



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

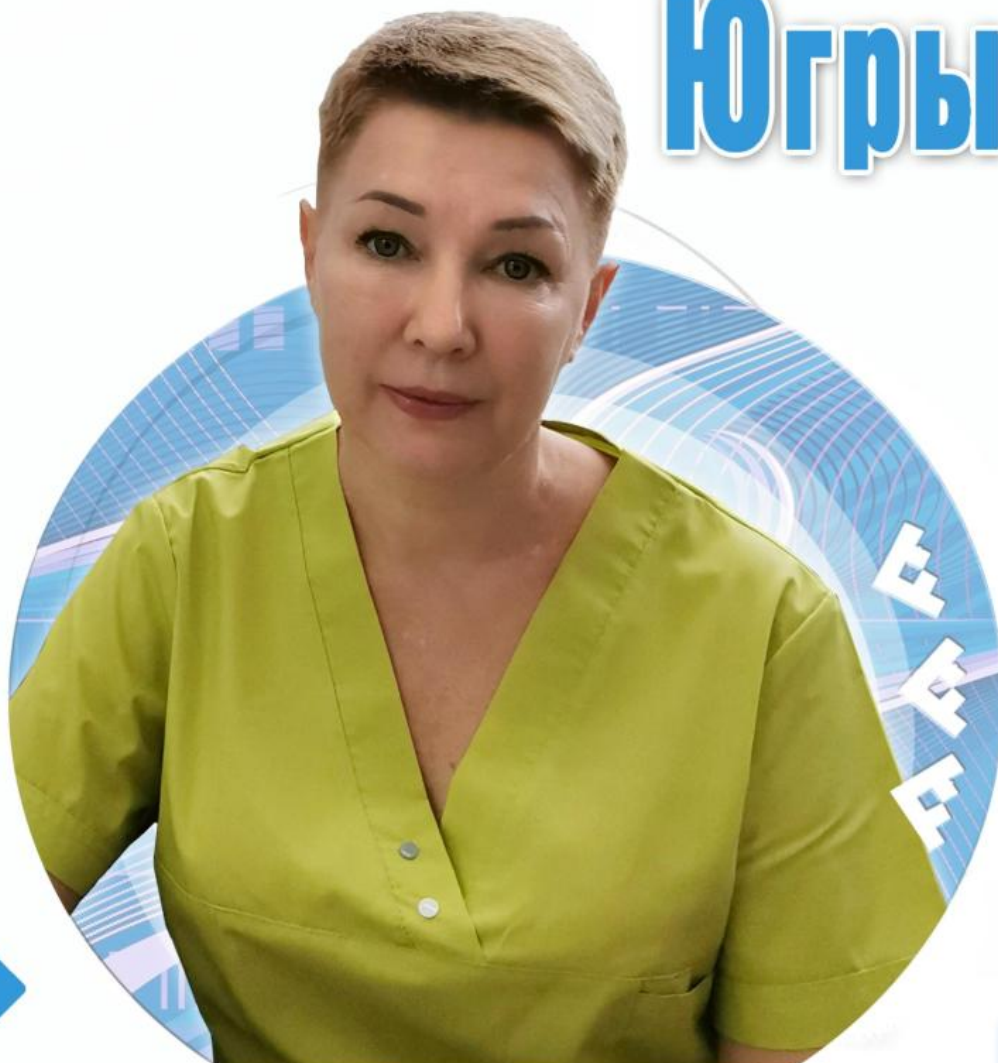


ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 3 /24/2020

# Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16+





# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

## ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 3(24) 2020

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:** Кулинич Елена Михайловна – победитель Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (II место в номинации «Лучшая участковая медицинская сестра»), медицинская сестра врача общей практики бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская районная больница»

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

По вопросам публикации обращаться по адресу: [zmanovskayaev@miacugra.ru](mailto:zmanovskayaev@miacugra.ru)

Дата выхода 14.10.2020 г.

Усл.печ.л. 9,3.

Тираж 50 экз.

Выходит 4  
раза в год

Цена  
свободная

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





*Уважаемые коллеги!*

Вы держите в руках очередной номер журнала «Здравоохранение Югры: опыт и инновации». Уникальность этого издания заключается в том, что в нем представлен богатый практический опыт не только российских врачей, но и специалистов из ближнего зарубежья.

Напоминаем, что журнал создан, прежде всего, для того, чтобы дать возможность квалифицированным специалистам в области здравоохранения рассмотреть и проанализировать наиболее интересные идеи, инновационные решения. А также подсказать ответы на волнующие вас профессиональные вопросы и помочь принять правильные решения при возникновении проблемных ситуаций. Наш журнал – это помощник и учитель, наставник и друг. Мы всегда готовы прийти на помощь.

Главными критериями отбора материалов для публикации в нашем журнале служат не только актуальность темы, общественный интерес, свежесть представленных данных, но и, прежде всего, достоверность и правовая грамотность. Мы публикуем наиболее интересные результаты научных и практических исследований.

А теперь несколько слов о нынешнем номере.

Наши постоянные авторы представили анализ динамики косвенных индикаторов уровня связанных с алкоголем проблем в Республике Беларусь; рассказали о роли вредных привычек в формировании зубочелюстных аномалий и способах их устранения; оценили эффективность и безопасность применения устройства «Аква Марис Лейка» в послеоперационном периоде.

Еще одним ценным материалом, опубликованным в этом номере, можно назвать исследование о поиске взаимосвязи завершеного суицида с фазами луны, временем года и возрастом и выявлении этой зависимости случаев завершённых суицидов по половозрастному признаку.

Целый спектр исследовательских тем связан с профессиональными достижениями в перинатологии при неотложной хирургической помощи и специализированной оперативной реабилитации у новорожденных детей; дифференциальной диагностикой острого коронарного синдрома и желудочно-кишечного кровотечения на догоспитальном этапе, а также с вопросом выбора оперативных методов лечения структуры уретры у мужчин.

Завершает выпуск статья о юбиларе: «Творцы детских улыбок!» (о 40-летнем юбилее БУ «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника»).

В потоке проблем, сомневаясь и принимая решения, не стоит оставаться одному, профессиональное общение, обмен мнениями – залог дальнейшего развития. Давайте объединять наши усилия! Пусть творчество сплотит специалистов, сделает профессию врача интереснее, а всех нас – мудрее.

*Давайте работать вместе!*

Мы благодарим наших постоянных и новых авторов, надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество.

Главный редактор журнала  
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»  
Чистяков С.Н.,  
кандидат педагогических наук,  
заместитель директора БУ «Медицинский  
информационно-аналитический центр»  
Заслуженный работник Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры



## ЦЕНООБРАЗОВАНИЕ В АПТЕКЕ – ВОПРОС ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВАЖНОСТИ

**Дмитришак М.В.,**

Провизор-технолог первой квалификационной категории  
аптечного пункта ООО «Лорикс» г. Нижневартовска,  
эксперт-аудитор «Системы менеджмента качества»,  
член Ассоциации «Тюменское региональное медицинское общество»

*В век рыночной экономики и формирования показателей торгово-экономической деятельности аптечных предприятий одним из важнейших вопросов фармацевтической деятельности является определение цены на группы лекарственных препаратов и иного аптечного ассортимента. Вопросы ценообразования в аптеках занимают одно из приоритетных направлений в области государственной политики страны и подлежат обязательному контролю со стороны государства.*

*Различают препараты, которые подлежат при отпуске с аптек строгому контролю в области ценовой политики – препараты группы жизненно-важных и необходимых лекарственных препаратов, наценка на которые строго регламентирована государством, и превышение предельно установленной надбавки на эти препараты недопустимо. Имеются также иные группы и товары аптечного ассортимента, которые напрямую формируют показатели торгово-финансовой деятельности предприятия и характеризуют его рентабельность. Им принадлежит основная главенствующая роль в экономической деятельности предприятия, формировании прибыли аптек. Но важнейшим социально-экономическим аспектом деятельности аптечных предприятий нашего государства, прежде всего, является не только оказание своевременной и квалифицированной лекарственной помощи, но и ее доступность для каждого гражданина РФ, независимо от его национальности и социально-экономического положения в обществе.*

**Ключевые слова:** аптечная организация, ценообразование, розничная надбавка, жизненно-важные и необходимые лекарственные препараты (ЖНВЛП)

С 2010 года являюсь ответственным лицом в аптечном пункте ООО «Лорикс» г. Нижневартовска по вопросам ценообразования на лекарственные препараты группы жизненно-важных и необходимых лекарственных препаратов (далее – ЖНВЛП) и иные товары аптечного ассортимента.

Понятие «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов» закреплено в Федеральном Законе от 12.04.2010 № ФЗ-61 «Об обращении лекарственных средств» (п. 6), согласно которому «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов – ежегодно утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в Российской Федерации».

Государственное регулирование цен, ценообразование на группу ЖНВЛП входит в «Стратегию лекарственного обеспечения населения РФ до 2025 года», которая утверждена Прика-

зом МЗ РФ от 16.02.2013. № 66 «Об утверждении стратегии лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 года и плана ее реализации». Цель стратегии – формирование сбалансированной с финансовыми ресурсами бюджетов всех уровней системы лекарственного обеспечения населения для удовлетворения потребности населения в лекарственных препаратах.

Нормативно-правовая база процесса государственного регулирования цен на лекарственные препараты:

- Федеральный Закон № ФЗ-61 от 12.04.2010 «Об обращении лекарственных средств»;
- Постановление Правительства РФ от 29.10.2010 № 865 «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП»;
- Постановление Правительства РФ № 58 от 03.02.2016 «О внесении изменений в Постановление Правительства РФ № 865 от 29.10.2010»;
- Постановление Правительства ХМАО - Югры от 24.02.2010 № 67-п «Об установлении предельных размеров оптовых надба-

вок и предельных размеров розничных надбавок на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов»;

- Приказ Федеральной службы по тарифам от 11.12.2009 №442-9 «Об утверждении методики определения органами исполнительной власти СБ РФ предельных оптовых и предельных розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей на ЖНВЛС»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.05.2009 № 277н «Об организации и осуществлении мониторинга цен и ассортимента ЛС в стационарных лечебно-профилактических и аптечных учреждениях (организациях) РФ» (в редакции пр. МЗ СР РФ от 08.02.2010 № 70н);
- Постановление Правительства РФ от 07.03.1995 № 239 «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен».

