты КДП г. Сургут активно взаимодействуют со всеми специалистами медицинских организаций г. Сургута для уточнения диагнозов при проведении экспертизы профессиональной пригодности либо с целью получения дополнительных сведений для сбора документации при определении связи заболевания с профессией.

В таблице 3 представлен анализ заболеваний, выявленных у работников по итогу прохождения обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут и имевших патологические изменения на ЭКГ.

Таблица 3

Выявленные заболевания системы кровообращения при прохождении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут за период 2019-2020 гг.

Выявлено заболеваний всего	2019 г.		2020 г.	
	79521		86377	
Выявлено заболеваний системы кровообращения всего:	Абс. число	% от всех заболеваний	Абс. число	% от всех заболеваний
	6236	7,8	8053	9,3
В том числе: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением из них:	Абс. число	% от заболеваний системы кровообращения	Абс. число	% от заболеваний системы кровообращения
эссенциальная гипертензия	2742	44	3509	43,6
гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	1225	19,6	1297	16,1
Ишемическая болезнь сердца, из них:	300	4,8	387	4,8
стенокардия	23	0,37	39	0,48
подострый инфаркт миокарда	3	0,05	2	0,02
постинфарктный кардиосклероз	31	0,5	39	0,7
другие болезни сердца (нарушения ритма, кардиомиопатии, в том числе неуточненного генеза, врожденные и приобретенные пороки сердца)	1410	22,6	2032	25,2

Таблица 3 наглядно демонстрирует, что основными заболеваниями, выявляемыми при проведении обязательных медицинских осмотров и наличии изменений на ЭКГ, являются болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением. Первое место занимают эссенциальные гипертензии, второе место – гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца, на третьем месте – ишемическая болезнь сердца. Далее по убывающей следуют классы заболеваний, объединенные в подгруппу «Другие заболевания системы кровообращения (нарушения ритма, кардиомиопатии, в том числе неуточненного генеза, врожденные и приобретенные пороки сердца)».

Спирография – метод исследования функции легких путем графической регистрации во времени изменений их объема при дыхании.

Регистрируемые показатели дают информацию о функциональном состоянии легких и бронхов, проходимости дыхательных путей, о наличии и степени снижения вентиляционной способности легких и о типе вентиляционных нарушений.

В таблице 4 и на рисунке 2 представлены патологические изменения, выявленные при спирографии в рамках проведения обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут.

Таблица 4

Структура патологических изменений, выявленных по спирографии при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут за 2019-2020 гг.

Сделано всего спирограмм	2019 г.		2020 г.	
	30186		25197	
Выявлено патологии всего, в том числе	Абс. число	% от всех спирограмм	Абс. число	% от всех спирограмм
	216	0,7	207	0,8
	Абс. число	% от всей патологии ФВД	Абс. число	% от всей патологии ФВД
Нарушения проходимости дыхательных путей по обструктивному типу	147	68	140	68
Нарушения проходимости дыхательных путей по рестриктивному типу	38	18	42	20
Нарушения проходимости дыхательных путей по смешанному типу	31	14	25	12

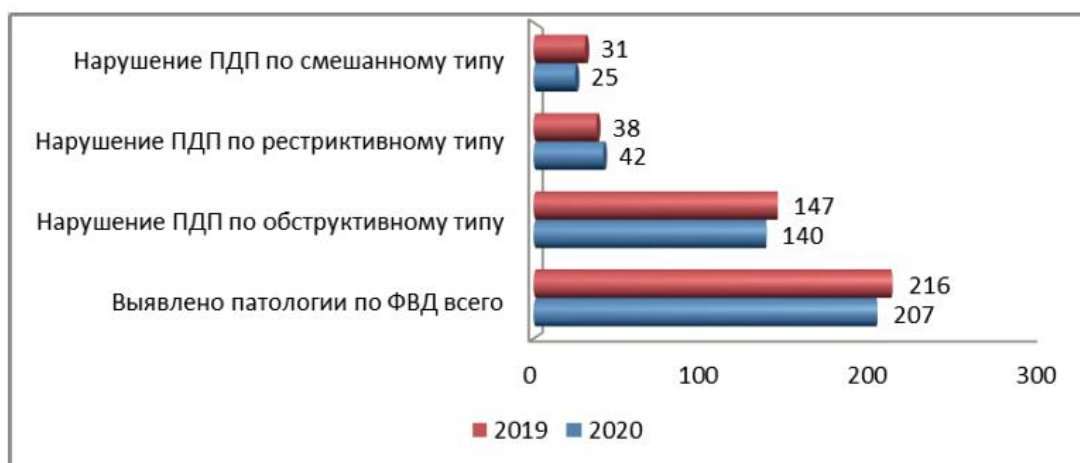


Рис. 2. Структура выявленных изменений при проведении спирографии в КДП г. Сургут 2019-2020 гг.

Таблица 4 и рисунок 2 отображают структуру патологических изменений, обнаруженных при проведении спирографии. Основной патологией, выявленной по спирографии при прохождении предварительных и периодических медицинских осмотров, являются нарушения проходимости дыхательных путей по обструктивному типу – это 68 % от всех изменений, выявленных при спирографии. Второе место – нарушения проходимости дыхательных путей по рестриктивному типу – 38% и на по-

следнем месте – нарушения проходимости дыхательных путей по смешанному типу – 31%.

Работники, у которых выявлены изменения по спирографии, направляются на дополнительное обследование в поликлинику по месту жительства и консультацию пульмонолога. Данные применяются для формирования заключительного диагноза и решения вопроса о профпригодности. Итоговые заключения по всем нозологиям, выявленным у сотрудников с изменениями при спирографии, отражены в таблице 5.

Таблица 5

Выявленные заболевания дыхательной системы при прохождении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут за период 2019-2020 гг.

Выявлено заболеваний всего	2019 г.		2020 г.	
	79521		86377	
В том числе заболеваний дыхательной системы из них:	Абс. число	% от всех заболеваний	Абс. число	% от всех заболеваний
	216	0,3	207	0,2
Бронхиальная астма	Абс. число	% от всех заболева- ний дыхательной системы	Абс. число	% от всех заболева- ний дыхательной системы
	67	31	69	33,4
ХОБЛ	18	8	23	11,1
Пневмония	6	2,7	7	3,4
Хронический бронхит не- уточненный	122	56	104	50,2
Другие болезни	3	1,3	4	1,9

Таблица 5 наглядно демонстрирует, что первое место в структуре выявленных заболеваний дыхательной системы у работников, занятых на работах с вредными производственными факторами, с патологическими изменениями по спирографии в 2019 г. занимает хронический бронхит, второе место – бронхиальная астма, третье место – хронические обструктивные болезни лёгких (ХОБЛ). В 2020 г. структура заболеваемости и изменений на спирографии остается без изменений.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) – это метод исследования активности головного мозга

путем записи электрических импульсов, исходящих из различных его областей. ЭЭГ позволяет провести анализ нормальной или патологически измененной, либо эпилептической биоэлектрической активности головного мозга в покое и при разных функциональных нагрузках, установить сторону поражения, расположение очага поражения при проведении обязательных медицинских осмотров отдельных категорий работников. В таблице 6 отражены выявленные изменения на ЭЭГ при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут в 2019-2020 гг.

Структура патологических изменений на ЭЭГ при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут за 2019-2020 гг.

Сделано всего ЭЭГ	2019 г.		2020 г.	
	11505		8155	
Выявлено патологии всего в том числе:	Абс. число	% от всех ЭЭГ	Абс. число	% от всех ЭЭГ
Низкоамплитудная ЭЭГ	912	8	700	9
	Абс. число	% от выяв- ленной патологии ЭЭГ	Абс. число	% от выяв- ленной патологии ЭЭГ
Эпилептиформные изменения	275	30	220	31,4
Преобладание бета-ритма	7	0,8	5	0,7
Диффузное распространение альфа-ритма	250	27,3	185	26,4
Частые эпизоды десинхронизации	150	16	125	17,9
Ирритативные изменения	65	7	42	6
Снижение устойчивости к гипоксии	120	13	95	13,6
Снижение порога судорожной готовности	40	4,4	25	3,6
	5	0,5	3	0,4

Таблица 6 показывает, что первое место среди изменений биоэлектрической активности головного мозга, выявленных при проведении электроэнцефалографии в 2019 г. занимает низкоамплитудная ЭЭГ, второе место – преобладание бета-ритма, третье место – диффузное распространение альфа-ритма по всей поверхности головного мозга. В 2020 г. структура выявленных на ЭЭГ не меняется.

Низкоамплитудная ЭЭГ может быть вариантом нормы и встречаться при повышении уровня функциональной активности головного мозга (напряженное внимание, интенсивная психическая работа, чувство страха, беспокойство). Иногда снижение амплитуды альфа-ритма свидетельствует о нарушениях в области ствола мозга.

Преобладание бета-ритма отмечается при умственном напряжении, эмоциональном перенапряжении, а также может свидетельство-

вать об ирритативных нарушениях в коре и нарушениях функций регуляторных структур головного мозга.

Дельта-ритм и тета-ритм в норме не проявляются у человека в период бодрствования, их наличие на электроэнцефалограмме может быть следствием роста опухоли или дегенеративного процесса.

Врач-невролог, сопоставляя жалобы, анамнез, неврологическую симптоматику с учетом выявленных изменений на ЭЭГ, обязательно направляет пациентов на КТ, МРТ головного мозга, сосудов, и консультации в специализированные медицинские центры для определения наличия или отсутствия заболеваний, влияющих на результат экспертизы профпригодности. Итоговые заключения по всем сотрудникам с выявленной на ЭЭГ патологией отражены в таблице 7.

Выявленные заболевания нервной системы при проведении ЭЭГ в КДП г. Сургут за период 2019-2020 гг.

Выявлено заболеваний		2019 г.		2020 г.	
	всего	79521		86377	
	Выявлено заболеваний нервной системы всего:	Абс. число	% от всех ЭЭГ	Абс. число	% от всех ЭЭГ
1	из них:	388	0,5	567	0,7
	расстройства вегетативной нервной системы	Абс. число	% от заболеваний нервной системы	Абс. число	% от заболеваний нервной системы
1.1		216	55,7	338	59,6
1.2	экстрапирамидные и другие двигательные нарушения	52	13,4	95	16,8
1.3	эпизодические и пароксизмальные расстройства из них:	16	4,1	8	1,4
1.3.1	эпилепсия, эпилептический статус	14	3,6	5	0,9
1.3.2	цереброваскулярные болезни из них:	101	26	122	21,5
	ОНМК	4	1	2	0,4
	церебральный атеросклероз	20	5,1	24	4,2

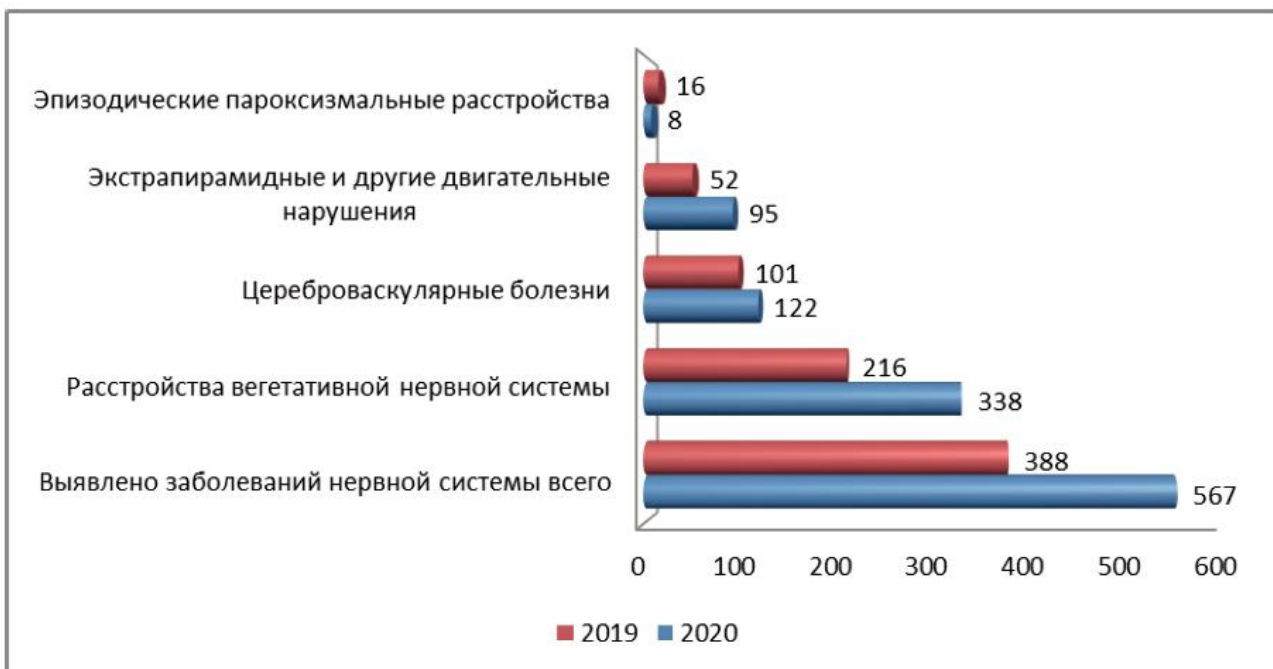


Рис. 3. Структура выявленных заболеваний нервной системы при проведении ЭЭГ в КДП г. Сургут за 2019-2020 гг.

Таблица 7 и рисунок 3 наглядно демонстрируют, что первое место среди выявленных заболеваний нервной системы у работников, имеющих патологические изменения на ЭЭГ при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут за период 2019-2020 гг., занимают расстройства вегетативной нервной системы, второе место – цереброваскулярные болезни, третье место – экстрапирамидные нарушения. Эпилепсия занимает 6-е место среди выявленных заболеваний и составляет 3,6% в 2019 г. и 0,9% в 2020 г.

Электронеуромиография – это исследование, которое назначается с целью оценки проведения нервных импульсов по нервным

волокнам (нервам), что позволяет выявить нарушения проведения разного характера – количественные (насколько снижено проведение, вплоть до полного его отсутствия), а также качественные (какой характер изменения проведения и какая часть нервного волокна или мышцы при этом страдает).