В 2016 году действовал перечень ЖНВЛП, утвержденный Распоряжением Правительства РФ от 26.12.2015 № 2724-р, с 1 января 2017 года действовал Перечень ЖНВЛП, утвержденный Распоряжением Правительства РФ от 28.12.2016 № 2885-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2017 год», в 2018 действовал Перечень ЖНВЛП, утвержденный Распоряжением Правительства РФ от 23.10.2017 № 2323-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2018 год». Перечень обновляется ежегодно.

Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет регистрацию предельной отпускной цены производителя на лекарственный препарат, перерегистрацию зарегистрированной предельной отпускной цены, внесение зарегистрированной (перерегистрированной) предельной отпускной цены в Государственный Реестр предельных отпускных цен производителей на лекарственный препарат. Государственная регистрация и перерегистрация предельных отпускных цен производителей на ЛП осуществляется в рублях. Цены, включаемые в Реестр, начинают действовать с момента подписания соответствующего приказа о регистрации цены на ЖНВЛП.

Реестр предельных отпускных цен производителей публикуется на официальном сайте Минздрава России в сети Интернет и обновляется ежедневно с сохранением на сайте всех предыдущих редакций реестра: <http://grls.rosminzdrav.ru/pricelims.aspx> – Государственный реестр предельных отпускных цен.

Органы исполнительной власти субъектов РФ принимают решения об установлении предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями ЛП, на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, после согласования проектов соответствующих решений с Федеральной антимонопольной службой (ФАС).

Одним из моих основных документов для работы при ценообразовании на ЖНВЛП является Постановление Правительства ХМАО-Югры от 24.02.2010 № 67-п «Об установлении предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов», в котором установлена градация предельной розничной надбавки на ЖНВЛП в зависимости от цены завода-изготовителя (0-50 руб, 50-500 руб, свыше 500 рублей). Предельная розничная надбавка к фактическим отпускным ценам производителей на ЖНВЛП в регионе ХМАО-Югра:

- до 50 рублей включительно – 50%;
- свыше 50 руб. до 500 руб. включительно – 45%;
- свыше 500 рублей – 35%

Формирование отпускной розничной цены на ЖНВЛП осуществляется исходя из фактической отпускной цены производителя на лекарственный препарат, не превышающей зарегистрированную цену, и розничных надбавок, размер которых не превышает соответственно предельный размер розничной надбавки, установленной в субъекте РФ. Фактическая отпускная цена производителя на лекарственный препарат, включенный в Перечень ЖНВЛП – это цена ЛП в рублях (без налога на добавленную стоимость), указываемая организацией оптовой торговли лекарственного препарата в протоколе согласования цен. Форма протокола согласования цен утверждена Постановлением Пра-

вительства РФ от 03.02.2016 № 58 «О внесении изменений в Постановление Правительства РФ № 865 от 29.10.2010».

Фактическая отпускная цена производителя не может быть выше зарегистрированной предельной отпускной цены производителя. Торговые надбавки являются предельными, их уровень может быть снижен аптечной организацией самостоятельно в зависимости от финансового состояния организации, конъюнктуры рынка и т.п.

Таким образом, при формировании розничной цены на препарат группы ЖНВЛП (ООО «Лорикс» является плательщиком ЕНВД) я формирую отпускную цену на ЖНВЛП, суммируя цену приобретения ЖНВЛП и торговую надбавку (размер которой не превышает предельный размер розничной надбавки, установленный в регионе ХМАО-Югра с учетом ценовой группы препарата), исчисленную от фактической отпускной цены производителя без НДС.

Формула расчета цен  
на ЖНВЛП (ЕНВД) : **(Цена завода изготовителя БЕЗ НДС \* %) + опт. Цена с НДС**

Размер предельных розничных надбавок на лекарственные препараты, не включенные в перечень ЖНВЛС, не регулируется государством.

При формировании розничной цены на лекарственные препараты, не включенные в Перечень ЖНВЛП, я применяю надбавку к цене Поставщика с НДС. Размер применяемой надбавки в этом случае может быть различен. Ценообразование должно обеспечивать рентабельность предприятию, но цены должны быть конкурентоспособными.

Ценообразование на прочие группы аптечного ассортимента, например, медицинские изделия (кроме цен на медицинские изделия, имплантируемые в организм человека при оказании гражданам бесплатной медицинской помощи из Перечня, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 30.12.2015 № 1517), биологически активные добавки, предметы санитарии и гигиены и т.п. не регулируется государством.

Цены на данные товары формируются аналогично формированию цен на лекарственные препараты, не включенные в Перечень ЖНВЛП, применяется надбавка к цене Поставщика с НДС.

В аптечной организации обязательным является наличие в торговом зале актуальной «Базы данных о предельных розничных ценах на жизненно-необходимые и важнейшие лекарственные препараты». База данных цен по ХМАО-Югре размещается на официальном сайте Департамента здравоохранения ХМАО-

Югры и обновляется ежемесячно. Придя в аптеку, любой посетитель может удостовериться в правильности взимания цены на лекарственный препарат группы ЖНВЛП, которую можно проверить по списку в «Базе данных о предельных розничных ценах на ЖНВЛП».

Во исполнение существующих нормативно-правовых актов и Постановлений Правительства РФ, а также согласно приказа руководителя о назначении меня ответственной за формирование и предоставление отчетов по ЖНВЛП. Общество ежегодно, начиная с 2010 года, предоставляет отчетность в Региональную Службу по тарифам ХМАО-Югры г. Ханты-Мансийск в формате шаблона Федеральной государственной информационной системы «Единая информационная аналитическая система ФСТ России» и информацию для проведения ежегодного анализа установленных предельных размеров розничных надбавок на ЖНВЛП и их влияния на результаты финансово-экономического состояния аптечных организаций, осуществляющих реализацию ЖНВЛП на территории ХМАО-Югры.

Данный вид отчетности представляет собой ежегодную масштабную выборку наименований ЖНВЛП в связке с оптовыми, розничными ценами, количеством реализованного препарата за год и бухгалтерской отчетностью. Мною формируются и предоставляются данные в виде специального шаблона о количестве закупленных препаратов ЖНВЛП, о цене каждого наименования и его количестве, бухгалтерский баланс, отчет и прибылях и убытках предприя-



тия, полностью вся бухгалтерская отчетность за год, а также статьи и виды расходов предприятия. В отчете я формирую и предоставляю в Региональную Службу по тарифам следующие данные:

- данные об объемах реализации ЖНВЛП в отчетном периоде регулирования и в плановом периоде регулирования;
- расчет средневзвешенного размера оптовой или розничной надбавки к ценам на ЖНВЛП ;
- данные об объемах ЖНВЛП в разрезе ценовых групп;
- расчет затрат на реализацию ЖНВЛП;
- расчет необходимой прибыли;
- отчет о распределении полученной прибыли;
- заверенные копии бухгалтерского баланса с приложениями, статистической и налоговой отчетности за последний отчетный период (год) и последнюю отчетную дату;
- заверенную копию приказа об учетной политике аптечной организации;
- материалы, обосновывающие затраты по статьям расходов.

В годовом отчете по ЖНВЛП мы отражаем не только все торгово-экономические показатели Общества, его товарооборот, расходы предприятия и прочие затраты, а также указываем, какую долю в общем товарообороте составляют препараты ЖНВЛП, отмечаем их рост в отчетном году по сравнению с предыдущим периодом. Данный вид работы очень кропотлив и трудоемок, но он позволяет сделать необходимые выводы об увеличении доли препаратов группы ЖНВЛП и необходимом

уровне розничной надбавки на данную группу препаратов.

В 2016 году в ООО «Лорикс» была осуществлена документарная проверка по формированию цен на препараты группы ЖНВЛП Региональной Службой по тарифам ХМАО-Югры г. Ханты-Мансийска. Нарушения отсутствуют. Отмечена положительная работа Общества по вопросам ценообразования в аптечном пункте, своевременной и качественной сдачи отчетности в Региональную Службу по тарифам ХМАО-Югры.

Мною был проведен анализ о динамике закупленных ЖНВЛП за периоды 2016-2019г. (таблица 1). Результаты анализа показывают, что наблюдается рост закупаемых лекарственных препаратов группы ЖНВЛП даже при снижении общего товарооборота. Это связано с увеличением ассортимента группы ЖНВЛП, препараты ЖНВЛП пользуются у населения особым спросом и необходимостью, а также набирает темпы роста наша отечественная фармацевтическая промышленность, снижается доля закупа импортных препаратов. Закуп препаратов группы ЖНВЛП является задачей государственной важности, но ввиду ограниченной розничной наценки не дает аптечной организации желаемой экономической рентабельности. Ценовое регулирование позволяет снижать и удерживать уровень цен на препараты группы ЖНВЛП, но способствуют увеличению размера розничной наценки на товары аптечного ассортимента, не входящими в группу ЖНВЛП и увеличению доли ассортимента на товарные группы, не являющимися ЖНВЛП.

Таблица 1

**Анализ динамики закупленных препаратов ЖНВЛП и уровня розничной наценки на группу ЖНВЛП за период 2016-2019г.**

| № п/п | Исследуемый показатель                                | 2016 год         | 2017 год         | 2018 год         | 2019 год         |
|-------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 1.    | Закуплено препаратов группы ЖНВЛП                     | 838,84 тыс. руб. | 858,48 тыс. руб. | 864,56 тыс. руб. | 932,23 тыс. руб. |
| 2.    | Уровень средней розничной надбавки на группу ЖНВЛП, % | 36,84%           | 37,92%           | 37,36%           | 37,28%           |
| 3.    | Товарооборот  | 4 458 000        | 3 532 000        | 3 587 000        | 4 238 000        |

Также мною был проведен анализ закупаемых и реализуемых лекарственных препара-

тов российского и импортного производства за 2016-2019 годы. Из представленных ниже

диаграмм видно, что постепенно наблюдается импортозамещение российскими препаратами, увеличивается доля ЖНВЛП российского производства, уменьшается доля закупаемых и отпускаемых импортных препаратов. Это явление связано с политикой государства, увеличением доли российских препаратов на фармацевтическом рынке. Существенным фактором в данном случае является принадлежность лекарственных препаратов российского производства к более низкому ценовому сегменту по сравнению с импортными, а также главнейшую роль за ценовой политикой аптек играет контроль

со стороны Правительства РФ и Региональной Службы по тарифам ХМАО-Югры. Большую роль играет и тот факт, что отечественная фармацевтическая промышленность нашей страны постоянно наращивает свои обороты, а это в свою очередь приводит к уменьшению оптовой цены поставщиков. В век современной рыночной экономики отечественная промышленность также подвержена конкуренции. Поэтому, естественно, препараты с более низкой ценой производителя пользуются у населения большим спросом, чем лекарства с более высокой ценой или закупаемые по импорту.