Кроме того, ЭНМГ позволяет установить ориентировочную область, где это самое проведение нарушено. В таблице 8 отражены выявленные изменения на ЭНМГ при проведении обязательных медицинских осмотров у работников, занятых на работах с вредными производственными факторами, в 2019-2020 гг.

Таблица 8

Структура патологических изменений на ЭНМГ при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут в 2019-2020 гг.

Сделано всего ЭНМГ	2019 г.		2020 г.	
	83		250	
Выявлено патологии всего	Абс. число	% от всех ЭНМГ	Абс. число	% от всех ЭНМГ
	16	19,3	43	17,2
В том числе:	Абс. число	% от выявленной патологии по ЭНМГ	Абс. число	% от выявленной патологии по ЭНМГ
легкие изменения скорости проведения импульса по нервам и мышцам верхних конечностей	4	25	10	23
легкие изменения скорости проведения импульса по нервам и мышцам нижних конечностей	7	44	21	49
легкие изменения скорости проведения импульса по нервам и мышцам верхних и нижних конечностей	5	31	12	28

Таблица 8 демонстрирует, что первое место среди патологических изменений при проведении ЭНМГ в КДП г. Сургут за период 2019-2020 гг. занимает изменение скорости проведения импульса по нервам и мышцам нижних конечностей, второе место – изменение скорости проведения импульса по нервам и мышцам

верхних и нижних конечностей и третье место – изменение скорости проведения импульса по нервам и мышцам верхних конечностей.

Локализация поражения зависит от характера преимущественной физической нагрузки. Так, у маляров и штукатуров, которые работают с преобладающей физической нагрузкой

на верхние конечности и плечевой пояс, чаще развиваются радикулопатии и рефлекторные синдромы шейного уровня. У работников с преимущественной нагрузкой на мышцы туловища и тазового пояса чаще развиваются пояснично-крестцовые радикулопатии или рефлекторные синдромы, соответствующие уровню поражения.

Работники, занятые на работах с вредными производственными факторами, у которых выявлены патологические изменения при проведении ЭНМГ, направляются на дополнитель-

ное обследование в поликлинику по месту жительства для верификации диагноза (спондилография, миелография, динамометрия и другие методы исследования), проходят консультацию невролога и, при необходимости, нейрохирурга, и осматриваются профпатологом ЦПП для решения вопроса о профпригодности. Итоговые заключения у работников, имевших патологические изменения по ЭНМГ при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут, представлены в таблице 9.

Таблица 9

Структура выявленных заболеваний нервно-мышечной системы при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут в 2019-2020 гг.

Выявлено заболеваний всего	2019 г.		2020 г.	
	79521		86377	
Выявлено заболеваний нервно-мышечной системы	Абс. число	% от всех заболеваний	Абс. число	% от всех заболеваний
	180	0,2	187	0,2
В том числе: поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы	Абс. число	% от заболеваний нервно-мышечной системы	Абс. число	% заболеваний нервно-мышечной системы
	172	95,5	180	96,2
болезни нервно-мышечного син- апса и мышц	4	2,2	3	1,6
из них: миастения	2	1,1	1	0,5
церебральный паралич и другие пар- алитические синдромы	4	2,2	4	2,1

Таблица 9 показывает, что первое место среди заболеваний, выявленных у работников, занятых на работах с вредными производственными факторами, имевших патологические изменения при проведении ЭНМГ в КДП г. Сургут за период 2019-2020 гг., занимают поражения нервов, нервных корешков и сплетений, полинейропатии, второе место - болезни нервно-мышечного син-апса и мышц.

Реовазография нижних конечностей – это методика изучения кровообращения в ногах при помощи прибора реографа.

Реовазография помогает выявить нарушения кровообращения и определить, какой ха-

рактер они имеют – органический или функциональный, используется при оценке периферического кровотока, лечении венозной недостаточности и непроходимости сосудов нижних конечностей.

Метод реовазографии нижних конечностей имеет следующие недостатки:

1. Необходимость соблюдения ряда условий:

- за сутки и более прекратить прием любых сосудистых препаратов, способных повлиять на циркуляцию крови;
- за два часа до исследования курящие пациенты должны отказаться от никотина;

- непосредственно перед реовазографией нижних конечностей пациент должен отдохнуть примерно 15 минут;
- во время диагностики вен пациент должен сохранять максимальную неподвижность, если врач не попросит об обратном.

2. Возможность влияния на точность графика реовазографии некоторых заболеваний: сердечной недостаточности, окклюзии вены (непроходимости вены), локального тромбоза.

3. Искажение данных реограммы при воздействии внешних факторов: наличии давящей силы (тугой повязки или гипса на ноге, тесной, обтягивающей одежды), низкой температуры в кабинете, подвижности пациента во время обследования.

Учитывая наличие данных ограничений РВГ, в КДП г. Сургут принято решение о проведении УЗДГ сосудов нижних конечностей, что не противоречит нормативной базе по проведению обязательных предварительных и периодических осмотров.

Ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей – это один из самых высокоинформативных способов современной диагностики сосудов, применяется для исследования магистральных, крупных вен и артерий тела человека при подозрении на нарушение сосудистого кровотока.

Ультразвуковая доплерография обладает следующими преимуществами перед реовазографией:

- нет ограничений по наличию тех или иных заболеваний;
- на точность УЗДГ сосудов ног не оказывают влияния внешние факторы;
- для проведения ультразвуковой доплерографии не требуется никаких специальных подготовительных мер;
- УЗДГ сосудов нижних конечностей выявляет патологии на стадии их бессимптомного течения.

Ультразвуковая доплерография позволяет оценить:

- локализацию деформированных сосудов, их форму, диаметр, состояние стенок;
- скорость тока крови;
- целостность венозных клапанов, рефлюкс при варикозной болезни;
- наличие тромбов, их размер, плотность, степень возможного смещения (флотации);
- места локализации атеросклеротических бляшек и наличие развивающегося из-за них стеноза артерий;
- патологические артериовенозные анастомозы (мальформации).

Таблица 10 отражает структуру выявленных патологических изменений УЗДГ сосудов нижних конечностей при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут за период 2019 - 2020 гг.

Таблица 10

Структура патологических изменений при проведении УЗДГ сосудов нижних конечностей при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут в 2019-2020 гг.

Сделано всего УЗДГ	2019 г.		2020 г.	
	174		688	
Выявлено патологии всего, в том числе:	Абс. число	% от всех УЗДГ	Абс. число	% от всех УЗДГ
	25	14,4	334	48,5
Варикозное расширение вен нижних конечностей	Абс. число	% от выявленной патологии на УЗДГ	Абс. число	% от выявленной патологии на УЗДГ
	25	100	138	41,3

	Абс. число	% от выявленной патологии на УЗДГ	Абс. число	% от выявленной патологии на УЗДГ
Облитерирующий атеросклероз сосудов н/к со стенозом до 30%	-	-	142	42,5
Облитерирующий атеросклероз сосудов н/к со стенозом 30-80%	-	-	54	16,2

Таблица 10 показывает, что основной патологией, выявленной при проведении УЗДГ нижних конечностей в 2019 году, является варикозное расширение вен нижних конечностей. В 2020 году первое место из выявленных изменений занимает облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей со стенозом до 30%, второе место - облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей со стенозом 30-80%.

По результатам УЗДГ сосудов нижних конечностей с целью экспертизы профессиональной пригодности и диагностики профессионального заболевания пациенты направля-

ются на дополнительные методы обследования: КТ-ангиография и МРТ-ангиография сосудов н/к, консультация сосудистого хирурга с последующим решением вопроса о профпригодности, тактике лечения, в том числе оперативно-го, и реабилитации.

Итоговые заключения по выявленным заболеваниям сосудов нижних конечностей у работников, занятых на работах с вредными производственными факторами, имевших патологические изменения по УЗДГ сосудов н/к при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут за период 2019-2020 гг., отражены в таблице 11.

Таблица 11

Структура выявленных заболеваний сосудов нижних конечностей при проведении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут за 2019-2020 гг.

Выявлено заболеваний всего	2019 г.		2020 г.	
	Абс. число	% от всех заболеваний	Абс. число	% от всех заболеваний
Выявлено заболеваний сосудов нижних конечностей	407	0,5	679	0,8
В том числе:	Абс. число	% от заболеваний нервной системы	Абс. число	% от заболеваний нервной системы
эндартериит, тромбангиит облитерирующий	10	2,4	202	29,7
болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов из них:	397	97,5	477	70,2
варикозное расширение вен нижних конечностей	388	95,3	459	67,6
флебит и тромбофлебит	-	-	1	0,1

Таблица 11 наглядно демонстрирует, что первое место среди заболеваний сосудов нижних конечностей, выявленных у работников, занятых на работах с вредными производственными факторами, при прохождении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут в 2019-2020 гг., являются варикозное расширение вен нижних конечностей, второе место – эндартериит и тромбангиит облитерирующий, третье место – флебит и тромбофлебит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам анализа функциональных исследований при проведении обязательных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными производственными факторами, за период 2019-2020гг. в структурном подразделении автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» - Консультативно-диагностической поликлинике в городе Сургут мы делаем вывод о необходимости применения всех методов функциональных исследований, заявленных с целью своевременного выявления патологии на этапе обязательных медицинских осмотров.

Сотрудники Центра профессиональной патологии по системе непрерывного анализа и улучшения (ИСО 9001) продолжают изучать и совершенствовать диагностический процесс в Учреждении при проведении обязательных медицинских осмотров. Яркий пример этому – использование УЗДГ наряду с РВГ.

Изменения, вносимые с 01.04.2021 г. приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.01.2021 г. № 29н «Об утверждении Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса РФ, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и/или опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры» в периодичность и перечень обследований при проведении медицинских осмотров работников, осуществляющих работы с вредными и/или опасными производственными факторами, требуют обсуждения и детального анализа со стороны сообщества профпатологов.

Раннее выявление, как показывает практика, позволяет проводить раннюю профилактику развития профессиональной патологии, формирующейся у работников предприятий, осуществляющих трудовую деятельность во вредных условиях труда. При выявлении на диагностическом этапе состояний, обусловленных, в том числе и влиянием производственных факторов, которые являются медицинскими противопоказаниями к продолжению работ во вредных и опасных условиях труда, работники, занятые на работах с вредными производственными факторами, направляются в профпатологическое отделение АУ «Югорский центр профессиональной патологии» в г. Ханты-Мансийск. Здесь им проводится дополнительное обследование и лечение, при необходимости экспертиза связи заболевания с профессией и(или) экспертиза профессиональной пригодности, что в скором времени ляжет в основу новых публикации от АУ «Югорский центр профессиональной патологии».

Функциональные исследования – это важная и неотъемлемая составляющая обязательных медицинских осмотров. Данные функциональных исследований позволяют своевременно формировать группы риска по развитию профессиональных заболеваний с целью продления трудового долголетия работников, занятых на работах с вредными производственными факторами.

Литература

1. Федеральный Закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 12.04.2011 г. № 302н (ред. от 18.05.2020) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 апреля 2012 г. № 417н «Об утверждении Перечня профессиональных заболеваний».

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.01.2021 г. № 29н «Об утверждении Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса РФ, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и/или опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».
5. Орлов, В.Н. Руководство по электрокардиографии. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2004. – 528 с.
6. Аронов, Д.М., Лупанов, В.П. Функциональные пробы в кардиологии. – М.: «МЕДпресс-информ», 2003. – 296 с.
7. Артамонова, В.Г., Мухин, Н.А. Профессиональные болезни. – 4-е издание. – М.: «Медицина» 2004. – 479 с.
8. Васильев, Ю.Н., Лаврик, С.Ю., Окладников, В.И. Методика исследования неврологических больных: учебное пособие для студентов / Васильев В.Ю., Лаврик С.Ю., Окладников В.И. – Иркутск: типография ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, 2013. – 62 с.
9. Команцев, В.Н. Методические основы клинической электронейромиографии. Руководство для врачей. – СПб. 2006. – 362 с.
10. Неробкова, Л.Н., Авакян, Г.Г., Воронина, Т.А., Авакян, Г.Н. Клиническая электроэнцефалография. Фармакоэлектроэнцефалография. – М.: «Гэотар-Медиа», 2018. – 288 с.
11. Покровский, А.В. Клиническая ангиология: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2004. – 808 с.
12. Холин, А.В., Бондарева, Е.В. Допплерография и дуплексное сканирование сосудов. – М.: «МЕДпресс-информ», 2015. – 93 с.
13. Чучалин, А.Г. Функциональная диагностика в пульмонологии / под редакцией Айсанова З.Р., Черняка А.В. – М.: АТМО, 2016. – 184 с.
© Курбатова М.Г., Котова Н.В., Архипова И.И., Мололкина Ю.В., Ванюхина Ч.Г., 2021

ПАЦИЕНТЫ НА ВЗВОДЕ В ЭПИДСЕЗОН, КАК ПОГАСИТЬ КОНФЛИКТЫ И СДЕЛАТЬ КЛИНИКУ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЙ

Тараник М.Б.,

главный врач БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2»

Мургазина Г.И.,

менеджер по персоналу БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2»

Тюрина К.В.,

медицинский психолог БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2»

В условиях эпидемии коронавирусной инфекции возросло количество обращений пациентов, следствием чего является нагрузка на медицинских работников и экстремальные условия работы. Если охарактеризовать современные реалии взаимоотношений врача и пациента, то, к сожалению, нужно отметить наличие повышенного уровня вероятности возникновения конфликта. Попробуем разобраться в причинах такой повышенной вероятности.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, пациентоориентированность, конфликты

Среди множества причин, таких как изменение социально-экономических условий жизни, рост правовой информированности населения, увеличение психологического напряжения, связанного со сложившейся сложной эпидемиологической обстановкой, стоит подчеркнуть, что само заболевание является для человека определенным стрессом, выбивающим его из привычных условий. Следовательно, поведение человека может меняться и вероятность возникновения конфликта увеличивается. К более индивидуализированным факторам повышения уровня конфликтности пациента можно отнести - состояние здоровья «насколько болит», личное эмоциональное состояние, убеждения, цель прихода в поликлинику, то, насколько часто обращается в медицинское учреждение, что слышал о поликлинике от окружающих, внутренний настрой, каким временем располагает и многое другое и в нескольких вариантах.

Главным деструктивным последствием конфликта между медицинским работником и пациентом является ухудшение качества оказания медицинской помощи. В этой связи, необходимо разрабатывать, внедрять и интегрировать доступные методы сокращения количества и снижения интенсивности конфликтов с учетом современного контекста проблемы.

Наиболее распространенными жалобами со стороны пациентов в период распространения новой коронавирусной инфекции стали жалобы на длительные сроки получения пациентом

результатов лабораторных исследований на коронавирусную инфекцию, временный порядок организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, в частности закрытие плановых приемов специалистами, длительное оформление листов временной нетрудоспособности.

В условиях пандемии коронавирусной инфекции, конечно, всеми медицинскими организациями были приняты необходимые меры по профилактике и снижению рисков распространения болезни, но они не всеми пациентами были приняты. А принятие новых условий оказания медицинской помощи пациентами является важным для эффективного взаимодействия.

Несколько подробнее о тех изменениях, которые произошли в следствие высокой заболеваемости COVID-19 расскажем на примере бюджетного учреждения «Сургутская городская клиническая поликлиника №2». Несмотря на то, что поликлиника перешла на штатный режим работы и возобновились плановые приемы специалистов, проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (кроме граждан в возрасте 65 лет и старше и лиц из группы риска, имеющие хронические заболевания бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем), а также вакцинация взрослого и детского населения, продолжают сохраняться меры, принятые весной 2020

года. В учреждении сформированы бригады для оказания медицинской помощи пациентам с острыми респираторными инфекциями и коронавирусной инфекцией. Также отдельно функционирует бригада, которая осуществляет забор биологического материала. Выделен отдельный блок с необходимым запасом средств индивидуальной защиты и медикаментов, где осуществляется подготовка специалистов, задействованных в бригадах к выезду, централизованный сбор дневников и утилизация отходов по окончанию смены. Осуществляется прием через приемно-смотровые боксы пациентов с признаками ОРВИ, а также схемы дальнейшей маршрутизации пациентов в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях. Медицинские сестры и фельдшера по разработанному опроснику связываются с пациентами по телефону с целью уточнения его состояния, и при ухудшении состояния здоровья пациента, информация незамедлительно передается врачу для активного посещения пациента на дому.

Нельзя не отметить, что в период ухудшения эпидемиологической обстановки максимально используются ресурсы, способствующие организации дистанционного взаимодействия с пациентами, без посещения учреждения. Организована дистанционная выписка льготных рецептов, дистанционное консультирование пациентов, кроме того организован call-центр, который осуществляет системную работу по информированию населения о поступлении результатов исследований на коронавирусную инфекцию.

Помимо организационных изменений, актуальной стала наша работа с персоналом учреждения. Развитие персонала не только в части профессиональных компетенций, но и выстраивание эффективного взаимодействия с пациентами является одним из важных направлений работы. В нашем учреждении последнее реализуется опосредовано через работу как с врачебным персоналом, так и медицинскими работниками среднего звена. Так, в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2» реализуется программа социально-психологического сопровождения персонала с 2012 года. С каждым годом мы используем новые инструменты и актуализируем программу под контекст происходящей ситуации.

В частности, для того, чтобы медицинским работникам было легче ориентироваться в многообразии потребностей, проявлений поведения человека, в его эмоциональном состоянии, проводятся регулярные обучения, индивидуальные и групповые занятия с медицинскими психологами. Вычлняются тонкие, наиболее сложные места, моделируются и проигрываются различные конфликтные ситуации.



В учреждении был разработан и реализован проект «Взаимодействие с пациентами. Профилактика эмоционального выгорания». В рамках данного проекта были проведены тренинговые занятия, в которых приняло участие более 250 сотрудников (10 групп для среднего медицинского персонала – 174 человека; 2 группы для медицинских регистраторов – 21 человек; 5 групп для врачей – 59 человек). По итогам анкетирования сотрудники оценили проведенные мероприятия и их практическую значимость в среднем на 4.7 балла (из 5).

Приведем несколько основных этапов, которые прорабатывались на занятиях со всеми категориями персонала:

1. Установление контакта с пациентом. Является очень важным этапом и может предопределить настрой пациента в дальнейшем диалоге. При проигрывании ситуаций мы обязательно анализировали те ситуации, которые пережили сами сотрудники и пытались поставить себя на место пациента, как он себя чувствует – например если не знает, как записаться на прием или куда ему обратиться (в какой кабинет). Сотрудники приводили примеры из жизни, когда находятся, например, в банке, паспортном столе, или в многофункциональном центре, когда они себя чувствуют дезориентированными, а эффективного взаимодействия с



персоналом данной организации не складывается. И когда мы определяли желаемое поведение в рассматриваемом контексте, мы формировали основные правила общения, которые не давались персоналу как данность для дальнейшего использования, а которые формировались совместно через проекцию того самого отношения к самому себе.

2. Также обращали внимание на обязательное установление зрительного контакта – «Мы должны посмотреть на пациента» - в силу большого потока, встречается такая практика, когда, например, медицинский регистратор начинает диалог с пациентом, глядя в компьютер. Это категорически не верно! Не обязательно сохранять его на протяжении всего диалога, но установить в начале и закрепить зрительный контакт в конце диалога обязательно, пусть на несколько секунд обязательно, используя совместно речевое обращение. Когда мы смотрим пациенту в глаза, мы даем ему определённую уверенность в том, что наше внимание обращено к нему, что его слушают. Данное правило постепенно приводит персонал к освоению техник активного слушания, без которых любые речевые скрипты, даже самые проверенные не сработают.

3. Следующим важным моментом являлось употребление имени пациента в речи и ориентация на пожелания пациента. Адекватное обращение по имени всегда воспринимается

положительно и способствует установлению контакта. Также советовали своим сотрудникам исключить из речи местоимения «я» и «мы», чаще употреблять «вы» и «вам», тем самым ориентироваться на потребности пациента.

4. Приемы активного слушания – важные инструменты для выстраивания эффективного взаимодействия с пациентами, максимально демонстрирующие пациентоориентированность. Для примера приведем несколько приемов:

Выяснение – обращение к пациенту за некоторым уточнением (например - «Не повторите ли Вы еще раз»);

Перифразирование – формирование мысли собеседника своими словами («Если я Вас правильно поняла, то...»);

Резюмирование – подведение итогов (эта практика интегрирована и используется во многих медицинских организациях, когда пациенту при завершении диалога, проговаривают его дальнейшие действия (например – «Итак, Вам сейчас необходимо пройти в 105 кабинет, ваша карта у доктора. Выздоровляйтесь!» или при записи на прием повторяют в конце диалога «Итак, Вы записаны 25 октября в 10.00 к врачу – неврологу, 211 кабинет»).

В таблице приведены примеры техник активного слушания, которые использовались на занятиях для дальнейшего применения в диалоге с пациентом.

Приемы активного слушания	Цель	Характеристики
Угу – поддакивание	Дать понять собеседнику, что его слушают	Кивки головой, «да», «угу», «ага»
Пауза	Помочь собеседнику собраться с мыслями и выговориться до конца	Своевременно выдержанное молчание

Приемы активного слушания	Цель	Характеристики
Закрытые вопросы	Получение согласия или подтверждения ранее достигнутой договоренности	Вопросы, подразумевающие ответы «да» или «нет»
Открытые вопросы	Получение от собеседника как можно больше информации	Вопросы «как», «какие», «когда» и т.п.
Перефразирование	Дать возможность говорящему человеку увидеть, что его правильно понимают	Фразы «другими словами..», «если я вас правильно понял, то...»
Резюмирование	Выделение главной мысли (без сопровождения эмоций) из уже сказанного собеседником	Фразы «таким образом...», «если подытожить сказанное, то...»

5. Главная задача медицинского работника в общении с пациентом – понять и решить проблему пациента на всех этапах работы, и обучение выстраивалось именно с учетом решения данной приоритетной задачи. Мы старались ориентировать работников воздерживаться от употребления в своих высказываниях слова «Нет» при общении с пациентом, так как это действует негативно на восприятие информации пациентом, провоцирует на конфликт. При отсутствии ресурсов «здесь и сейчас» для решения проблемы пациента, данное слово рекомендовали заменить на выражения «на данный момент закончилось, следующая запись тогда – то и т.д.», пробовать найти и подобрать альтернативные варианты, что значительно оптимизирует работу персонала поликлиники, так как один человек пытается максимально решить все вопросы пациента.

6. Еще одним важным этапом работы с персоналом на занятиях являлась отработка техник эмоциональной устойчивости и сохранения ресурсного состояния.

- Рефрейминг;
- Психологическая амортизация;
- Метод «заезженной пластинки»;
- Дыхательные практики.

С сожалением стоит отметить тот факт, что в период эпидсезона групповые занятия стали невозможны, но продолжается индивидуальная работа с персоналом, которая заключается не только в помощи сотруднику в выстраивании диалога с пациентом, но и работа, направленная на сохранения психологического здоровья в условиях колоссальной нагрузки. В мае и июне 2020 года было организовано индивидуальное консультирование, в котором приняло участие 143 сотрудника (медицинские сестры – 83 че-

ловека, врачи – 36 человек, медицинские регистраторы – 18 человек, заведующие отделений – 6 человек). В консультировании использовался метод клинической беседы, в результате которой было выявлено отношение к коронавирусной инфекции, то, какие страхи и переживания испытывают сотрудники по поводу нового заболевания, взаимоотношение с коллегами в период пандемии. Также было проведено тестирование Спилбергера-Ханина – методика, которая позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство и как состояние, связанное с текущей ситуацией. По результатам тестирования у консультируемых выявлено: 28% – высокий уровень тревоги, 43% – средний и 29% – низкий. В ходе беседы 33 % высказались по поводу страха заразиться, 39% – заразить своих близких, остальные надеялись на средства защиты и собственный иммунитет. Выявлено, что те сотрудники, у которых наблюдались сложные взаимоотношения в семье, трудности в адаптации к новым условиям, недавно получившие психологические травмы, показали более высокие уровни тревоги и страх заразиться коронавирусной инфекцией.

В ходе данной индивидуальной работы применялись различные психотерапевтические методики, которые позволили значительно снизить уровень напряжения. Сотрудники высказывались, что получили чувство облегчения, улучшилось настроение, стали заметно чаще обращаться за психологической помощью, так как почувствовали, что данная работа приводит к значительному улучшению качества жизни.

Возвращаясь к теме нашей статьи, отметим, что сделать клинику пациентоориентированной и реализовать миссию нашего учреждения – оказание пациентоориентированной медицин-



ской помощи, можно используя постоянное совершенствование доступности медицинской помощи для пациента и это предполагает применение определенных организационных технологий.

Так, наряду с использованием социально-психологических механизмов сопровождения персонала, с начала 2020 года «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2» принимает участие в проекте «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в рамках национального проекта «Здравоохранение». Целью данного проекта является создание условий, ориентированных на потребность пациентов, бережное отношение к временному ресурсу, эффективное использование ресурсов системы здравоохранения. В настоящее время в учреждении проводится работа по реализации 2-х проектов. Ранее, в 2017- 2019 годах, проект имел название «Бережливая поликлиника» и был пилотным, в котором наше учреждение активно принимало участие. Работа в данном направлении проводится регулярно. Достигнуто много положительных изменений в организации работы учреждения: проведена реконструкция регистратуры в детской поликлинике, созданы комфортные места для ожидания, уста-

новлены фонтанчики для питья в детской поликлинике, усовершенствована навигация, что сократило время поиска необходимых пациенту кабинетов, внедрена запись с приема врача на повторные приемы и посещение врачей специалистов, на лабораторные и инструментальные методы исследований, что сократило очереди у кабинетов, изменен график работы поликлиники (продлен до 20:00), произведено разделение потоков пациентов путем выделения отдельного входа для больных детей и т.д.

В заключении хочется отметить, что эффективное взаимодействие медицинских работников с пациентами зависит как от организационного фактора, так и социально-психологического фактора. Оптимизация и усовершенствование организационных процессов, постоянное повышение уровня коммуникативной компетенции медицинского персонала, проведение тренингов, семинаров, обучающих работников правильному восприятию и отражению возможного негативного эмоционального потока от окружающих, ориентированность на потребности пациентов – все это имеет огромное значение для эффективного лечения.

© Тараник М.Б., Муртазина Г.И.,
Тюрина К.В., 2021

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОФТАЛЬМОДЕМОДЕКОЗА

Кедрова В.С.,
к.м.н., врач клинической лабораторной диагностики высшей квалификационной категории
Медико-санитарная часть ООО «Газпром трансгаз Сургут»
Погосова Т.Э.,
врач клинической лабораторной диагностики первой квалификационной категории
Медико-санитарная часть ООО «Газпром трансгаз Сургут»
Новиков В.П.,
врач-офтальмолог высшей квалификационной категории
Медико-санитарная часть ООО «Газпром трансгаз Сургут»
Нурмухаметова Г.Ф.,
врач-офтальмолог высшей квалификационной категории
Медико-санитарная часть ООО «Газпром трансгаз Сургут»
Винокурова Т.Ю.,
к.м.н. заведующий клинико-диагностической лабораторией
Медико-санитарная часть ООО «Газпром трансгаз Сургут»,
Григорук С.Д.,
главный врач-начальник
Медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут», к.м.н.
Липская О.В.,
заместитель главного врача по лечебной части
Медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут»

*В исследовании установлена актуальность обнаружения клещей рода *Demodex spp.* микроскопическим методом при воспалительных заболеваниях глаз у пациентов разных возрастных групп. Отмечена взаимосвязь офтальмодемодекроза с сопутствующей патологией и показана эффективность этиопатогенетической терапии.*

Ключевые слова: демодекоз, блефарит, клещ демодекс, микроскопический метод, блефарогель-2

Цель

Оценить информативность микроскопического метода исследования ресниц для выявления клещей рода *Demodex* при воспалительных заболеваниях глаз с последующим выбором этиопатогенетической терапии.