Диаграмма 1

**Процентное соотношение закупаемых лекарственных препаратов импортного и российского производства, 2016 г.**

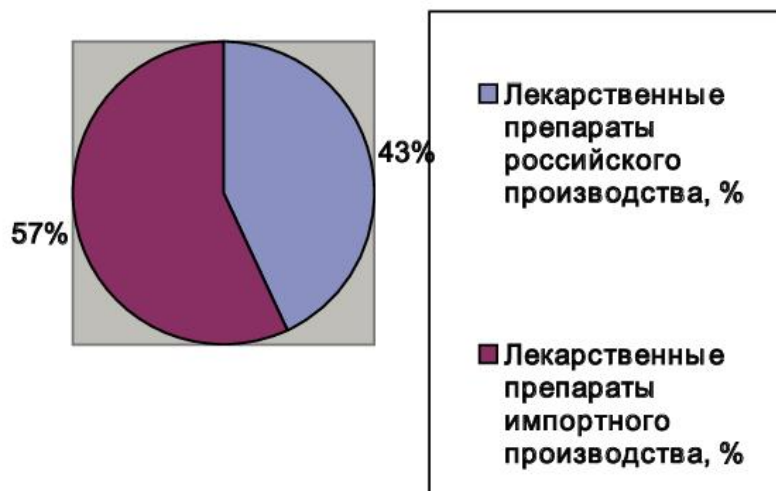
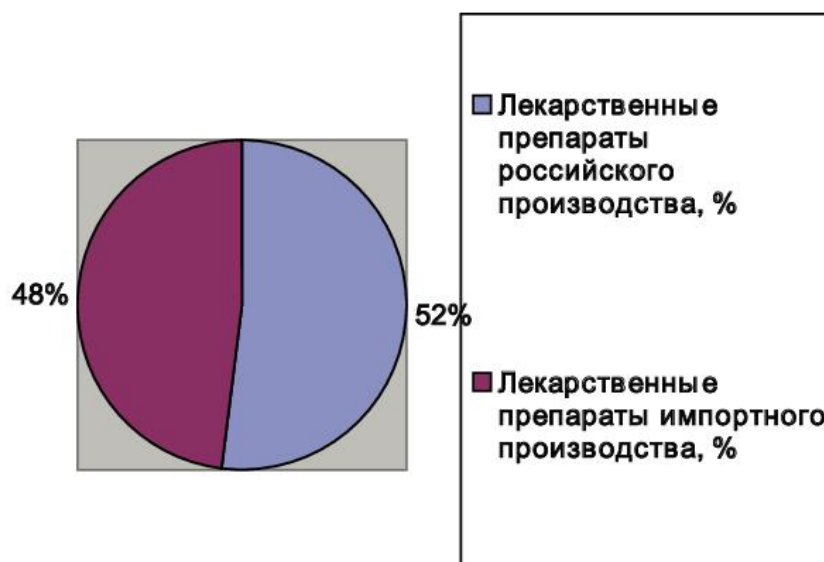


Диаграмма 2

**Процентное соотношение закупаемых лекарственных препаратов импортного и российского производства, 2017 г.**



Процентное соотношение закупаемых лекарственных препаратов импортного и российского производства, 2018г.

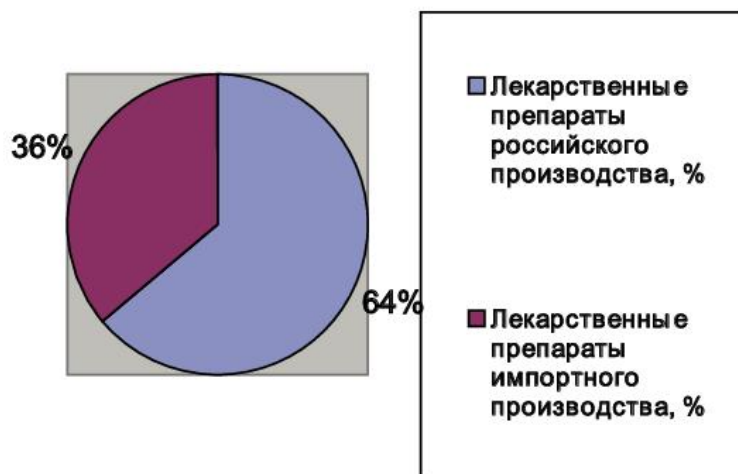
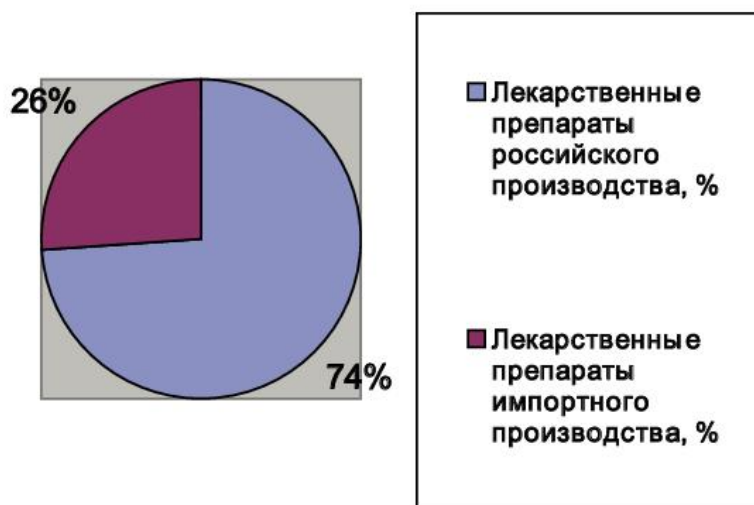


Диаграмма 4

Процентное соотношение закупаемых лекарственных препаратов импортного и российского производства, 2019г.



Многочисленно установлено, что за период 2016-2019 годы наблюдается рост закупаемых и реализуемых жизненно-важных лекарственных препаратов в ценовой категории «до 50 руб», сокращение доли ЖНВЛП ценовой категории «свыше 500 руб.».

Во всех случаях наблюдается тенденция к импортозамещению, т.е. активнее приобретаются препараты российского производства, что также связано с меньшей ценой за единицу продукции по сравнению с импортом.

Роль нашего государства очень высока в решении не только вопросов ценообразования в стране, но и ее социально-экономических аспектов, чтобы лекарства в стране были доступны любому и каждому ее гражданину, про-

живающему на территории РФ, а лекарственная помощь была своевременной, качественной и безопасной. В этом заложены глубокие тезисы нашего Правительства в соответствии с существующим законодательством РФ, выполнением Федерального Закона от 12.04.2010 г. № 61 «Об обращении лекарственных средств», Федерального Закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а также «Стратегии лекарственного обеспечения населения РФ до 2025 года», основной смысл которых состоит в сохранении здоровья и продлении жизни каждого гражданина Российской Федерации.

© Дмитришак М.В., 2020



УДК 615.11

## ЭЛЕКТРОННЫЙ РЕЦЕПТ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ: ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В БУ «НЯГАНСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

Колосова Т.С.,

временно исполняющая обязанности главного врача БУ «Няганская городская поликлиника»

Шкурова Н.А.,

заместитель главного врача по клинико-экспертной работе БУ «Няганская городская поликлиника»

*24 декабря 2018 года по результатам заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации был утвержден паспорт проекта «Создание единого цифрового контура здравоохранения на основе ЕГИСЗ», который предполагает переход на юридически значимый электронный документооборот в сфере медицины, в том числе появление электронного рецепта на лекарственные препараты.*

*В современных условиях с развитием телемедицинских технологий очный визит к врачу становится необязательным условием для получения качественной и квалифицированной медицинской помощи. Медицинские услуги трансформируются, но простота, удобство и скорость их получения остаются главными приоритетами после качества.*

*Мы сообщаем опыт и результаты реализации пилотного проекта, утвержденного приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, по оформлению назначений лекарственных препаратов, сформированных в форме электронных рецептов, в БУ «Няганская городская поликлиника».*

*Полученные результаты позволили нам сократить затрачиваемое пациентами время на отпуск льготных лекарственных препаратов, а значит повысить удовлетворенность медицинскими услугами, увеличить охват льготной категории граждан, обеспеченной лекарственными препаратами, что позволит в будущем контролировать эффективность лечения. И главное, введенные изменения привели к сокращению затраченного медицинским работником времени на выполнение медицинской услуги с 12 минут до 6, что делает медицинскую помощь доступной большему числу пациентов.*

**Ключевые слова:** электронный рецепт, дистанционный рецепт, льготное лекарственное обеспечение

### Введение

Цифровая трансформация подразумевает, что технологии будут использоваться системно и целостно, с целью извлечения максимальной выгоды. Технологии призваны облегчить процесс работы и способны подстраиваться под конкретного пользователя, когда человек сам выбирает, какую информацию он должен получить из системы.

В настоящее время цифровой контур несовершенен и не имеет целостности, так как различные службы, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации (фонд социального страхования, фонд обязательного медицинского страхования, система льготного лекарственного обеспечения) или тесно взаимодействующие с ним структуры (бюро медико-социальной экспертизы), имеют свои информационные системы, а каждая медицинская организация, в свою очередь, выбирает самостоятельно, в какой системе хранить

архивные данные и вести текущий электронный документооборот. Решение руководителя каждого конкретного учреждения: будет ли его медицинская информационная система интегрирована с системами фондов или бюро МСЭ, или медицинский персонал станет заложником нескольких информационных систем, вынуждающих работать с данными параллельно.

В БУ «Няганская городская поликлиника» с 2016 года работа медицинского персонала осуществляется в медицинской информационной системе «Югра» (г. Таганрог ООО «Облачные технологии»). Ежегодно система совершенствовалась: проведена ее интеграция с системой фонда обязательного медицинского страхования в 2017 году, что дало возможность формировать реестр медицинских услуг учреждения в электронном виде. В 2018 году произведена интеграция с системой фонда социального страхования, что позволяет выдавать электронный листок нетрудоспособности при работе исклю-

чительно в системе учреждения. В 2019 году произошла интеграция информационной системы по выписке льготных рецептов «Алгом» с МИС «Югра», что также позволило врачу и фельдшеру работать в одном окне.

В связи с ростом на 40% числа обращений в БУ «Няганская городская поликлиника» (в 2018 г. – 4896, в 2019 г. – 8221) за выпиской льготных рецептов был проведен анализ проблем записи на прием к врачу. Среди наиболее частых поводов записи на прием была выписка льготных лекарственных препаратов. С целью повышения доступности медицинских услуг в учреждении была организована работа кабинета по выписке льготных рецептов фельдшером. Однако, доступность услуги не была оптимальной. Эти факты побудили к поиску новых решений, которым стал дистанционный электронный рецепт.

### **Материалы и методы**

При определении порядка работы нами была использована следующая нормативная документация:

1. Федеральный закон от 29 июля 2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

2. Приказ Минздрава России от 30 ноября 2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

3. Приказ Минздрава России от 14 января 2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

4. Приказ Минздрава России от 11 июля 2017 № 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность».

Целями проекта были:

- сокращение затраченного медицинским персоналом времени на проведение приема для выписки льготного рецепта;

- сокращение среднего количества очных посещений за выпиской льготных лекарственных препаратов в месяц.

Ожидаемые эффекты:

- увеличение талонов записи на прием к участковым терапевтам с целью проведения диспансерных осмотров, посещений по заболеванию;

- увеличение охвата льготной категории граждан с целью контроля их лечения;

- сокращение потраченного личного времени пациентом на получение льготных препаратов;

- повышение доступности медицинской помощи для населения.

Была определена схема дистанционной выписки рецептов на лекарственные препараты отдельным льготным категориям граждан, сформированных в форме электронных документов, которая выглядела следующим образом (рисунок 1).

Также выработаны четкие критерии для отбора участников проекта. К участию в проекте допускались лица:

- имеющие установленный клинический диагноз и право на льготное лекарственное обеспечение;

- авторизованные на портале «Госуслуги»;

- имеющие возможность использования мобильного приложения «Medved.Telemed»;

- направившие заявки после очного назначения необходимых льготных препаратов.

В ходе реализации проекта пациентам необходимо было соблюдать условия:

- очно посещать врача не менее 1 раза в 3 месяца и иметь стабильное соматическое состояние;

- заполнять сведения о состоянии здоровья в мобильном приложении «Medved.Telemed»;

- соблюдать интервал для направления заявки – не чаще 1 раза в месяц;

- не находиться на лечении в стационаре.

Разработчиками приложения «Medved.Telemed» (ГК ХОСТ, г. Екатеринбург) проведена учеба со специалистами БУ «Няганская городская поликлиника» по его использованию. А руководством медицинской организации было обеспечено наличие усиленной квалифицированной электронной подписи для медицинских работников, председателя врачебной комиссии и провизоров аптечных пунктов.

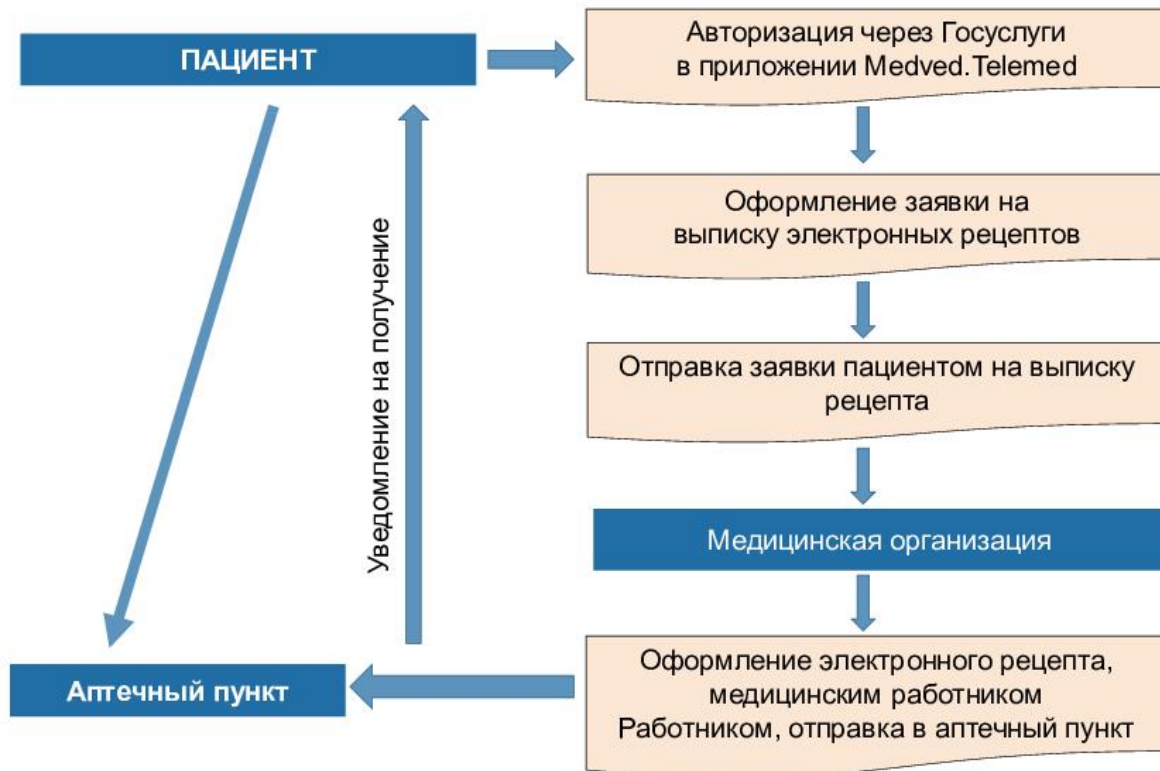


Рис. 1.

БУ «Медицинский информационно-аналитический центр» в заявку на выписку рецепта настроены поля для заполнения пациентом данных о состоянии здоровья (общее самочувствие, рост, вес, пульс, температура, АД (при необходимости), уровень глюкозы (при необходимости), были согласованы сценарии взаимодействия врачей и пациентов с использованием информационной системы «Medved.Telemed» для проекта реализации удаленного взаимодействия врач-пациент с использованием медицинской информационной системы.

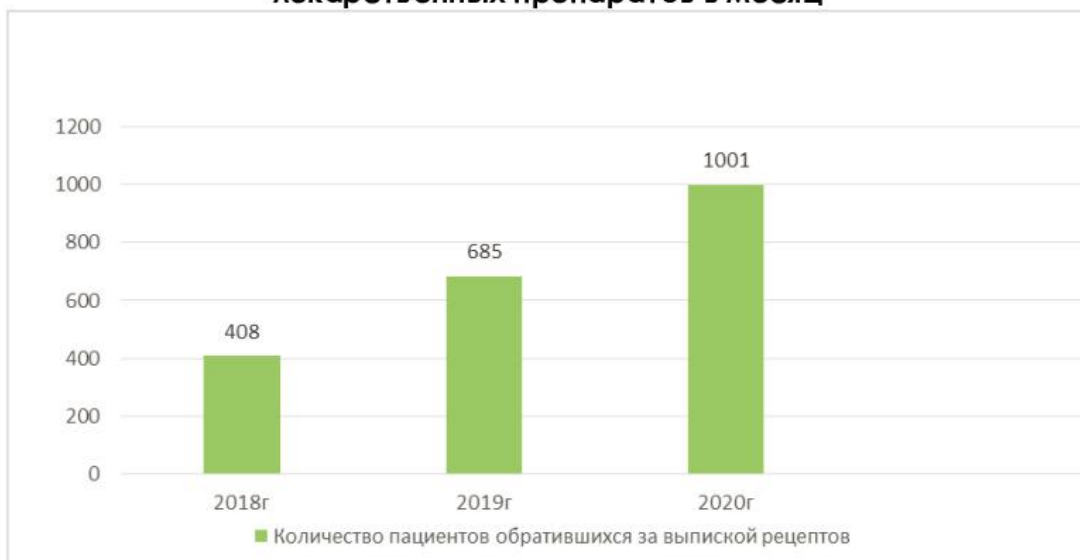
### Результаты проекта и обсуждение

За период внедрения Проекта с января по март 2020 года было отработано 132 заявки, направленные через информационную систему «Medved.Telemed», и выписано 328 электронных рецептов с сохранением бумажного документооборота. В течение апреля-мая 2020 года было оформлено 110 заявок на 346 рецептов.

Проведенный анализ обращений за льготным лекарственным обеспечением подтвердил увеличение охвата населения льготным лекарственным обеспечением, что наглядно демонстрирует диаграмма 1.

Диаграмма 1

### Среднее количество пациентов, обратившихся за выпиской льготных лекарственных препаратов в месяц





Введенные изменения привели к сокращению затраченного медицинским работником времени на выполнение услуги с 12 минут до 6, что сделало медицинскую помощь доступной большему числу пациентов. В результате отмечен рост числа обращений за выпиской лекарственных препаратов с 408 в 2018 году до 1001 ежемесячно в 2020 году.

Также в ходе реализации пилотного проекта были сформулированы проблемы, требующие дальнейшего решения:

1. Усовершенствование модуля отпуска рецептов в аптечном пункте: однократное введение СНИЛС для одновременного отпуска нескольких рецептов.

2. Решение вопроса о внедрении тарифа по оплате дистанционной выписки электронного рецепта с целью количественного учета услуг.

3. Интеграция приложения «Medved. Telemed» с медицинской информационной системой «ЮГра» для работы в одном окне.

В условиях риска распространения новой коронавирусной инфекции Covid-2019 существующий порядок дистанционной выписки лекарственных препаратов стал особенно актуальным. Однако, с учетом пожилого возраста пациентов, пользующихся льготным лекарственным обеспечением, темпы включения пациентов в проект по выписке электронных рецептов остаются невысокими. Основные причины – это отсутствие регистрации на портале «Госуслуги» и невозможность использования приложения «Medved. Telemed».