Введение

Проблема офтальмодемодекроза сохраняет свою актуальность в настоящее время в силу ее высокой распространенности.

Демодекс – это условно-патогенный клещ, обитающий в сально-волосяных фолликулах. Колонизация обычно происходит в подростковом возрасте, либо чуть позже. [1]. По данным литературы, носительство демодекса достигает 89% популяции, однако не всегда сопровождается клиническими проявлениями демодекроза. В проведенных исследованиях было выявлено, что клещ обнаруживается на веках в 50% случаев у рандомизированно отобранных пациентов

с демодекозным поражением глаз [12]. Основной причиной демодекозного поражения является снижение защитных сил организма. В этом случае количество особей начинает быстро увеличиваться. По мнению многих авторов, манифестация поражения демодексом связана с иммунодефицитными состояниями [5,6]. Способствует развитию демодекроза воздействие таких предрасполагающих факторов, как хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, эндокринная патология [7]. Выявлена закономерность между количеством клещей и возрастом пациентов, глазным дискомфортом, нестабильностью слезной пленки и недостаточной гигиеной глаз [10]. Таким образом, для активного размножения демодекса необходимы три предрасполагающих фактора: хорошее кровоснабжение тканей, плохое гигиеническое состояние век и снижение иммунитета [5].

Отмечено, что патологические изменения век, такие как расширение фолликулов, гипер-

кератоз и слабый перифолликулит, часто связаны с присутствием демодекса [8]. В ряде исследований выявлено сосуществование клеща с золотистым стафилококком и обнаружено, что в случае присутствия золотистого стафилококка, число особей демодекса увеличивается [9]. Доказано, что клещ может быть переносчиком других микроорганизмов. Рядом авторов отмечено, что с присутствием клещей увеличивается количество грамм «+» и грамм «-» бактерий [13].

Основным диагностическим исследованием на обнаружение клеща рода демодекс является микроскопический анализ ресниц с дальнейшим подсчетом особей. Наиболее информативно микроскопическое исследование корня ресниц, где скопление паразитов максимальное. Традиционный метод подсчета демодекса включает в себя рандомизированную эпиляцию пяти расположенных далеко друг от друга ресниц с верхнего и нижнего века, с дальнейшим погружением их в каплю глицерина на предметном стекле с последующей микроскопией.

В то же время не всем пациентам с воспалительными заболеваниями глаз проводится микроскопическое исследование на выявление демодекса, что зачастую является причиной малоэффективного симптоматического лечения.

Материалы и методы

В исследование включены 86 пациентов в возрасте 12-69 лет, впервые обратившихся к офтальмологу МСЧ ООО «Газпром трансгаз Сургут» в период 2019-2020 гг. с жалобами на зуд, неприятные ощущения в области век, покраснение, отечность краев век, скудное отделяемое из глаз, дискомфорт, усталость, чувство инородного тела в глазах, иногда отмечалось выпадение ресниц. Пациентам проводилась биомикроскопия переднего отрезка глаза (тщательный осмотр краев век, ресниц, отделяемого из мейбомиевых желез при надавливании, оценка состояния конъюнктивы и слезной пленки). При подозрении на демодекозный характер поражения, а также при часто рецидивирующих и множественных халазионах выполнялось взятие ресниц для исследования на демодекс. Также проводился диагностический массаж век на стеклянной палочке для оценки секрета мейбомиевых желез.

При микроскопическом исследовании допускается составление акарограммы, основанной на дифференцированном подсчете личинок, нимф, яиц и имаго. В рутинной практике клинко-диагностической лаборатории подсчет акарограмм, как правило, не применяется. В интерпретации результата указывается количество взрослых особей клеща демодекс без видовой идентификации. Критерием клещевой активности, по данным литературы, служит количество более 5 взрослых особей, личинок или яиц на 1 см² [3, 4]. При диагностике демодекоза ресниц нормой считается обнаружение одного клеща на 5 ресницах с каждого века.

Результаты и их обсуждение

Клещи рода *Demodex folliculorum* относятся к условно-патогенным агентам, бессимптомное носительство возбудителя наблюдается у здоровых лиц довольно часто [1]. Однако в отдельных случаях численность клещей резко возрастает и приводит к состоянию, известному как демодекоз (см. рис. 1).



Рис.1. Клещ Demodex в нативном препарате, ув. х 200, фото выполнено с использованием Leica DMLS. Имаго пяти клещей на двух ресницах

При осмотре офтальмологом у обследуемых были выявлены признаки блефарита, а именно, отмечалась гиперемия края век, сальный налет на коже век. При биомикроскопии обнаружены муфты (чехлики) на корнях ресниц, легкая гиперемия конъюнктивы век. Всем пациентам было проведено исследование нативных препаратов ресниц микроскопическим методом, который является наиболее информативным для выявления клещей в волосяных фолликулах.

Существуют разные способы взятия образцов биологического материала для микроскопии. При соскобе с поверхности участка кожи недоступна популяция клещей, находящаяся внутри сальной железы [2]. В связи с этим соскоб не является высокоинформативным методом и не доказывает отсутствие клещей [3]. Следует отметить, что не всегда удается получить адекватный материал секрета сальных желез, при выдавливании их содержимого. К недостаткам метода также относятся травматизация эпителия, обследование небольших по величине участков поражения, относительная болезненность процедуры и дискомфорт пациентов.

Преимущество микроскопического метода исследования нативного препарата ресниц заключается в возможности анализа сразу нескольких участков поражения, а также извлечении клещей не только с поверхности кожного покрова, но и непосредственно из сальных желез (см. рис. 2). Большой плюс метода заключается в том, что определение клеща проводят за короткий промежуток времени (несколько минут). Достоинством метода является также его экономическая доступность и отсутствие необходимости в дорогостоящем оборудовании и реактивах.



Рис.2. Клещи *Demodex* в нативном препарате ресниц, ув. $\times 500$, фото выполнено с использованием Leica DMLS. Имаго двух особей

Учитывая важность преаналитического этапа при выполнении микроскопического исследования нативного препарата, сотрудниками нашей лаборатории была разработана стандартная операционная процедура (СОП), опи-

сывающая порядок проведения анализа и обеспечивающая эффективное выявление клещей в материале обследуемых. Пациенту перед диагностической процедурой рекомендовано: не использовать косметику, средства личной гигиены с высоким содержанием щелочи (лосьюны, крема и т.д.), глазные капли за неделю до исследования.

В результате проведенного нами исследования в 27,8% случаев демодекс был обнаружен у пациентов с хроническим бифаритом, в 48,4% случаев выявлен у пациентов, страдающих блефароконъюнктивитом. Болезни слезной железы, синдром «сухого глаза» сопровождался обнаружением демодекса в 12,6% случаев, халазион – в 48,3%.

В результате исследования установлено, что чаще демодекоз встречается у пациентов с сопутствующей патологией, такой, как сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, заболевания кожи воспалительной этиологии (розацеа), доброкачественные новообразования кожи (себорейный кератоз), дерматофитии. По данным литературы, клеща также в большом количестве обнаруживали в воспалительных кожных участках у пациентов с ВИЧ-инфекцией, онкопатологией, у иммуносупрессивных больных, находящихся на гемодиализе с хронической почечной недостаточностью и пациентов с сахарным диабетом [6,7,12].

Повышенная восприимчивость к демодекозу у пациентов с сахарным диабетом может быть связана с низкой хемотаксической активностью нейтрофилов, недостаточным лейкоцитарно-эндотелиальным клеточным взаимодействием и уменьшением количества лейкоцитов в воспалительных очагах, снижением высвобождения цитокинов, таких как фактор некроза опухоли, альфа-интерлейкины и простагландины [11].

Нами отмечено, что наиболее часто демодекоз поражает старшую возрастную группу – от 51 до 69 лет. У пациентов данной группы манифестация демодекоза может быть связана с изменениями гормонального статуса, нарушением обменных процессов, дисбиозом кишечника и хроническими патологическими процессами, приводящими к нарушению иммунного статуса организма.

У пациентов в возрасте 12-15 лет клещи выявлены всего в 12% случаев, что может быть

объяснено меньшим образованием жирового секрета по сравнению со старшей возрастной группой. Причем в детском возрасте размножение клеща часто сопровождается такими заболеваниями глаз, как халазион, ячмень века. Зачастую отсутствие должной гигиены, использование некачественной косметики приводит к закупорке выходного канала мейбомиевой железы, нарушению оттока и скоплению секрета, что является благоприятным фактором развития демодекоза. Бактериальные антигены, находящиеся на поверхности клеща могут провоцировать воспалительный ответ. Также демодекс может быть переносчиком вирусов и грибов [5,6], что усугубляет клиническую картину заболевания и требует комплексного подхода к терапии.

Несмотря на широкий спектр препаратов акарицидного и симптоматического действия, лечение демодекоза глаз зачастую оказывается затруднительным. Этому способствуют длительность терапии, несоблюдение режима лечения и гигиенических норм, применение симптоматических препаратов, не оказывающих акарицидного действия, отсутствие адекватного лечения хронических заболеваний, а также необходимость комплексного лечения [7].

Основная цель лечения офтальмодемодекоза – снижение уровня колонизации демодексом и устранение клинических проявлений блефарита. Комплексное лечение включает противопаразитарную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию, а также лечение сопутствующей хронической патологии.

В нашем исследовании пациентам было назначен полуторамесячный курс лечения: обработка краев век препаратом тобрадекс или комбинил 2 раза в день в течение двух недель, через 10-15 минут – настойкой календулы, затем блефарогелем-2 дважды в день в течение месяца и один раз в день на ночь в течение двух недель. Также в большинстве случаев в начале лечения проводился один раз в три дня массаж век на стеклянной палочке 3-5 раз до получения нормального секрета мейбомиевых желез. Единичные пациенты использовали вместо блефарогеля-2 демазол или цинк-ихтиоловую мазь. Также всем пациентам назначались слезозаместительные препараты длительно до трех месяцев.

При повторных осмотрах на 7-10 день оценивалась динамика, переносимость лечения,

коррекция назначений. Через 4 недели пациентов приглашали на промежуточный контроль, а через 7-8 недель на заключительный, где проводилась оценка результата лечения, а также микроскопия ресниц на демодекс.

У нашей группы обследуемых на фоне проводимой терапии к 7-10 дню отмечалась положительная динамика. При микроскопическом исследовании, выполненном после проведенной терапии, клещ рода демодекс не был обнаружен, либо его количество не превышало 1 особь на 5 ресницах с верхнего и нижнего века.

Выводы

Таким образом, в ходе исследований для обнаружения клещей рода Demodex, наиболее информативным, экономически выгодным, не требующим специализированного оборудования и затрат, является микроскопический метод исследования нативного препарата с констатацией факта обнаружения взрослых особей клеща и указанием в результатах исследования: обнаружен клещ Demodex spp., без видовой идентификации.

Наиболее часто демодекоз диагностируется в старшей возрастной группе пациентов, зачастую страдающих сопутствующей соматической патологией.

Своевременное выявление клещей рода Demodex служит важным критерием раннего назначения этиопатогенетической терапии при воспалительных заболеваниях глаз. Препаратами выбора в комплексной терапии воспалительных заболеваний век является блефарогель-2, демазол.

Литература

1. Адаскевич, В.П. Демодекоз: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение // Дерматовенерология. Косметология. – 2015. – №1. – С. 60-71.
2. Арзумян, В.Г., Белохвостикова, Т.С., Вавилова, Т.В. и другие. Клиническая лабораторная диагностика: в 2 т. Т. 2 / под ред. профессора В.В. Долгова. – М.: ООО «Лабдиаг», 2018. – 624 с.
3. Баянова, С.Н., Соснин, Д.Ю., Выявление клещей рода Demodex в практике клинко-диагностических лабораторий // Справочник заведующего КДЛ. – 2019. – №4. – С. 23-35.
4. Ван Херг, Н., Трегуб, И.А., Кудайбергенова, Н.К., Ягофаров, Ф.Ф. и другие. Лабораторная диагно-

- стика демодекоза // Наука и здравоохранение. – 2014. – №2. – С. 62-63.
5. Ершова, И.Б., Глушко, Ю.В., Мочалова, А.А., Особенности иммунного статуса и его коррекция у подростков с демодекозом кожи. Актуальная инфектология. – 2015. – №4. – С. 47-50.
6. Музыченко, А.П., Качук, М.В. Особенности иммунного статуса у детей с демодекозом // Педиатрия. Восточная Европа. – 2017. – №4. – С. 443-446.
7. Чупров, А.Д., Мальгина, Е.К. Современные аспекты этиопатогенетического лечения офтальмодемодекоза (обзор литературы) // Офтальмология. – 2018. – №15. – С.281-285.
8. Nicholls, S., Oakley, C., Tan, A., Vote, B. Demodex species in human ocular disease: new clinicopathological aspects // International Journal of Ophthalmology. – 2017. – Vol. 37. – P. 303-312.
9. Hom, M.M. Demodex: Clinical Case and Diagnostic Protocol. / M.M. Hom, K.M. Mastrota, S.E. Schachter // Optometry and Vision Science. – 2013. – Vol. 90, №7. – P. 198-205.
10. Сирмайс, Н.С., Абесадзе, Г.А., Устинов, М.В. Демодекоз: патогенетические аспекты при различных дерматозах лица: метод пособие. – М., 2013. – 26 с.
11. Rojas, M. Morphobiometrical and molecular study of two populations of Demodex folliculorum from humans / M. de Rojas, C. Riazzo, R. Callejón, et al. // Parasitol Res. – 2012. – Vol. 110. – P. 227-233.
12. Wesolowska, M. Prevalence of Demodex spp. in eyelash follicles in different populations / M. Wesolowska, B. Knysz, A. Reich, et al. // Arch. Med. Sci. – 2014. – Vol. 10, №2. – P. 319-324.
13. Bhandari, V. Blepharitis: Always Remember Demodex / V. Bhandari, J.K. Reedy // Middle East Afr. J. Ophthalmol. – 2014. – Vol. 21 (4). – P. 317-320.
- © Винокурова Т.Ю., Кедрова В.С., Погосова Т.Э., Новиков В.П., Нурмухаметова Г.Ф., Григорук С.Д., Липская О.В., 2021

УДК 616.9

К ПРОБЛЕМЕ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Кузьмичев Д.Е.,
заведующий Восточным отделом,
врач – судебно-медицинский эксперт
секретарь Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Скребов Р.В.,
начальник
врач – судебно-медицинский эксперт
председатель Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Вильцев И.М.,
заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе»,
врач – судебно-медицинский эксперт
член Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Мисников П.В.,
заместитель начальника по экспертной работе,
врач – судебно-медицинский эксперт
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Менингококковая инфекция – это заразное заболевание, которое передается воздушно-капельным путем, поражает центральную нервную систему, суставы, сердечную мышцу и нередко становится причиной инфекционно-токсического шока. Возбудитель болезни – Neisseria meningitidis является близким родственником гонококка, но в отличие от него в качестве входных ворот использует эпителий верхних дыхательных путей.