Указанные недостатки не приводят к выводу об отсутствии востребованности данного инструмента. Дистанционный электронный рецепт – это та технология, которая должна работать сегодня, чтобы эффект от нее мы могли ощутить завтра. Чем больше современные технологии входят в нашу жизнь, тем более простым становится получение тех или иных услуг, в том числе медицинских. Профилактическое направление современного здравоохранения – эта та приоритетная задача, которая может быть решена с помощью дистанционных технологий. Сегодня никого не удивишь SMS-информированием о визите к врачу, необходимости сдачи контрольных анализов крови или приглашением на профилактический медицинский осмотр. Дистанционный электронный рецепт – это еще один шаг к полноценному контролю за лечением пациента, который позво-

ляет сделать лечение непрерывным, охватить всех нуждающихся в лекарственном обеспечении, а значит провести профилактику осложнений основного заболевания. Самому же врачу дистанционная выписка электронных рецептов открывает возможность для работы непосредственно с пациентами, избавляет от рутинных.

## **Выводы**

Полученные результаты позволили нам сократить затрачиваемое пациентами время на отпуск льготных лекарственных препаратов, а значит повысить удовлетворенность медицинскими услугами, увеличить охват льготной категории граждан, обеспеченной лекарственными препаратами, что даст возможность в будущем контролировать эффективность лечения.

В связи с отсутствием в Правилах отпуска лекарственных препаратов, утвержденных приказом Минздрава России от 11.07.2017 № 403, сведений о возможности отпуска лекарственных препаратов по электронным рецептам в аптечном пункте, необходимо внести изменения в 9 абзац пункта 4 приложения к приказу Минздрава России от 11.07.2017 № 403 «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность» следующего содержания: «в том числе на рецептурном бланке в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника».

С целью ведения количественного учета данных медицинских услуг предлагаем утвердить тариф «ТМ.2 Дистанционная консультация в режиме отсроченной консультации», оплата которого будет производиться в рамках подушевого финансирования прикрепленного населения.

После изменения нормативной документации будет возможным полный переход на электронный вариант рецепта, без сохранения бумажного документооборота (по аналогии с электронными листками нетрудоспособности).

БУ «Медицинский информационно-аналитический центр» реализовать удаленное взаимодействие врача с пациентом с использованием МИС и «Регистратура086.ру».

© Колосова Т.С., Шкурова Н. А., 2020

## ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ АДДИКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ БУ «НИЖНЕВАРТОВСКАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Жевелик О.Д.,  
главный врач БУ «Нижневарттовская психоневрологическая больница»,  
врач-психиатр, заслуженный врач РФ  
Шемонаев К.А.,  
врач-психиатр-нарколог, заведующий наркологическим отделением  
БУ «Нижневарттовская психоневрологическая больница»  
Бедарев И.М.,  
врач-психиатр-нарколог наркологического отделения  
БУ «Нижневарттовская психоневрологическая больница»  
Сорокина Э.Ш.,  
медицинский психолог наркологического отделения  
БУ «Нижневарттовская психоневрологическая больница»

*В данной статье освещается инновационная модель аддиктологической помощи пациентам с химическими зависимостями (алкоголизм, наркомании и токсикомании) на этапе стационарного лечения и реабилитации в наркологическом отделении БУ «Нижневарттовская психоневрологическая больница». Наряду с традиционными стратегиями аддиктологической помощи, используемыми с целью влияния на мотивационную сферу зависимых лиц (биологического подавления, изоляции, отвлечения, переключения, конфронтации) в БУ «НПНБ» специалистами полипрофессиональной бригады активно реализуется сквозная стратегия системной работы с дефицитарными и нормативными мотивационными комплексами зависимых и созависимых лиц (мотивационные метатехнологии, специальная психологическая диагностика, мотивационное консультирование, тематические мотивационные тренинги, кинотерапия, притчетерапия, психообразовательные группы, психоэмоциональная поддержка, особый терапевтический режим в отделении, специальная программа терапевтической и тренинговой работы с родными и близкими зависимых пациентов), выстроенная в соответствии с дифференцированными этапами аддиктологической помощи.*

**Ключевые слова:** аддиктологическая помощь, психотерапевтический режим, медико-социальная реабилитация

Психоневрологическая служба в г. Нижневарттовске основана в 1978 году. Наркологическое отделение БУ «НПНБ» оказывает специализированную медицинскую помощь лицам с химическими аддикциями в соответствии с стандартами и порядками, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, и на основе утвержденных профессиональным сообществом Общероссийской общественной организацией «Ассоциация наркологов России» «Клинических рекомендаций по диагностике и лечению психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, и реабилитации больных наркологического профиля». Отделение рассчитано на 130 коек, 25 из которых используются для проведения медико-социальной реабилитации (МСР).

В программу МСР принимаются зависимые лица с достаточно высоким уровнем мотива-

ции на отказ от употребления психоактивных веществ (ПАВ) и участие в программе и с достаточной степенью первичной информированности о существенных особенностях состояния патологической зависимости, главных характеристиках состояния устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, реабилитационном маршруте, который предстоит преодолеть для достижения искомого результата, с уровнем реабилитационного потенциала не ниже среднего, с обязательным наличием значимых лиц и родственников, мотивированных на полноценное участие в реабилитационном процессе.

В юбилейном для учреждения 2018 году в наркологическом отделении БУ «НПНБ» была внедрена инновационная модель аддиктологической помощи (АП) пациентам с химическими зависимостями (алкоголизм, наркомании и токсикомании) на этапе стационарного лече-



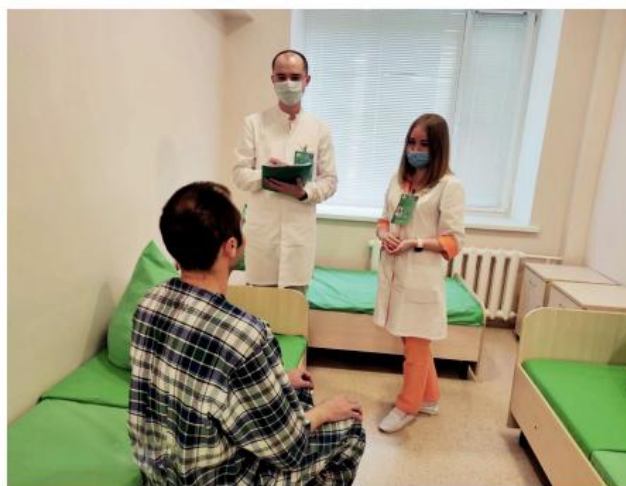
ния и реабилитации. В основу данной лечебно-реабилитационной модели легли методические рекомендации Санкт-Петербургского Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского. Мы считаем, что сквозной (универсальной) задачей, решаемой на стационарном этапе лечения и реабилитации, является форсированное развитие свойств психологической устойчивости к первичному, либо повторному вовлечению в зависимость от химического агента (стойкая отрицательная мотивация), высокого и устойчивого уровня позитивной мотивации к реализации конструктивных жизненных целей и задач.

Психотерапевтический (мотивационный) режим, эффективный контроль, развивающий мотивационный прессинг и конструктивная занятость пациентов, препятствующие актуализации патологического влечения к аддиктивному агенту, особенно важны для категории химически зависимых лиц.

Психотерапевтический режим в структуре стационарной АП – это особая психотерапевтическая среда, основное назначение которой создавать такие внешние условия для зависимых пациентов (в основном это правила поведения пациентов и специальные правила поведения персонала отделения), которые максимально способствуют избеганию, преодолению, а затем и исключению аддиктивного поведения из всех возможных горизонтов планирования актуальных жизненных сценариев у пациента. Речь в данном случае идет о возможности эффективного блокирования жесткой программы патологической зависимости у пациентов за счет использования специальных «режимных» технологий. Психотерапевтический режим отделения обеспечивается специально подготовленными медицинскими работниками, выполняющими в данном случае функции полноценных участников реабилитационной бригады. В рамках данной модели участвуют практически все специалисты наркологического отделения, имеющие отношение к реализации программ лечения и реабилитации зависимых лиц: клинические психологи, врачи-психиатры-наркологи, специалисты по социальной работе, а также средний и младший медицинский персонал отделения.

Психотерапевтический режим включает 2 основных блока: формирование стержневого

мотивационно-технологического контекста, в рамках которого реализуется профессиональная, высокоструктурированная реабилитационная программа, и формирование специальной, экологически выверенной информационной среды (предварительная информация, контракт, правила, распорядок, текущая информация и пр.), способствующей максимально эффективному продвижению к главной цели – освобождению пациентов от патологической зависимости. Оба этих компонента складываются в большой формат мотивационной когнитивно-поведенческой терапии, в котором осознанная приверженность «духу» и «букве» психотерапевтического режима выполняет функцию важного мотивирующего звена.



Организация психотерапевтического режима возлагается на заведующего наркологическим отделением, в обязанности которого входят: формирование, доведение до пациентов и требование неукоснительного выполнения ими принципов и правил общего реабилитационного режима, определение основного мотивирующего психотерапевтического контента реабилитационной программы, подбор адекватных вспомогательных компонентов, которые способны усиливать мотивирующий психотерапевтический эффект, формирование целостной концепции реабилитационной программы, подбор и обучение персонала, который по своим основным компетенциям должен соответствовать компонентам реабилитационной программы, обучение персонала смежным компетенциям и правилам реализации мотивационно-психотерапевтического режима в отделении, назначение каждого компонента дифференцированной профессиональной реби-





литационной программы, доведение до общего сведения всех специалистов реабилитационной бригады и прочего медицинского персонала, так или иначе контактирующих с пациентами, общего алгоритма его реализации. Последняя позиция ежедневно прорабатывается на общих утренних собраниях медицинского персонала отделения.

В рамках реализации инновационной модели АП в наркологическом отделении проводятся: аддиктологическое консультирование по вопросам активного участия значимых лиц и родственников пациентов в реабилитационном процессе (программа пробных отпусков), аддиктологическое консультирование по вопросам ресурсной поддержки пациентов в постреабилитационном периоде, психообразовательные и тренинговые программы по заявляемой актуальной тематике, элементы семейной и супружеской психотерапии при необходимости.

Реализация всех компонентов реабилитационной программы осуществляется в режиме мотивационного прессинга и постоянного контроля качества АП, не оставляющих шансов на актуализацию программы патологической адаптации у пациентов с использованием привычных или новых аддитивных агентов. Для адекватного воспроизведения целостной реабилитационной системы и ее развития осуществляется непрерывное профессиональное образование специалистов реабилитационной бригады, способствующая постоянному повышению их компетенции в области смежных специальностей.