Ключевые слова: менингококковая инфекция, молниеносное течение, инфекционно-токсический шок

Самое большое распространение менингококковая инфекция получила в странах Центральной Африки, Южной Америки, в Китае. Вспышки этого заболевания часто возникают там, где большая скученность населения сочетается с антисанитарными условиями обитания.

В нашей стране заболеваемость менингококковой инфекцией стабилизировалась и в среднем держится на уровне 5 на 100 тысяч населения. Как показывает географический анализ, есть несколько неблагоприятных зон, где показатель заболеваемости более высок. Это, в первую очередь, дальневосточные области, расположенные рядом с границей Китая и Монголии. Другой регион, который дает стабильно высокий уровень заболеваемости – Мурманская и Архангельская области.

Возбудитель нестоек во внешней среде. Он быстро погибает при нагревании, под действием ультрафиолетового излучения, при обработке дезинфицирующими средствами. Наиболее благоприятные условия для его жизни – это высокая влажность (70-80%) и температура воздуха в диапазоне 5-15 градусов С, в них он сохраняет свою активность до 5-ти суток. По этой причине заболеваемость существенно возрастает в прохладное время года – с февраля по апрель при условии теплой и снежной зимы. Носительство менингококка никак не проявляется субъективно, поэтому человек не знает о том, что опасен для окружающих. Возбудитель локализуется в носоглотке, выделяется наружу с капельками слюны при разговоре, кашле, чихании. Отмечено, что при накоплении носителей около 20% в популяции возникают массовые вспышки менингококковой инфекции. Больные менингитом или распространенной формой инфекции более заразны, но они, как правило, изолированы от общества и представляют опасность только для ухаживающих за ними людей.

Продолжительность инкубационного периода составляет от 1 до 10 дней, чаще 4-5 дней.

Выделяют следующие формы заболевания.

1. Локализованные формы:

- носительство менингококка – менингококк обитает и размножается в слизистой оболочке носа, выделяясь оттуда в окружающий воздух. Никаких нарушений самочувствия у носителя не возникает;

- менингококковый назофарингит – проявления схожи с банальной «простудой», может быть самостоятельным заболеванием, а может быть предшественником менингита (воспаление твердой мозговой оболочки).

2. Генерализованные формы:

- менингококковый менингит – протекает с поражением головного мозга. Течение тяжелое, часты смертельные исходы;
- менингококцемия (менингококковый сепсис) – тяжелая форма, протекающая с очень быстрым нарастанием симптомов, появлением сыпи, полиорганной недостаточностью (прекращением работы всех органов), кровотечениями. Часто заканчивается смертью больного.

Наблюдение из практики

На секционное исследование в танатологический отдел поступил ребенок 2,5 года. Накануне смерти, у ребенка появилась следующая симптоматика. Повышение температуры тела до 38,2 градусов С, катаральные явления. В детском саду в этот период несколько детей с ОРВИ находились на больничном листе. Вечером была вызвана карета скорой медицинской помощи, оказана помощь, утром было обращение в детскую поликлинику установлен диагноз «Острая респираторная вирусная инфекция», назначено лечение, в том числе противовирусная терапия. На утро следующего дня, ребенку стало хуже, температура тела повысилась до 38,8 градусов С, самостоятельно без направления из лечебного учреждения родители доставили ребенка в детскую больницу. В стационаре: жалобы на повышение температуры тела, плачь, беспокойство перед мочеиспусканием, кишечная колика. Давали нурофен, парацетамол (назначения педиатра!). Т тела 38,2С, ЧСС 135 в мин, ЧДД 32 в мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Сатурация O₂ 92%. Состояние ребенка средней степени тяжести за счет интоксикации. В сознании, реакция на осмотр плачем, двигательной активностью. Кожные покровы бледные, чистые, без высыханий, с мелкопятнистой мраморностью, цианоза нет, симптом белого пятна 2 секунды. Отоскопия – гиперемия барабанной перепонки справа. В ротоглотке умеренная гиперемия небных дужек и задней стенки, налетов нет. В легких дыхание пуэрильное,

проводится во все отделы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Диагноз «Основной. Острый фарингит неуточненный. Конкурентный. Инфекция мочевыводящих путей без установленной локализации? Осложнение основного. Негнойный средний отит неуточненный». Назначено лечение. Утром следящего дня, вызов врача в палату. Жалобы матери на появление сыпи по телу в виде синяков, рвота смесью 1 раз. Объективно: Т тела 36,7С, ЧСС 150 в мин, ЧДД 40 в мин, АД и сатурация не определены (выраженные нарушения микроциркуляции). Состояние ребенка тяжелое. Сознание – сопор. Дыхание стонущее. Менингеальной и очаговой неврологической симптоматики нет. Зрачки средней величины, равновеликие, фотореакция вялая. Мышечный тонус снижен. Кожные покровы бледные, мраморность, по телу, конечностям и на лице обильная геморрагическая сыпь в виде петехий и звездчатых геморрагий. Нарушение микроциркуляции по типу мелко-пятнистой мраморности. Кожные покровы прохладные на ощупь. Симптом белого пятна 3 секунды. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, определяется пульсация на лучевых артериях. В экстренном порядке взят мазок на менингококк, в/м введен преднизолон 40мг, проводилась дозация увлажненного кислорода. Диагноз «Генерализованная менингококковая инфекция, менингококкемия молниеносная форма. Осложнение: Синдром Уотерхауса-Фридериксена. Инфекционно-токсический шок». Через три от момента госпитализации ребенок скончался. Результатом микробиологического исследования крови, мозгов стал рост *N.meningitidis* серогруппа С посмертным диагнозом «Основной. Генерализованная менингококковая инфекция, менингококкемия, молниеносная форма. Осложнение: Синдром Уотерхауса-Фридериксена. Инфекционно-токсический шок 3 ст. Сепсис. Синдром полиорганной недостаточности (дыхательная, сердечно-сосудистая, ДВС-синдром. Отек головного мозга. Кома 3)» поступает на исследование.

Макроскопические особенности

При наружном исследовании обращало на себя – по всей поверхности тела красные мелко-точечные кровоизлияния местами сливающиеся между собой (геморрагической сыпи со сливными элементами). Во внутреннем исследова-

нии преобладали выраженный отек и неравномерное кровенаполнение головного мозга, отек легких, мелкие кровоизлияния во внутренние органы и ткани, в том числе и в надпочечники. Данные гистологической картины: морфологические признаки генерализованной инфекции (очаговый серозный менингит, очаговая серозно-десквамативная пневмония, серозный гепатит, очаговая круглоклеточная инфильтрация оболочек сердца, стромы поджелудочной железы, почек), нарушение кровообращения в виде неравномерного кровенаполнения.

Выводы

1. Таким образом, изучив обстоятельства наступления смерти, клинические сведения, макро- и микроскопическую картину, микробиологические исследования, гистологические изменения, исключив другую патологию, травмы и отравления был верифицирован судебно-медицинский диагноз «Менингококковая инфекция, генерализованная форма, молниеносное течение», которая осложнилась «Синдром Уотерхауса-Фридериксена (острая недостаточность коры надпочечников). Инфекционно-токсический шок. Отек головного мозга, легких».

2. Данный случай представляет интерес для врачей клинического профиля, в первую очередь скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинического звена, так как, именно на этих этапах инфекционное заболевание установлено не было, соответственно не назначена адекватная терапия.

3. Терапия молниеносного течения менингококковой инфекции должна проводиться в условиях палаты интенсивной терапии, с обязательным назначением антибактериальной, противошоковой терапии, что в данном наблюдении имело место с явным опозданием.

Литература

1. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно – практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно-медицинских экспертов (сборник научных статей) / под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Конева О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. – Ханты-Мансийск, 2018. – 171 с.

2. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.
3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.
4. <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/meningococcal>;
5. uhonos.ru.
© Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М., Мисников П.В., 2021

УДК 616.6

ОПЕРАЦИЯ МАРМАРА КАК МЕТОД ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ

Пищаев Е.В.,

заведующий отделением, врач - детский уролог-андролог
высшей квалификационной категории

БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»

Целью работы является оценка результатов внедрения субингвинальной микрохирургической варикоцелэктомии по Мармару у подростков с варикоцеле. Данный метод лечения был предложен автором ещё в 1985 году и применялся, как правило, у взрослых пациентов. Отличные послеоперационные результаты привели к постепенному и повсеместному внедрению подпахового доступа и в детскую практику.

Ключевые слова: варикоцеле, операция Мармара

Варикоцеле – варикозное расширение вен гроздевидного сплетения семенного канатика, приводящее к тестикулярной гипоксии и является самой частой причиной мужского бесплодия. Частота варикоцеле в общей популяции достигает 15 %. Варикоцеле выявляют у 19 – 41 % бесплодных мужчин. [1,2]. Левосторонняя локализация составляет 80 – 98%, правосторонняя – 2,1 – 8,3 % и двусторонняя – 2,6 – 38%. [2]. Метод лечения заболевания хирургический. На данный момент существует три основных доступа к тестикулярной вене при оперативном лечении варикоцеле: ингвинальный (операции Иванисевича, Паломо), субингвинальный (операция Мармара), лапароскопический.

На базе детского уроандрологического отделения Нижневартовской окружной клинической детской больницы в период с августа 2019 г. по август 2020 года выполнено 50 микрохирургических вмешательств по поводу варикоцеле (по методике Мармара). Возраст пациентов – 13 – 17 лет. Показаниями для операции являлись: наличие варикоцеле III степени (по

классификации ВОЗ), варикоцеле II степени с эхографическими признаками гипоплазии яичка (более 10% от контрлатерального), болевой синдром при любой степени варикоцеле. Операции выполнялись под ингаляционным наркозом с 3,5-кратным оптическим увеличением. В области наружного пахового кольца выполнялся поперечный разрез 1,5 – 2 см. Рассекалась подкожная жировая клетчатка и фасция Скарпы, в рану мобилизовался семенной канатик и укладывался на крючок Фарабефа. Венозные стволы семенного канатика разделялись на три группы: вены мышцы, поднимающей яичко, вены семявыносящего протока, вены гроздевидного сплетения. Для профилактики спазма сосудов и дифференцировки артерий от венозных стволов семенной канатик периодически орошали 3% раствором папаверина гидрохлорида. Перевязывались и пересекались отдельно все венозные стволы гроздевидного сплетения, вены мышцы, поднимающей яичко более 2 мм в диаметре (всего от 2 до 16 стволов). Вены семявыносящего протока не перевязывались даже

в случае значительного расширения. Сосуды лигировались нерассасывающейся нитью 4:0. Выполнялось надавливание на мошонку с целью выявления непереязанных сосудов. Операция заканчивалась послойным ушиванием раны рассасывающимся шовным материалом. Длительность операции 15 – 60 минут (в зависимости от количества венозных стволов). Послеоперационное обезболивание не требовалось.

Результаты оценивались поэтапно. Осмотр через сутки после операции: у 39 пациентов отмечался умеренный отёк в области корня левой половины мошонки, расширенные вены гроздевидного сплетения пальпировались у 22 подростков, проба Вальсальвы была отрицательная у всех детей. Следующий контроль – через 1 месяц с результатами УЗДГ мошонки. Осмотрено 42 пациента. Наличие отёка мошонки и болевого синдрома в течение месяца все отрицали, жалоб не было. При осмотре расширения вен гроздевидного сплетения ни у кого не выявлено, проба Вальсальвы у всех отрицательная. По УЗДГ мошонки признаков расширения вен и венозных рефлюксов не зафиксировано. 30 пациентов осмотрено через 6 месяцев после операции с результатами УЗДГ. Жалоб не было. Объективно признаков варикоцеле не выявлено, результаты доплерографии в пределах нормы. Признаков гидроцеле, рецидива варикоцеле, атрофии или прогрессирующей гипотрофии яичка за время наблюдения не отмечено. Болевой синдром, имевший место до операции, купирован в раннем послеоперационном периоде.

Проанализировав полученные предварительные данные применения микрохирургического варианта лечения варикоцеле, можно от-

метить ряд преимуществ операции Мармара в сравнении с другими методиками. Отличие от оригинальной операции Мармара (игнорирование вен семявыносящего протока и нерасширенных венозных стволов кремастера с целью сохранения венозного оттока от левого яичка), по нашим данным, не приводит к рецидиву варикоцеле. В ходе наблюдения рецидивов и осложнений не получено, что уже выделяет субингвинальный доступ среди других. Не говоря о значительной малоинвазивности и отличном косметическом эффекте, позволяющие выполнять операцию Мармара у подростков даже в амбулаторных условиях.

Литература

1. Гасанова, Э.Н., Григорьева, М.В., Саруханян, О.О., Телешов Н.В., Батунина И.В. Операция Мармара при варикоцеле у подростков // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии – 2018. – 8.
2. Кадыров, З.А., Теодорович, О.В., Жуков, О.Б. Атлас ультразвуковой диагностики органов мошонки. – М.: Издательство БИНОМ, 2008. – 128 с., ил.
3. Мирский, В. Е., Рищук, С. В. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты): руководство для врачей – СПб.: СпецЛит, 2012. – 479 с.
4. Хинман, Ф. Оперативная урология: Атлас: Пер. с англ. – М.: ГОЭТАР-МЕД, 2003. – 1192 с.: ил.
5. Яцык, С. П. Болезни органов репродуктивной сферы у мальчиков и юношей – Союз педиатров России, ФГБУ «научн. Центр здоровья детей» РАМН. – М.: ПедиатрЪ, 2013. – 100 с.

© Пиццаев Е.В., 2021

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Овечкин П.Г.,

главный врач БУ «Ханты-Мансийская городская
клиническая станция скорой медицинской помощи»,

Иордан А.А.

заведующий организационно-методического отдела
БУ «Ханты-Мансийская городская
клиническая станция скорой медицинской помощи»,

Кобякова А.С.

врач-методист организационно-методического отдела
БУ «Ханты-Мансийская городская
клиническая станция скорой медицинской помощи»

В статье отражены итоги службы скорой медицинской помощи г. Ханты-Мансийска за 2020г. в условиях напряжённой работы с новой коронавирусной инфекцией.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, Covid-19

Многие люди до сих пор не верят в то, что коронавирус – это реальная опасность. В конце декабря 2019 года мы услышали о месте первой вспышки коронавируса и даже не могли подумать, что вирус доберется и до Ханты-Мансийска. Наши надежды не оправдались. 11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила распространение коронавируса пандемией. Как только началась эпидемия, администрация станции сразу мобилизовалась. У нас появились ковидные брига-

ды – те, которые выезжают только на подозрительные случаи, подтвержденный коронавирус, пневмонию. Мы были полностью укомплектованы средствами защиты. У нас были, и есть костюмы, респираторы, защитные очки. Всё это мы стараемся минимизировать в использовании, тщательно обрабатывать, диспетчера при приеме вызова дифференцируют вызова, задают дополнительные вопросы, касающиеся эпидемиологической безопасности.



Рис.1. Специализированная (ковидная) бригада скорой медицинской помощи готова выезжать на вызов

Конечно, были и казусные ситуации в работе. Однажды, в самом начале эпидемии наша бригада поехала на вызов к пациенту, который заявил, что он прибыл с Уханя, где у него был контакт с заболевшей ковидом подругой. В ходе осмотра и сбора анамнеза выяснилось, что пациент злоупотребляет алкоголем и у него развился алкогольный психоз. Конечно, пациент был доставлен в соответствующее заведение для госпитализации.

Достаточно часто приходилось сталкиваться с ситуацией, что при вызове диспетчеру озвучивали повод, не связанный с распростране-

нием новой инфекции, а по приезду бригада обнаруживала у пациента симптомы, схожие с коронавирусной инфекцией. Так как на такие неоднозначные вызовы попадали не только «ковидные» бригады, первое время у сотрудников были обоснованные опасения заразиться.

С апреля 2020 года ежедневно в округе, в том числе и городе Ханты-Мансийске, было начато проведение мониторинга в связи с началом регистрации нового инфекционного заболевания, Covid-19, через программный комплекс «Медведь». Информация по нашему учреждению показана в таблице 1 и диаграмме (рис.2)

Таблица 1

Результативные вызовы за период с апреля по декабрь 2020 г.

Месяц	Количество выполненных вызовов	Всего температурающих больных	из них:		
			ОРВИ	Пневмония	COVID-19
апрель	2147	377	284	65	28
май	1993	261	165	42	54
июнь	2211	515	271	52	192
июль	2411	749	317	82	350
август	2004	359	206	54	99
сентябрь	2049	530	301	59	170
октябрь	3097	1372	404	92	876
ноябрь	2858	1242	380	82	780
декабрь	2171	565	252	42	271

По таблице 1 прослеживается 2 волны увеличения результативных вызовов: 1-я «вол-

на» – с мая по август и 2-я – с сентября по декабрь 2020 г.

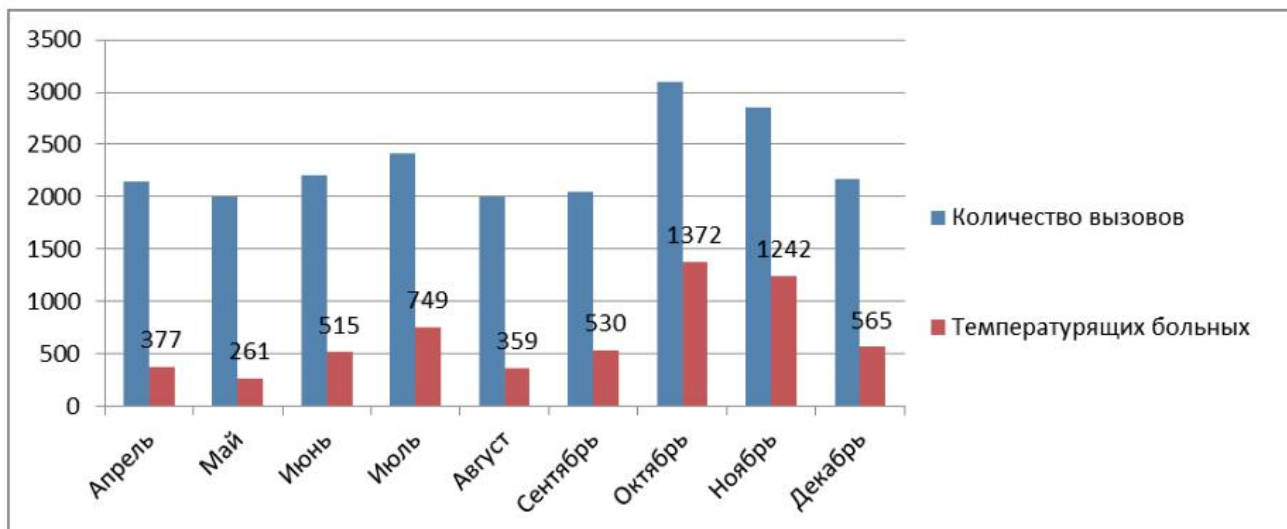


Рис.2. Динамика результативных вызовов всего, из них – к температурающим пациентам

Среди всех температурающих пациентов выделяются 3 группы с заболеваниями: ОРВИ, пневмония, Covid-19:

Таблица 2

Результативные вызовы за период с апреля по декабрь 2020г. к температурающим больным

месяц	Всего температурающих больных	из них:		
		ОРВИ	Пневмония	COVID-19
апрель	377	284	65	28
май	261	165	42	54
июнь	515	271	52	192
июль	749	317	82	350
август	359	206	54	99
сентябрь	530	301	59	170
октябрь	1372	404	92	876
ноябрь	1242	380	82	780
декабрь	565	252	42	271

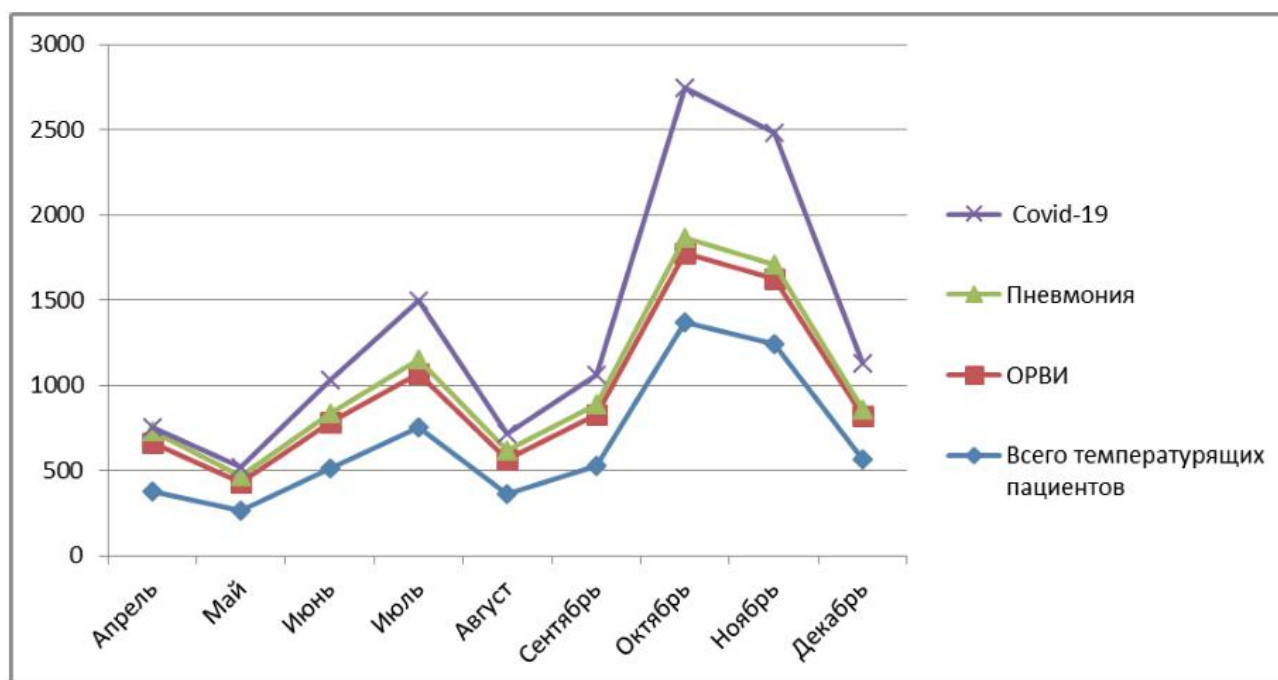


Рис.3 Динамика вызовов к температурающим пациентам, в т.ч. с ОРВИ, пневмонией, Covid-19

Из таблицы 2 наибольший подъём как всех температурающих пациентов, так и пациентов с Covid-19 отмечается в июле и октябре 2020 г.

Из диаграммы (рис.3) чётко прослеживается «пик» вызовов как к температурающим пациентам в целом, так и с ОРВИ, пневмонией и Covid-19, в июле и октябре 2020г.

Следует отметить, что в среднем круглосуточно работали 7 бригад скорой медицинской помощи (далее – БСМП), из них: 1 врачебная

общепрофильная БСМП, 4 фельдшерские общепрофильные БСМП, 2 специализированные (ковидные) БСМП, в составе: 2 фельдшера и 1 водителя. В среднем за сутки БСМП выезжали вызовы: от 64 (май) до 100 (октябрь) вызовов. Наибольшее число вызовов за сутки к температурающим больным отмечается в октябре-ноябре (41-44 в сутки), к пациентам с Covid-19 – наибольшее количество вызовов: сентябрь – 57, октябрь и ноябрь по 26 вызовов в сутки.

Медицинские учреждения догоспитально, амбулаторно-поликлинического и госпитального этапов, оказывающих медицинскую помощь ковидным больным, были значительно перегружены в июле и октябре 2020 г. По прибытию БСМП к температуращим многие заявляли: «У нас небольшое повышение температуры и ничего больше не беспокоит, но вы нас на всякий случай посмотрите». И мы смотрели. Выслушивали лёгкие, проверяли сатурацию. Помимо таких пациентов с подозрением на коронавирус, было много и безрезультативных вызовов: люди сидят в самоизоляции и никаких симптомов у них нет, но они вызывают нас, чтобы мы взяли мазки. Часто пациенты звонили и кричали в трубку: «У меня КОВИД, вы что не понимаете???! Мне срочно нужна бригада для осмотра! Нет, меня больше ничего не беспокоит!» По всей стране пациенты ждали скорую помощь по несколько часов и даже суток – вызовов было слишком много. У нас в Ханты-Мансийске, в период наплыва вызовов, тоже были задержки в выезде. Однако самое большое время ожидания составило 4 часа. К счастью, это были единичные случаи, с поводом к вызову: температура.

Несмотря на достаточное обеспечение средствами индивидуальной защиты, 22 сотрудника выездных БСМП (1 врач, 16 фельдшеров, 5 водителей) заболели Covid-19. Все они получили

необходимые стимулирующие выплаты на основании федеральных и региональных актов. Всего в организации за 2020 г. зарегистрирован 41 случай заболеваний Covid-19 (31,1% всех сотрудников МО). Остальные случаи заболевания Covid-19 в учреждении признаны не связанными с оказанием СМП.

Пережить эпидемию нам помогли не только поддержка государства в виде выплат за работу с коронавирусной инфекцией, но и поддержка общества. Люди, далекие от медицины помогали нам в это трудное время. Особенно хотим выразить большую благодарность пиццерии «Ханс», которые в течение трех месяцев 2 раза в день возили нам вкусную пиццу.

Вывод

Таким образом, 2020 год, в преддверии нашего юбилея (1 января 2021 года нам исполнилось 60 лет), в жизни нашего учреждения стал своеобразным «испытанием на прочность», которое коллектив выдержал, несмотря на все трудности.

Литература

1. Статистические данные БУ « Ханты-Мансийская городская клиническая станция скорой медицинской помощи» за 2020 год.

© Овечкин П.Г., Иордан Л.А.
Кобякова А.С., 2021

ИЗУЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Загинайко Т.Г.,

главный врач

БУ «Нижневарттовская городская детская поликлиника»

Бурматов Н.А.,

к.м.н., заведующий отделом медико-экономических экспертиз

БУ «Нижневарттовская городская детская поликлиника»

Кошкина В.А.,

заместитель главного врача по медицинской части

БУ «Нижневарттовская городская детская поликлиника»

Батршин И.Т.

врач - травматолог-ортопед

БУ «Нижневарттовская городская детская поликлиника»

Организация и совершенствование качества амбулаторного звена реабилитационно-восстановительного лечения пациентам нейро-ортопедического профиля является наиболее сложной и проблематичной по ряду объективных причин.

Ключевые слова: реабилитационно-восстановительное лечение, заболевания позвоночного столба, травмы

Актуальность

Организация и совершенствование качества амбулаторного звена реабилитационно-восстановительного лечения пациентам нейро-ортопедического профиля является наиболее сложной и проблематичной по ряду объективных причин. В специальной литературе, посвященной вопросам лечения заболеваний и травм позвоночного столба, значительное число публикаций связаны с изучением, разработкой и совершенствованием способов выполнения стабилизирующих и декомпрессионно-стабилизирующих оперативных вмешательств. Хирургия позвоночника детского возраста, особенно оперативное и консервативное лечение сколиотической болезни, является предметом наиболее острых и интересных дискуссий на протяжении всей истории вертебрыологии (К.С. Сергеев с соавт, 2005 г.). Не менее значимой и обсуждаемой темой, по результатам изучения специализированной современной литературы, является также и организация помощи вертебро-неврологическим пациентам на поздних этапах реабилитационно-восстановительного лечения.