Одними из важных отличительных особенностей инновационной модели АП являются наличие особого кодекса отношений между персоналом отделения, которые можно охарак-

теризовать как содружество и сотрудничество, а также структурированные терапевтические отношения между персоналом и пациентами программ МСР, которые сводятся к тому, что все участники МСР – зависимые лица и персонал отделения – представляют собой единую, открытую терапевтическую группу, где персоналу отводится роль «совокупного группового психотерапевта».

Сотрудников наркологического отделения БУ «НПНБ» отличают специальные знания, умения и навыки, которые позволяют им понимать и различать истинные мотивы намерений и поведения зависимых пациентов, многие из которых поступают на лечение лишь под давлением обстоятельств, без какой-либо мотивации даже на сохранение трезвости в период вынужденного пребывания в наркологическом учреждении; умение противостоять явным и скрытым манипуляциям, прямым угрозам, провокациям конфликтов, шантажному поведению – т. е. всем тем приемам, привычно используемым немотивированными зависимыми лицами для достижения своих целей; быть готовыми к постоянному тестированию на наличие «слабых мест», которое почти неизбежно в случае формирования негативного ядра из немотивированных пациентов или появления отрицательного лидера, манипулирующего поведением подчиненных ему зависимых лиц. Постоянно поддерживаемое заведующим отделением профессионально грамотное поведение персонала позволяет решать эти непростые задачи с немалой пользой для основной группы зависимых, повышая таким образом их мотивацию на удержании в программе МСР.

Таким образом, эффективная реализация психотерапевтического режима в наркологическом отделении БУ «НПНБ» требует практически непрерывной и достаточно интенсивной подготовительной работы с персоналом (тематические тренинги, балнтовские группы, личная и групповая терапия, специальные семинары и пр.), которая позволяет рассчитывать на действие «мотивационного прессинга», необходимого для достижения реабилитационных целей, а также на формирование особого рода информационного резонанса, многократно усиливающего эффекты структурированных психотерапевтических технологий, используемых в МСР.

Критериями эффективности нашей аддиктологической помощи являются: редукция проявлений патологического влечения к ПАВ, формирование мотивации на удержание в терапевтической программе, упорядоченное поведение пациента. Сформированная в процессе лечения устойчивая конструктивная мотивация пациентов на безопасное поведение, освобождение от зависимости, сохранение и развитие здоровья обеспечивает энергию для будущих конструктивных изменений, направленность терапевтических изменений к достижению наиболее приемлемого результата и скорость необходимых изменений.

### **Литература**

1. Катков, А.А. Теория и практика формирования психического здоровья населения. – Костанай, 1998. – 267 с.

2. Бохан, Н.А., Катков, А.А., Россинский, Ю.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных опишной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 287 с.
3. Катков, А. А. Управление качеством наркологической помощи. – Павлодар, 2009. – 627 с.
4. Катков, А.А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий). Справочное руководство. – Павлодар, 2011. – 397 с.
5. Катков, А.А. Психотерапия зависимых от психоактивных веществ. – Павлодар, 2012. – 271 с.
6. Катков, А.А. Интегративная психотерапия (философское и научное методологическое обоснование). – Павлодар: ЭКО, 2013. – 321 с.
7. Катков, А.А. Методология научных исследований в сфере профессиональной психотерапии. – М., 2016. – 96 с.

© Жевелик О.Д., Шемонаев К.А., Бедарев И.М.,  
Сорокина Э.Ш., 2020

УДК 614.255.15

## **НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ СОВЕТ КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»**

**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»,

**Шрайбер Т.А.,**

фельдшер-лаборант Восточного отдела  
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

**Евстигнеева И.Ю.,**

медицинский регистратор  
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

*В статье описаны деятельность Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», взаимодействие клиницистов и морфологов.*

**Ключевые слова:** научно-организационный совет, КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», наука

«... Наука есть ясное познание истины,  
просвещение разума,  
непорочное увеселение жизни,  
похвала юности, старости подпора,  
строительница градов,  
полков, крепость успеха в несчастьи,  
в счастья - украшение,  
везде верный и безотлучный спутник...»

М.В. Ломоносов



КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» является государственным медицинским экспертным учреждением особого типа, выполняющим функции и задачи в области судебно-медицинской экспертизы для правоохранительных органов, практического здравоохранения, граждан ХМАО-Югры и других регионов. Исходя из поставленных задач и действующих нормативов, каждое экспертное исследование должно быть обоснованным, объективным, всесторонним, независимым, иметь в своей основе научную составляющую на уровне современных мировых и Российских достижений.

С 2017 года усилиями ведущих специалистов Учреждения создано и успешно функционирует структурное подразделение бюро – Научно-организационный совет (далее по тексту – Совет), правовую основу которого составляют: Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»; Нормативные документы Минздрава РФ; Коллективный договор Учреждения; Положение о Научно-организационном совете КУ «БСМЭ» от 13.02.2017; Иные нормативные документы, касающиеся сферы деятельности Научно-организационного совета КУ «БСМЭ».

В сферу деятельности Совета входят сбор информации о научно-исследовательской деятельности, развитие научной, научно-организационной инфраструктуры, планирование, координация и контроль научно-исследовательской деятельности всех подразделений Учреждения, организация научно-практических мероприятий (совещаний, конференций, семинаров, круглых столов, другое) с целью улучшения инновационной деятельности, улучшение инвестиционной привлекательности выполняемых научно-исследовательских работ, совершенствование методов управления и организации научно-практической деятельности с учетом новых социально-экономических условий.

Основополагающими функциями совета являются: осуществление перспективных текущих и плановых научно-исследовательских работ и организационных мероприятий; анализ состояния инновационной деятельности в масштабах Учреждения и всех его структурных подразделений; организация и проведение научно-практических конференций, семинаров, совещаний, симпозиумов; сбор информации о научно-исследовательской деятельности Уч-

реждения и составление годовой отчетности; разработка нормативной базы по организации научно-исследовательской деятельности Учреждения; разработка и внедрение предложений по совершенствованию научно-исследовательской деятельности Учреждения, практических рекомендаций по рациональной организации документооборота; организация научных и научно-практических связей с вузами, научными учреждениями, иными организациями (российскими и зарубежными); обобщение опыта молодежной научно-исследовательской деятельности; представление Учреждения на различных мероприятиях по инновационной деятельности; учет и отчетность по использованию на практике инновационных предложений работников Учреждения; оценка структурных подразделений, работ в области научной деятельности; контроль выполнения заданий, предусмотренных планами научно-исследовательских работ, договорных обязательств.

### Результаты

За текущий период деятельности Совета, т.е. с момента организации по настоящее время проделана следующая научно-практическая деятельность:

- вышли в свет 7 учебно-методических пособий, 1 монография, 3 сборника научно-практических статей, 1 профессиональный журнал;
- подготовлено порядка 120 научных, научно-практических статей для профессиональных изданий РФ.

Работы специалистов Совета посвящены различным разделам медицины, в том числе ятрогенной патологии, дефектов оказания медицинской помощи, профилактической и лечебной деятельности.

В настоящее время на этапе издания находятся следующие учебно-методические пособия:

- «Сравнительный анализ острых отравлений химической этиологии на территории ХМАО-Югры за период 2017, 2018 и 2019 годов»;
- «Особенности производства судебно-медицинской экспертизы при половых преступлениях»;
- сборник научно-практических статей «Актуальные вопросы судебной медицины», выпуск 4.



На сегодняшний день, формируются научно-практические связи с кафедрами судебной медицины и медицинского права РУДН и Московского государственного медико-стоматологического университета, МИАЦ ХМАО-Югры, МИАЦ Тюменской области, курсом судебной медицины Медицинского института БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет».

### Выводы

1. Большим успехом стал уже традиционный ежегодный сборник научно-практических статей КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», о котором в настоящее время все больше и больше узнают и присылают свои работы врачи – судебно-медицинские эксперты из разных регионов нашей страны, таким образом, значительно расширяется «научная география» сборника.

2. На страницах данной статьи хотим обратиться и к врачам клиницистам, которые также могли бы публиковаться в нашем ставшем теперь периодическом издании.

### Литература

1. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ».
2. Положение о Научно-организационном совете КУ «БСМЭ» от 13.02.2017.
3. Кузьмичев, Д.Е. Новые веянья в работе судебно-медицинской службы Югры. / Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – Ханты-Мансийск, 2017. – № 4/13. – С. 28-31.
4. 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.
5. Актуальные вопросы судебной медицины: сборник научно-практических статей. – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. – Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.  
© Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Шрайбер Т.А., Евстигнеева И.Ю., 2020

УДК 611.345

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПАЙРА

**Галица В.В.,**

заведующий операционным блоком, детский хирург

БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»

**Назарова И.М.,**

заведующая детским хирургическим отделением, детский хирург

БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»

**Лёвочкин С.П.,**

Заслуженный врач РФ, заместитель руководителя по хирургической работе, детский хирург

БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»

**Мунасипов Р.Н.,**

врач-детский хирург хирургического отделения

БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»

**Фролов Е.А.,**

врач-детский хирург, онколог хирургического отделения

БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»

*Болезнь Пайра относится к одной из малоизученных патологий (аномалий развития) толстой кишки и ее связочного аппарата.*

**Ключевые слова:** болезнь Пайра, запоры, эндоскопическая методика

### Актуальность

Хронические запоры и абдоминальный болевой синдром до настоящего времени остаются актуальной проблемой детской гастроэнте-

рологии и хирургии. Они могут быть вызваны множеством причин как функциональной, так и органической природы. Хронические рецидивирующие боли в животе отмечаются у 10-

15% детей и подростков. Дети долгое время наблюдаются с диагнозом хронического гастроудоденита, дискинезии желчевыводящих путей и хронического колита, а лечение не всегда бывает эффективным. Часть из них попадает к детским хирургам поликлиник и стационаров с подозрением на острый аппендицит, некоторых оперируют. Однако и после аппендэктомии у части детей боли сохраняются.

В настоящее время известно, что причинами хронических болей в животе могут быть нарушение фиксации толстой кишки, в частности опущение поперечной ободочной кишки – трансверзоколоноптоз. По литературным данным, нарушение положения ободочной кишки встречается у 6,8-30% населения.

### История

Впервые это заболевание было описано в 1905 году немецким хирургом Эрвином Пайром как состояние, для которого характерны относительно высокое положение селезеночного изгиба с прочной его фиксацией, перерастяжение брыжейки с опущением удлиненной поперечной ободочной кишки вплоть до полости малого таза, формирование печеночного и селезеночного перегибов, что сопровождается симптомокомплексом хронических запоров и периодических немотивированных болей в животе.