Цель

Цель настоящего исследования – улучшение результатов лечения детей и подростков с

травмами и заболеваниями позвоночного столба на II-III этапах медицинской реабилитации.

Задачи

Задачами исследования являлись:

- Изучение уровня реабилитационного потенциала, гендерные, возрастные и нозологические характеристики пациентов группы диспансерного наблюдения.
- Сформировать реабилитационные группы, исходя из возрастных морфофункциональных и нозологических категорий.
- Оценить промежуточные результаты диспансерного наблюдения детей и подростков обследованной группы.

Материалы и методы

Объектом исследования являлась группа учащихся 1-11 классов муниципальных общеобразовательных школ города, в возрастном диапазоне от 7 до 17 лет, обоего пола, состоящие на диспансерном учете. Критерием отбора в группы являлись нарушения осанки сколиотического и иного генеза, а также консолидированные переломы грудных и поясничных позвонков с I-II степенью компрессии и находящиеся на II-III этапах медицинской реабилитации.[1]

Характеристика исследуемых пациентов

Согласно данным учреждения, количество пациентов, имеющих указанные заболевания и повреждения, составили значимую часть от общего числа группы диспансерного наблюде-

ния – 51 человек (2,51%). В общей исследуемой совокупности преобладали пациенты с нарушениями осанки, дегенеративно-дистрофическими и диспластическими заболеваниями грудного и поясничного отделов позвоночника (Таб. 1).

Таблица 1

Схема распределения пациентов по характеру вертеброгенной патологии (n=47чел.)

Вид патологии	Возрастной период	
	Младший школьный возраст 7-12 лет	Старший школьный возраст 13-18
Дегенеративно-дистрофические и диспластические заболевания грудного и поясничного отделов позвоночника n (%)	3 чел.	17чел.
Сколиотическая болезнь n (%)	7 чел.	12 чел.
Посттравматический остеохондроз n (%)	2 чел.	4 чел.
Врожденные аномалии развития n (%)	5 чел.	3 чел.

Критериями исключения являлись: противопоказания к физиотерапии, отсутствие возможности передвигаться самостоятельно, проявления кожных заболеваний в области поясничного отдела позвоночника и болевой синдром невертеброгенного характера (психогенный, индуцированный патологией внутренних органов), психические заболевания, затрудняющие контакт с медперсоналом при проведении процедур (отсутствие или спутанное сознание), отсутствие зрения или слуха, речи, грубые врожденные аномалии позвоночника.

Распределение пациентов в зависимости от уровня реабилитационного потенциала

Перед началом программы сформированы 3 основных группы. В группу №1 вошли пациенты с дегенеративно-дистрофическими и диспластическими заболеваниями n=47. Группа №2 включала пациентов с нарушениями осанки и сколиотической болезнью. Пациенты с посттравматическим и ювенильным остео-

хондрозом были выделены нами в группу №3 (Таблица 1). Таким образом, группы реабилитантов были распределены по нозологиям и возрастным критериям. Данное распределение связано с разницей в методах и принципах построения занятия, особенностями выполняемых упражнений, уровнем и спецификой физических нагрузок.

Характеристика методов диагностики и исследования

В соответствии с поставленными задачами, пациентам проводили комплексное обследование, включающие методы клинического, рентгенологического исследования, компьютерную, магнитно-резонансную томографию. На контрольных этапах обследования использовались оптические методы диагностики – ТОДП и ТМГ [2,3]. Наличие, степень, а также характер болевого синдрома фиксировались «Методом кожной электрометрии» (авторское свидетельство № 1456069 от 1989 г. А.А. Герасимов) [4].

Условия проведения

Лечение и обследование пациентов проводилось в поликлинических отделениях и дневных стационаров, амбулаторно, в Нижневартовской городской детской поликлинике в период с 2019 по 2021 годы.

Описание методов лечения

Все пациенты указанных групп ранее были обследованы и получали курсы реабилитации, включавшие физиолечение, сеансы массажа, медикаментозное и санаторно-курортное лечение (в большинстве случаев) [7]. Контрольным этапом обследования являлся осмотр врача - ортопеда, согласно плану индивидуального диспансерного наблюдения. В качестве метода контроля состояния и динамики деформаций применялись методы теневой и оптической топографии. Инвазивные методики контроля (рентгенография, МРТ) также назначались пациентам по мере необходимости, индивидуально. Наличие, степень, а так же характер болевого синдрома фиксировались с помощью «Методики кожной электрометрии». С целью родительского контроля и осуществления обратной связи со специалистами на сайте Учреждения размещена необходимая информация (наглядные пособия, материалы, отражающие динамику реализации программы). Для выполнения программы нами был привлечен ряд специали-

стов: инструктора и врачи лечебной физкультуры, врачи-ортопеды, медицинские работники школ. Для подготовки и обучения кадров проведены обучающие семинары для врачей и медицинских работников, в ходе которых были рассмотрены основные теоретические вопросы, связанные с анатомо-физиологическими особенностями детского позвоночника, виды нарушений и деформаций осанки, а также способы их коррекции. В практической части семинара были проведены показательные занятия с детьми - участниками программы. Научно - методическое обеспечение программы осуществляется совместно с кафедрой травматологии и ортопедии Тюменского государственного медицинского университета [5].

Изучение реабилитационного статуса групп пациентов

Оценка реабилитационного статуса и распределение пациентов в зависимости от уровня РП выполнялась по методике оценки реабилитационного потенциала у неврологических больных, которую мы дополнили данными электрометрии. [6]

Данный выбор был обоснован общностью патогенеза и методов лечения хронического болевого синдрома у лиц с заболеваниями и повреждениями позвоночника [4].

Уровень реабилитационного потенциала в группах

Нозологическая группа	Возрастная категория		Уровень реабилитационного потенциала	
	Мл.школьный возраст	Ст.школьный возраст	Высокий	Средний
Сколиотическая болезнь	7	12	17	2
Дегенеративно-дистрофические и диспластические заболевания	3	17	17	3
Посттравматический и ювенильный остеохондроз	2	4	3	3

Уровень реабилитационного потенциала пациентов определялся общим состоянием, выраженностью нарушений статодинамической функций конечностей и позвоночника, наличием и степенью вегетативных расстройств, крат-

ности манифестаций заболевания и длительности периодов ремиссии в (случаях хронических заболеваний). Для повышения точности исследования при определении уровня РП, мы применяли метод электрометрии по Герасимову.

Обзор и обсуждение результатов лечения на контрольном этапе реабилитационно-восстановительных мероприятий.

Изучение реабилитационного статуса и уровня РП, согласно предложенной системе на контрольном этапе реабилитационно-восстановительных мероприятий выявило высокий уровень реабилитационного потенциала даже при наличии хронического вертеброгенного болевого синдрома различной степени выраженности во всех нозологических группах (Таб.2).

Выводы

1. Использование векторной системы оценки реабилитационного статуса позволяет определить направление реабилитационно-восстановительного процесса, а также прогнозировать исход лечения.
2. Представление о степени интенсивности вертеброгенного болевого синдрома при обследовании пациентов дает возможность, выявлять позволяет точно определить уровень и динамику реабилитационного потенциала пациентов на амбулаторном этапе реабилитации и восстановительного лечения.

Заключение

Основная масса (более 90%) нарушений функций опорно-двигательного аппарата являются приобретенными. Самым действенным средством предупреждения и устранения дефектов осанки являются систематические физические упражнения. Лечебная физкультура – метод использующий средства физической культуры с лечебно-профилактической целью для быстрого и полноценного восстановления здоровья и предупреждения осложнений заболевания. Лечебная физическая культура является не только лечебно-профилактическим средством, но и лечебно-воспитательным процессом.

Применение комплексов ЛФК воспитывает у ребенка и родителей сознательное отноше-

ние, побуждает мотивацию к лечению и обеспечивает активное участие в реабилитационном процессе. Все эти факторы, несомненно, способствовали воспитанию и формированию отношения к вопросам сохранения здоровья и ведения здорового образа жизни и явились причиной положительного результата диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями и повреждениями позвоночника.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н.
2. Батршин, И.Т., Сарнадский, В.Н. Исследование формы позвоночника у детей Тюменского Приобья методом компьютерной оптической топографии // Хирургия позвоночника, – Новосибирск. – 2004. – №2. – С.74-78.
3. Кузяков, О.Н., Кучерюк, В.И. Методы и средства измерения топологии поверхности, перемещений и деформаций. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2002. – С. 142-144.
4. Герасимов, А. А., Мещанинов, В. Н., Щербаков, Д. А. Механизмы патогенетической терапии болевого синдрома позвоночника внутритканевой электростимуляцией. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2019. – № 96(4). – С. 12-18. – <https://doi.org/10.17116/kurort20199604112>
5. Применение внутритканевой стимуляции и комплекса лечебной физкультуры для лечения и профилактики постиммобилизационных контрактур верхней конечности: Методические рекомендации / Бурматов Н.А. с соавт. – 2017. – С. 12-20.
6. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы. / Ю.Н. Клемешева, О.Н. Воскресенская // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – том 5. – №1. – С. 120-123.
7. Бурматов, Н.А. Опыт оздоровления детей младшего школьного возраста с нарушениями осанки в период каникулярного отдыха // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2019. – №4 – С.46-48.
© Загинайко Т.Г., Бурматов Н.А., Кошкина В.А., Батршин И.Т., 2021

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПУТЬ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО АРИТМОЛОГА ЮГРЫ ИЛЬИ СИЛИНА ИЛИ ИСТОРИЯ О ТОМ, ПОЧЕМУ ЛЮБОВЬ С МЕДИЦИНОЙ НЕ ВСЕГДА БЫВАЕТ С ПЕРВОГО ВЗГЛЯДА

Саенко Е. А.,

специалист по связям с общественностью
БУ «Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

По статистике, миллионы людей во всем мире страдают аритмией. Благодаря достижениям современной медицины забыть о ней навсегда им помогают интервенционные или внутрисосудистые технологии в руках врачей, обладающих знаниями в кардиологии, аритмологии и хирургии. Илья Алексеевич Силин – один из них...



«Почти неизвестная» и не менее интересная для врачей интервенционная аритмология – достаточно молодая область медицины, которая значительно расширила возможности хирургии. А ведь в недалеком прошлом пациентов со сложными нарушениями ритма сердца спасали с помощью открытых вмешательств. Лечение стало безопасным благодаря малотравматичным методикам. На службе медицины искусственный интеллект – медицинские компьютеры и мониторы. Для врачей они – как навигаторы для поиска сигнала аритмии. Но куда важнее, по словам врачей, что помощь на современном уровне пациенты могут получить не только в федеральных центрах, но и в родной Югре.

«Ушли годы, прежде чем появилось мастерство. Сегодня мы проводим изоляцию легочных вен при фибрилляции предсердий, суть операции заключается в воздействии на аритмию радиочастотной энергией, за полтора часа. Раньше, еще 10 лет назад, такие вмешательства могли длиться и

4 часа», – рассказывает Илья Силин, заведующий отделением хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции (ОХЛНРСиЭКС) окружного Кардиодиспансера.

Конец 90-х годов – эра зарождения аритмологических операций в Югре. История службы начиналась в небольшом рентген-кабинете окружного клиничко-диагностического центра, в котором работали два врача-энтузиаста Александр Горьков и Дмитрий Бажухин. Однако уже тогда специалисты имплантировали устройства, заставляющие работать сердце правильно. Новые методы лечения и диагностики аритмий появлялись ежегодно.

«Врачи аритмологической службы обладают теоретическими и практическими знаниями в области кардиологии, электрофизиологии, интервенционной хирургии, кардиохирургии. Современные медицинские технологии концентрируются в руках одного универсального специалиста, который оказывает комплексное медицинское лечение: от подбора лекарственной терапии до хирургического вмешательства», – отмечает главный врач окружного Кардиодиспансера, главный кардиолог регионального Депздрава Ирина Урванцева.

Одним из таких специалистов является Илья Силин. Бригада врачей под его руководством всегда работает синхронно – их движения ритмичные, какой в норме и должна быть работа сердца. Чего нельзя сказать о «моторе» пациен-



тов, которые «ремонтируют» специалисты во главе с хирургом Ильей Силиным. У девушки на операционном столе – аритмия. Ее сердце может разогнаться до 180 ударов в минуту. На такой скорости, признаются врачи, события развиваются непредсказуемо – от хаотичного движения до аварии. Настроить самый сложный механизм в мире – это и чудо современной медицины, и результат безупречного владения техникой.

«Любое хирургическое вмешательство требует подготовки. Понятия «волнение перед операцией» для меня не существует. Скорее, может быть какая-то неясность, требующая уточнения. Поэтому я изучаю дополнительные источники информации, читаю книги, общаюсь с коллегами. В операционную ты должен входить с ясной головой. А чтобы быть в форме, необходимо отдыхать, высыпаться, придерживаться правильного образа жизни. Не всегда получается, но я по крайней мере «за» (Улыбается)», – комментирует Илья Силин.

Фанаты профессии иногда не успевают думать о чем-то другом кроме работы, но уверенно держат инструменты в руках и принимают самые непростые решения. О «золотых руках» доктора Силина широкая общественность узнала благодаря счастливым историям спасения. Случалось, что врачи одновременно боролись за несколько жизней – так, одна из пациенток находилась на последних сроках беременности.

«Я предъявляю высокие требования как к себе, так и к команде, с которой я работаю. Наша цель – успешно провести опе-

рацию. На первом месте для нас – пациент. Для этого мы постоянно учимся. Когда появляется что-то новое, упрощающее лечение или диагностику, стараешься перенять опыт. Как говорится: «Победителей не судят», – подчеркивает Илья Алексеевич.

Стандартные операции длятся примерно 45 минут. При неосложнённых аритмиях результат – полное выздоровление. Пациенты быстро восстанавливаются и на четвертый день после операции отправляются домой. Сложно представить, а ведь любовь с медициной у Ильи Силина была не с первого взгляда. Врач – профессия, о которой не мечтал. У вчерашнего школьника, детство и юность нашего героя прошли в Ханты-Мансийске, был выбор – Сельскохозяйственный институт или Медицинский университет. Илья Алексеевич предпочел последний, о чем ни разу не пожалел.

«Мы, врачи, – не полубоги (Улыбается), а специалисты, которые должны выполнять свою работу хорошо и качественно. Кто-то учился нефть добывать, а кто-то лечить людей. И это отнюдь не обесценивает профессию врача. Медицина для меня – и наука, и искусство, и даже, в какой-то мере, сфера услуг. Критерий профессионализма – выздоровление пациента», – говорит врач Силин.



Такая будничность лишь на первый взгляд шокирует. Но профессиональное становление врачей иногда лишено прикрас. После окончания учебы остаться в родном городе Илье Алексеевичу не удалось – в местной клинике не было свободной ставки для начинающего специалиста. Так, молодой врач оказался в Сур-

гуге. В команде окружного Кардиоцентра Илья Алексеевич – без малого уже 15 лет. В 2017 году интервенционному аритмологу предложили возглавить новое отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции.



«Разделение интервенционной кардиологии и аритмологии было закономерным. Ежегодно объем операций рос. Мой рабочий день был расписан по минутам и начинался с операций стентирования коронарных артерий, а завершался – радиочастотной абляцией при нарушениях ритма. Безусловно, мне и коллегам удавалось делать свою работу хорошо. Но для владения техникой в совершенстве, необходимо, чтобы специалист был сосредоточен на одном направлении», – рассказывает Илья Алексеевич.

К слову, тогда же Илье Силину доверили курировать работу не только нового подразде-

ления, но и региональной аритмологической службы. Она представлена двумя крупнейшими медицинскими учреждениями Югры – окружным Кардиодиспансером и Окружной клинической больницей (Ханты-Мансийск). Коллективы отделений хоть и небольшие, но очень дружные. Врачи работают в атмосфере поддержки и взаимовыручки.

«Желание работать в команде, трудолюбие и выносливость, любознательность – качества, которыми должен обладать человек, который хочет работать в нашем коллективе», – поделился Илья Силин

А ведь именно благодаря этим качествам, а ими, как мы видим, обладают не только первооткрыватели отечественной и региональной аритмологии, но и их последователи, тысячи людей по всей стране могут жить со спокойным сердцем. Причем, для этого пациентам уже не надо готовиться к большим и травматичным «открытым операциям». Интервенционная аритмология, как и вся внутрисосудистая хирургия, исключает многочисленные разрезы.

«Большие шрамы уже не красят мужчин (Улыбается), хирургические технологии в области медицины рано или поздно сведутся к минимально травматичным вмешательствам», – уверен главный аритмолог Югры Илья Силин.

© Саенко Е. А., 2021

УДК 614.25

АНАТОЛИЙ АНТОНОВИЧ ЧЕСНОКОВ

28 января 2021 года после тяжелой продолжительной болезни ушел из жизни на 84 году человек эпохи – врач отоларинголог высшей категории, доктор медицинских наук, профессор, отличник по изобретательству СССР, ветеран труда РФ.



В 1960 году Анатолий Антонович с отличием закончил лечебный факультет Омского медицинского института им. М.И. Калинина. Работал врачом оториноларингологом в г. Павлодар Казахской ССР. В 1965 году защитил кандидатскую диссертацию «Оперативное лечение хронического тонзиллита в активной фазе ревматизма у детей». По окончании аспирантуры был направлен в Тюменский медицинский институт, где с сентября 1965 года под руководством профессора С.Д. Кошукова участвовал в формировании кафедры патологической анатомии, работая ассистентом кафедры и оториноларингологом в городской больнице.

В 1968 году организовал и возглавил кафедру оториноларингологии Тюменского медицинского института, которой руководил до 1977 года. За эти годы на базе ЛОР-отделения областной больницы был организован межобластной центр лечения больных с острыми ожогами и рубцовыми сужениями пищевода, в котором были разработаны новые методы консервативной терапии (динамометрическое бужирование, проведение нити через точечные гастростомы и места рубцового сужения пищевода), новая лекарственная форма ЛДК, давшие выраженный клинический эффект и социальную реабилитацию абсолютного большинства

пролеченных больных. По результатам работы этого центра ассистентом кафедры А.М. Беклемишевым была защищена кандидатская диссертация. Позднее на основании ЛДК была разработана новая лекарственная форма - лечебные желатиновые пленки, широко используемые в оториноларингологии, стоматологии, гинекологии г. Тюмени и Тюменской области.

В 1975 году защитил докторскую диссертацию «Клинико-морфологические проявления и биоритм миндалин в диагностике хронического тонзиллита у детей и подростков». В ринологии А.А. Чесноковым были разработаны остеопластические подходы к лобным пазухам и к клеткам решетчатого лабиринта при травмах и опухолях, приводящие в послеоперационном периоде к выраженному косметическому дефекту, сохранению нормальных форм лица. Им же была разработана операция пластики наружного носа дублированными плоскими кожными лоскутами при субтотальных дефектах, названная Комитетом по изобретательству СССР «Ринопластика субтотальных дефектов наружного носа по А.А. Чеснокову».

С 1978 года по 1985 год А.А. Чесноков заведовал отделением опухолей головы и шеи Тюменского областного онкологического диспансера. В эти годы им разработаны новые доступы к гортани при операциях по поводу рака гортани III и IV стадии, обеспечивающие первичное заживление послеоперационных ран в абсолютном большинстве случаев, разработаны 4 варианта чресщитовидных субтотальных резекций гортани при раке гортани III и IV стадии с первичной ларингопластикой, приводящих к социальной реабилитации больных с сохранением нормального дыхания через естественные пути, глотания и социального голосообразования при сохранении онкологического эффекта. Разработки А.А. Чеснокова, подтвержденные авторскими свидетельствами, легли в основу изданных монографий «Реконструкция гортани после субтотального ее удаления» и «Суб-

тотальные чресщитовидные резекции гортани с первичной ларингопластикой при раке гортани III и IV стадии».

С 1985 по 1987 годы А.А.Чесноков работал в областном онкологическом диспансере и заведовал кафедрой оториноларингологии медицинского института в г. Ивано-Франковске на Западной Украине. Им организовано первое на Западной Украине отделение опухоли головы и шеи в онкодиспансере, подготовлена школа хирургов-отоларингологов – онкологов, в клинике ЛОР-болезней внедрены слухоулучшающие операции и пластика ЛОР-органов. В научных исследованиях открыты новые анатомические взаимоотношения в среднем ухе, создана математическая модель слухопроведения в системе среднего уха, разработана инерционно-вибрационная теория, на основе которой предложены новые варианты слухоулучшающих операций, подтвержденные авторскими свидетельствами. За проведенные научные исследования Анатолий Антонович был избран академиком Украинской академии национального прогресса, был дипломатом Выставки достижений народного хозяйства Украинской ССР.

В 1999 году был приглашен на работу в Сургутский государственный университет для организации отдела последипломной подготовки на медицинском факультете и одновременно был избран профессором кафедры госпитальной хирургии по курсу ЛОР-болезней. Для организации работы курса ЛОР-болезней необходимо было создать всю методическую структуру воспитания студентов, что и было сделано за последние годы: изданы методические рекомендации по всем практическим занятиям, изданы «Избранные лекции по оториноларингологии», опубликована статья «Интеграция преподавания в оториноларингологии».

С 1999 по 2005 год работал главным внештатным оториноларингологом комитета здравоохранения Администрации г.Сургута.

С 2010 по 2016 года по приглашению администрации «Сургутской городской клинической поликлиники №3» был консультантом по оториноларингологии всех обращающихся и направляемых пациентов ЛПУ города и округа.

А.А. Чесноков имеет 15 авторских свидетельств на изобретения, более 200 печатных работ, 6 изданных монографий, отмечен знаком «Отличник по изобретательству СССР», на-

гражден медалью «Ветеран труда». Подготовил 5 кандидатов и 2 докторов медицинских наук. Участник многих конференций, конгрессов, симпозиумов, съездов.

А.А. Чесноков был почетным председателем (2012, 2017, 2018, 2021, 2020гг.) окружных научно-практических конференций по оториноларингологии ХМАО-ЮГРЫ.

Основные работы профессора А.А. Чеснокова:

1. Клинико-морфологические проявления и биоритм миндалин в диагностике хронического тонзиллита у детей и подростков Автореферат докторской диссертации. Тюмень, 1975г.

2. Способ А.А. Чеснокова пластики дефектов носа. Авторское свидетельство № 952222.

3. Реконструкция гортани после субтотального удаления. Монография. М., 1987г.

4. Вибрационно-инерционная теория звукопроводения. Труды международного форума по проблемам науки, техники и образования. М., 1998, 167-169.

5. Новая адресная иммобилизованная лекарственная форма – лечебные желатиновые пленки. Монография. М., 2004г.

6. Функциональная анатомия ЛОР-органов. Монография. Сургут, 2009г.

7. Чресщитовидные субтотальные резекции гортани с первичной ларингопластикой при раке гортани III и IV стадии. Монография. Сургут, 2012.

А.А. Чесноков был прекрасным человеком, блестящим педагогом, верным другом, всеобщим любимцем. Нам бесконечно жаль, что тяжелая болезнь унесла жизнь этого замечательного человека.

Светлая память о профессоре А.А. Чеснокове навсегда останется в наших сердцах!

Выражаем искреннее соболезнование родным и близким.

Сотрудники курса оториноларингологии, кафедры хирургических болезней, коллектив БУ ВО ХМАО – Югры медицинского института Сургутского государственного университета, администрация и сотрудники БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3», администрация и сотрудники ЛОР отделения БУ «Сургутская окружной клинической больницы», врачи оториноларингологи г. Сургута и ХМАО-Югры

СОДЕРЖАНИЕ

ИННОВАЦИИ

Первая в регионе трансплантация сердца выполнена в БУ «Окружная клиническая больница» Ханты-Мансийска.....3

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Фоминых О.М., Ковалев К.А., Лазарева Т.В., Матжанова Е.Б. Показатели клинико-эпидемиологической ситуации психических и наркологических расстройств в городе Ханты-Мансийске за период 1991 - 2019 годы.....6

Раннев А.Ю., Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Мисников П.В., Вильцев И.М. Основные показатели работы патанатомии в г. Мегроне за 2017, 2018, 2019 года.....16

Билан Е.В., Асеев Н.И., Бондученко Н.А. Портрет больного злокачественным новообразованием (ЗНО) в 4 стадии в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре.....23

Жевелик О.Д., Роговая Л.Н. Особенности эмоционального состояния пациентов с диагнозом COVID-19, проходивших лечение в амбулаторных условиях.....25

Курбатова М.Г., Котова Н.В., Архипова И.И., Молодкина Ю.В., Ванюхина Ч.И.Г. Анализ диагностических исследований при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», КДП г. Сургут, за 2019-2020 гг.....29

АКТУАЛЬНО

Тараник М.Б., Муртазина Г.И., Тюрин К.В. Пациенты на взводе в эпидсезон, как погасить конфликты и сделать клинику пациенто-ориентированной.....44

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кедрова В.С., Погосова Т.Э., Новиков В.П., Нурмухаметова Г.Ф., Винокурова Т.Ю., Григорук С.Д., Липская О.В. Современные аспекты диагностики и лечения офтальмодемодеккоза.....49

Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М., Мисников П.В. К проблеме менингококковой инфекции.....53

Пищаев Е.В. Операция Мармара как метод выбора для лечения варикоцеле у подростков....56

Овечкин П.Г., Иордан Л.А., Кобякова А.С. Особенности работы скорой медицинской помощи в условиях новой коронавирусной инфекции.....58

Загинайко Т.Г., Бурматов Н.А., Кошкина В.А., Батршин И.Т. Изучение реабилитационного потенциала у детей с патологией и заболеваниями позвоночника.....62

МЕДИЦИНА В ЛИЦАХ

Саенко Е. А. Профессиональный путь интервенционного аритмолога Югры Ильи Силина или история о том, почему любовь с медициной не всегда бывает с первого взгляда.....66

Анатолий Антонович Чесноков69



Уважаемые коллеги!

Предлагаем Вам публиковать статьи в научно-методическом журнале «Здравоохранение Югры: опыт и инновации».

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр» с 2015 года издает региональный научно-методический журнал «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» для осуществления обмена накопленным опытом и знаниями между ведущими специалистами, открытого и всестороннего обсуждения актуальных проблем современной медицины.

Журнал «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» зарегистрирован управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (свидетельство о регистрации ПИ № ТУ72-01242 от 24.04.2015) и занесен в реестр Международного центра ISSN (ISSN 2411-7854). Также научно-методический журнал внесен в базу данных Научной электронной библиотеки РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

Издание служит площадкой для внедрения инновационных идей, интеграции знаний и опыта ученых и практиков в системе здравоохранения. Освещает аспекты развития, вопросы модернизации отрасли, рассказывает о новых разработках, инновационных технологиях.

**Публикация в нашем журнале
БЕСПЛАТНА.**

Условия к публикации в научно-методическом журнале «Здравоохранение Югры»

В редакцию журнала предоставляется авторский оригинал статьи в электронной форме, содержащей текст, набранный в редакторе «MicrosoftWord».

Допускается отправка статьи по электронной почте: zmanovskayaev@miacugra.ru с пометкой «Для публикации в журнале «Здравоохранение Югры»».

Авторский материал, изложенный в статье, должен обладать элементами новизны, не быть описанием известных фактов (из учебников, справочников и т.п.), иметь прикладную ориентацию, раскрывать теоретические и методические вопросы решения какой-либо актуальной проблемы здравоохранения, содержать выводы и рекомендации.

Рукописи принимаются к рассмотрению непрерывно в течение года. Авторам, оформившим подписку, предоставляется возможность внеочередной публикации статей.

Сроки приема статей:

в № 1 – до 15 февраля; в № 2 – до 15 мая; в № 3 – до 10 августа; в № 4 – до 15 ноября.

По всем вопросам обращайтесь по телефону 8(3467) 960-668 (Змановская Екатерина Викторовна – редактор Учебного центра), e-mail: zmanovskayaev@miacugra.ru.