### Причина

Причины развития запоров: врожденная предрасположенность к слабости связочного аппарата внутренних органов вследствие дисплазии соединительной ткани, врожденной неполноценностью коллагена, что при условии снижения тонуса мышц брюшной стенки способствует опущению удлиненной поперечной ободочной кишки, которая с течением времени прогрессирует. Отмечается сочетание данной патологии с другими пороками развития кишки (долихосигма, первичный мегаректум) и почек (удвоение, агенезия).

Причиной возникновения запоров при болезни Пайра считают сформированное препятствие для прохождения каловых масс и газов чаще в селезеночном углу (либо/и печеночном углу) ободочной кишки и её функциональную несостоятельность (рисунок 1).

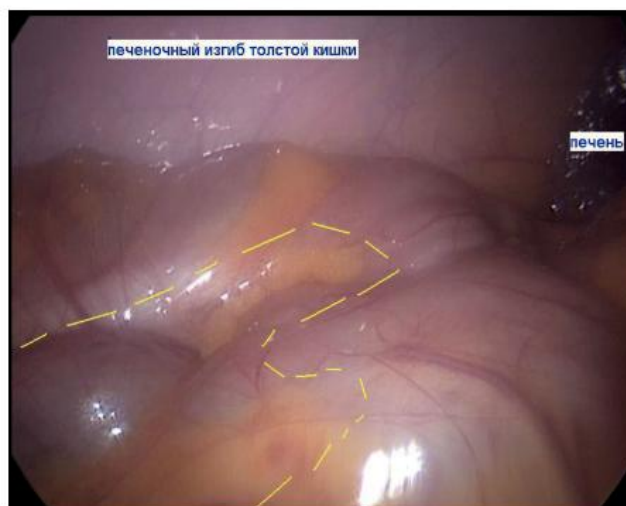


Рис. 1.

Боли при болезни Пайра возникают вследствие перерастяжения слепой, восходящей и поперечной ободочной кишки каловыми массами и газом; усиления перистальтики толстой кишки, которое сопряжено с натяжением чувствительных волокон брыжейки; раздражением неврином, развивающихся в спайках. Боли также могут быть спровоцированы ишемией тканей кишечной стенки при перегибах и сдавлениях сосудов в составе брыжейки кишки (рисунок 2).



Рис. 2.

### Классификация и клиника

Клиническими симптомами заболевания является абдоминальный синдром и хронический толстокишечный стаз. Вследствие чего выделяют две основные формы заболевания: болевую и констипационную, в зависимости от преобладания симптоматики. Необходимо также выделить пограничную или смешанную форму заболевания. Выделяют следующие стадии течения: компенсации, субкомпенсации и декомпенсации.



Диагностика болезни Пайра у детей представляет определенные трудности, поскольку отсутствуют патогномичные симптомы заболевания. Запоры как начальный симптом заболевания встречается у  $\frac{1}{4}$  больных, а в целом ими страдают более  $\frac{1}{2}$  больных, чаще дети старшей возрастной группы. Упорные запоры длительностью от 2 до 5 суток наблюдали у 87% детей с болезнью Пайра (Куш Н.А. и соавторы). Длительная задержка каловых масс в кишечнике приводит к развитию хронической эндогенной интоксикации, что проявляется снижением аппетита, тошнотой, рвотой, головной болью, раздражительностью. Боли как начальный симптом встречается более чем у  $\frac{2}{3}$  детей, локализуются в правой половине живота и в гипогастрии, носят постоянный ноющий характер, усиливаются в вертикальном положении тела, при физической нагрузке и после обильного приема пищи. С течением времени боли усиливаются вследствие присоединения хронического воспалительного процесса в стенке кишки и брыжейке. Лабораторные показатели могут быть тому подтверждением и являются отражением степени компенсации процесса.

### **Методы исследований**

Основными методами диагностики при болезни Пайра является рентгеноконтрастная ирригография (в горизонтальном и вертикальном положении тела) и радиоизотопная диагностика. Рентгенологическая картина ирригографии при болезни Пайра специфична: поперечная ободочная кишка провисает до уровня входа в малый таз в виде гирлянды между высоко фиксированными селезеночной и печеночной кривизной. Печеночная кривизна может также быть несколько опущена. Видны перегибы в области печеночного и селезеночного углов, эктазия и сглаженность гаустрации слепой и восходящей кишки. Радиоизотопное изучение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки с использованием коллоидного раствора золота (Аргентум 198) нами не проводилось и основано на возможности регистрации эвакуаторной функции в динамике, длительности стаза в различных участках кишки.

### **Лечение**

В лечении болезни Пайра у детей применяют консервативные и хирургические методы.

Консервативная терапия включает в себя диетическое питание (назначение высококалорийной пищи), рациональное применение слабительных средств, витаминотерапию, антиспастические лекарственные препараты, физиотерапия, лечебная физкультура, массаж, санаторно-курортное лечение. По данным литературы, при использовании комплекса консервативных мероприятий стойкий положительный эффект достигался не более чем в 25% случаев наблюдений при условии четкого соблюдения предписанных условий жизни. В остальных случаях требовались регулярные повторные курсы терапии с незначительным улучшением состояния.

### **Показания для оперативного лечения**

1. Прогрессирование нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.
2. Прогрессирование болевого абдоминального синдрома и интоксикации.
3. Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии в течение 6-12 месяцев.

В настоящий момент разработано несколько способов хирургической коррекции данного порока развития кишечника. Методика фиксации толстого кишечника с сохранением целостности кишки (например, подвешивание и фиксация флангов толстой кишки за лоскуты большого сальника к задней брюшной стенке). Методика с резекцией избытка поперечной ободочной кишки с наложением прямого анастомоза и фиксацией.

Основные учитываемые нами принципы в хирургическом лечении детей с данной патологией – это особенности растущего организма и понимание того, что весь симптомокомплекс спланхноптоза (болезни Пайра) вызван в большей мере механическими условиями, а значит, устранить его можно только механическим путем.

Поэтому нами применяется эндоскопическая методика лечения данной патологии – лапароскопическое низведение селезеночного угла ободочной кишки путем рассечения связок его фиксирующих (ободочно-диафрагмальной, ободочно-селезеночной и частично ободочно-желудочной) (рисунок 3).

### **Материалы и методы**

На базе Нижневартговской окружной клинической больницы за период 2013 по 2019 годы проведено обследование и лечение 12 детей





Рис. 3.

(9 девочек и 3 мальчика) с болезнью Пайра. Преобладание лиц женского пола соответствует литературным данным. Возраст больных составил от 8 до 17 лет. Большая часть пациентов была детьми старшего школьного возраста. Диагностика болезни Пайра проводилась на совокупности данных анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования. Спектр инструментальных методов исследования включал ирригографию, сонографию, колоноскопию, электрокардиографию и некоторые другие методы исследования (например, ФГДС) по индивидуальным показаниям.

Все пациенты по завершению обследования были прооперированы. Все дети находились под наблюдением педиатра и гастроэнтерологов на протяжении 3-11 лет. Заболевание началось, как правило, постепенно, с медленным нарастанием симптоматики. Жалобы на повторяющиеся боли в животе и/или задержку стула были поводом для неоднократных госпитализаций в хирургическое и гастроэнтерологическое отделения. Пациенты обследовались, получали курсы консервативной терапии по поводу различных заболеваний гастроэнтерологического профиля, хронических запоров; однако комплексное лечение было неэффективным, либо приводило к кратковременному улучшению состояния с последующим быстрым возвращением всех симптомов. Конституционной формой болезни Пайра страдали 4 ребенка, для них болевой абдоминальный синдром был не характерен. С болевой формой заболевания дети не встречались. Чаще других мы наблюдали пациентов со смешанной формой заболе-

вания, их было восемь (наряду с нерегулярным стулом возникали периодические абдоминальные боли). Задержка стула и болевой синдром существенно ограничивают физическую активность детей, ухудшают общее состояние и настроение с прогрессированием этих явлений с течением времени.

4 детей оперированы с лапароскопически-ассистированной резекцией избытка поперечной ободочной кишки с наложением прямого анастомоза и фиксацией средней трети (место анастомоза) поперечной ободочной кишки к собственной брыжейке и желудочно-ободочной связке. Ранний послеоперационный период протекал с явлениями анастомозита, разрешившегося консервативным путем у 2-х пациентов. 8 пациентам выполнена лапароскопическая мобилизация и низведение селезеночного угла поперечной ободочной кишки путем рассечения связок без дополнительной фиксации толстой кишки (рисунок 4). У всех детей энтеральная нагрузка была начата в конце 1 послеоперационных суток, пассаж по кишечнику полностью восстановился на 4-5-е сутки. Срок катамнеза в настоящее время составил от 6 мес. до 1 года. У всех больных (кроме 1 девочки) отмечен стойкий клинический положительный эффект. Девочка 17 лет через год после оперативного лечения вновь госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение с клинико-рентгенологической картиной субкомпенсированного течения смешанной формы болезни Пайра (выполнялся контроль ирригографии). Ей проведена комплексная консервативная терапия с положительным эффектом, но

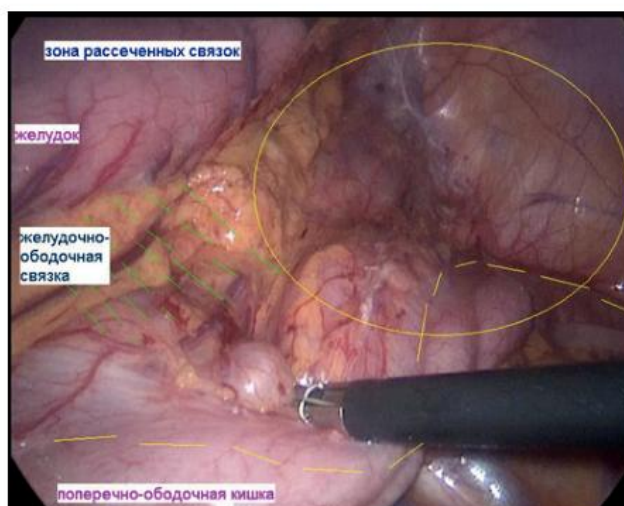


Рис. 4.

по всей вероятности потребуются оперативное пособие с более широким спектром хирургических действий (резекция толстой кишки).

**Выводы**

1. Диагноз болезни Пайра является клинко-рентгенологическим и требует индивидуально-го подхода в лечении, включая эффект от проводимой консервативной терапии и тенденции к хирургической коррекции порока развития толстой кишки.

2. Показания для хирургического лечения у детей и степень хирургической агрессии должна учитывать особенности растущего организма. Изолированное рассечение связок и низведение селезеночного (печеночного) угла толстой кишки при болезни Пайра у детей может явиться оптимально эффективным вмешательством.

3. Хирургическое вмешательство с использованием эндовидеоскопических технологий может являться операцией выбора у детей с болезнью Пайра, минимизирует травму, сокраща-

ет время операции, требует усовершенствования и наработки клинического материала.

**Литература**

1. Музалев, А.А. Болезнь Пайра у детей (клиника, диагностика, лечение): автореферат диссертации. – Ростов-на-Дону, 1991.
2. Смирнов, А.Н., Дорофеева, Е.И., Чундокова, М.А., Залихин, Д.В. Болезнь Пайра у детей. // Детская хирургия. – 2004. – № 3. – С. 41.
3. Смирнов, А.Н., Дорофеева, Е.И., Жаров, А.Р., Маннанов, А.Г., Залихин, Д.В., Чундокова, М.А. Принципы диагностики и хирургического лечения болезни Пайра у детей. // Детская хирургия. – 2007. – № 1. – С. 10.
4. Комиссаров, И.А., Игнашов, А.М., Комаров, К.М. Хронические боли в животе у детей. Возможные причины и лечение. // Детская хирургия. – 2006. – №3. – С. 19.
5. Хирургия живота и промежности у детей: атлас // Под ред. А.В. Гераськина, А.Ф. Дронова, А.Н.Смирнова – М: ГЭОТАР-Медиа, 2012. .  
© Галица В.В., Назарова И.М., Лёвочкин С.П., Мунасипов Р.Н., Фролов Е.А., 2020

УДК 617-089-053.31:614.2

**НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ОПЕРАТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В БУ «СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» (РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЗА 2008-2019 ГГ)**

**Белоцерковцева А.Д.,**  
д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии  
Сургутского государственного университета,  
главный врач БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»  
**Присуха И.Н.,**  
заведующий отделением неонатальной хирургии  
БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»  
**Абулгазин С.Г.,**  
ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии  
Сургутского государственного университета;  
заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных  
БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»  
**Лизин К.А.,**  
врач-детский хирург, врач-эндоскопист, врач – детский уролог-андролог  
БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»  
**Фатеева А.В.**  
врач-офтальмолог БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»

*В статье представлены результаты лечения 689 новорожденных детей, которым выполнено 1097 различных оперативных вмешательств, в соответствии с хронологическими вехами становления хирургической помощи новорожденным в неонатальном блоке университетской клиники за 12-летний период.*



*Модель работы перинатального центра, включающего подразделение детской хирургии, позволяет снизить летальность при врожденных пороках развития и приобретенной абдоминальной патологии, а также проводить элективную хирургическую реабилитацию недоношенных детей на этапах выхаживания при ежегодной госпитализации и хирургическом лечении 90-130 новорожденных пациентов.*

**Ключевые слова:** перфорации кишечника, диагностическая лапароскопия у недоношенных, элективная оперативная реабилитация недоношенных на этапах выхаживания, симультантные операции у недоношенных детей, снижение летальности

## **Введение**

В периоде родоразрешения и в течение первого месяца после рождения уровни младенческой смертности являются самыми значительными. Повышению младенческой смертности могут способствовать врожденные пороки развития [1; 2].

Частота пороков развития, выявляемых сразу после рождения, варьирует от 2,5 до 4,5% [3, 4] и в 25-30% причиной смерти являются именно врожденные мальформации [3 -5].

Неуклонно растет количество пациентов с низкими гестационными сроками и малой массой тела при рождении, достигающее 0,5% от всех родившихся детей [6].

Особую актуальность получили диагностика и хирургическое лечение перфорации кишечника у незрелых детей, уровень летальности при которых достигает 40-80% [7; 8].

Пациенты, требующие оперативного лечения в раннем неонатальном периоде, относятся к группе высокого риска по развитию инфекционных осложнений [9; 10].

По мере решения задачи спасения жизни новорожденных детей, все более актуальной становится проблема улучшения качества их жизни, включая недоношенных детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении [11]. На этапы выхаживания крайне незрелых пациентов хронологически проецируются сроки оперативной коррекции состояний и заболеваний, угрожающих инвалидизацией (ретинопатия недоношенных, постгеморрагическая гидроцефалия, неврипавимая паховая грыжа и пр).

Только комплексным решением множества специфических проблем новорожденных, и, тем более недоношенных детей, возможно достижение прогресса в результатах лечения хирургических состояний и выхаживания этой группы пациентов [12].

Цель работы: представление результатов работы отделения неонатальной хирургии в уни-

верситетской клинике БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» (СКПЦ).

## **Материалы и методы**

История становления специализированной хирургической помощи новорожденным детям в Сургутском клиническом перинатальном центре охватывает период времени чуть больше десятилетия.

В 2008-2012 годах на базе ОРИТН организована и начала работу группа хирургов-неонатологов и анестезиологов-реаниматологов-неонатологов, подготовленных по «хирургии новорожденных» в передовых учреждениях нашей страны.

В первые годы для неотложных вмешательств у недоношенных пациентов были использованы реанимационные места, на которых оказывалась ургентная помощь при некротизирующем энтероколите (НЭК), при спонтанной перфорации кишечника (СПК), при открытом артериальном протоке (ОАП) и при гастрошизисе.

Отделение неонатальной хирургии (ОНХ) развернуто в 2013 году, что явилось основой в организации специализированной помощи новорожденным детям. Специалисты отделения прошли обучение на стажировках в университетских клиниках Германии.

Для осуществления профильной маршрутизации беременных с выявленными пороками развития плода, в состав пренатального консилиума включены детский уролог, кардиохирург, хирург-неонатолог.

Развитию неонатальной хирургии способствовало выделение и оснащение детских операционных; появилась возможность работы в двух операционных, оснащенных прекрасным инструментарием, шовным материалом, современной оптической и электрохирургической аппаратурой, инструментами и эндовидеохирургическим комплексом («Karl Storz»).

К анестезиологическим пособиям привлечены наиболее опытные специалисты. Все



оперативные вмешательства у новорожденных выполняются одной хирургической бригадой. В необходимых случаях привлекаются узкопрофильные специалисты.

### Результаты и обсуждение

В бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» за 2008-2019 годы родилось живыми 99783 детей, из них 7,07% (n=7057) недоношенных.

За 2008-2012 годы (до открытия ОНХ) в 1 периоде – количество недоношенных детей составляло 4,83% (n=1818) из 37564 живых новорожденных; в хирургической помощи нуждались 154 пациента, из которых недоношенные и крайне незрелые составили 37,66% (n=58), им выполнено 187 операций.

Во 2 периоде (2013-2019 гг) начало работы ОНХ оказалось своевременным, так рождаемость выросла: на конец 2017 года (за равнозначный 5-летний период) родилось 45552 живых новорожденных, что в 1,21 раза больше, чем за 5 лет первого периода; количество недоношенных детей увеличилось в 2,88 раза и составило 8,42% (n=5239) из 62219 (на 31.12.2019 года). Значительно возросли потребности в плановой и экстренной хирургической помощи этому контингенту пациентов.

На протяжении обозреваемого времени отмечен рост оперативной активности: с открытием ОНХ хирургическая помощь оказана 535 детям, в том числе – 341 недоношенным, что составило 63,73%; было выполнено 910 различных оперативных пособий.

Таким образом, за обозреваемый 12-летний период обобщены результаты лечения 689 новорожденных детей с различными врожденными пороками развития и приобретенными состояниями, которым было выполнено 1097 различных оперативных вмешательств. При достаточном объеме выборки клинических исследований расчёты проведены с помощью калькулятора. Тест на нормальность распределения не проводился в связи с большим количеством качественных данных.

Учитывая результаты работы пренатального консилиума, оперативная работа с пороками развития у новорожденных имеет условно-плановый характер.

Атрезия пищевода. За 12 лет прооперированы в клинике 20 пациентов (1-3 ежегодно), большинство из них – с дистальным трахеопищеводным свищем. Пользуемся преимуществами внеплеврального доступа к средостению и выполняем первичный эзофагоэзофагоанастомоз и дренированием средостения. В случаях значительного натяжения в зоне анастомоза использовали пролонгированную миорелаксацию. «Калибровочное» бужирование по струне выполнено всем пациентам.

В двух случаях значительный диастаз препятствовал выполнению анастомоза; из них у одного пациента – видоизмененная попытка элонгации пищевода по Kimura не была завершена из-за развившихся септических осложнений, от которых пациент умер. У другого ребенка процедура Foker позволила спустя 7 суток выполнить анастомоз. К нашему сожалению, несмотря на функционирование анастомоза, пациент с множественными пороками развития умер впоследствии (в сроки более 3 месяцев после операции) на базе другого лечебного учреждения.

В течение 1 периода (2008 – 2012) выполнялась коррекция этого порока 3 пациентам, из которых 1 умер (летальность 33,3 % за период); во втором периоде пролечено 17 детей, 2 умерло (летальность 11,76% за период); общая летальность при атрезии пищевода составила 15%.

При высокой степени ответственности за результат, в связи с малым количеством пациентов, торакоскопические операции не проводили.

Дуоденальная непроходимость. За весь обозреваемый период оперировано 22 ребенка. В качестве оперативного решения при атрезии двенадцатиперстной кишки использован «diamond-shaped» ромбовидный анастомоз по Kimura, при синдроме Ледда – операция, названная именем автора. Осложнений и летальности не было. Перспективы внедрения лапароскопических технологий ограничены из-за более высокого риска возможных осложнений, по сравнению с «открытой хирургией» [19].

Врожденная тонкокишечная непроходимость (пороки развития тощей и подвздошной кишок). Оперативное лечение выполнено 17 пациентам, большинство из них (64,7%;

n=11) – с атрезией подвздошной кишки. Предпочтительно использовано наложение адаптированного межкишечного анастомоза. В случаях со значительной разницей диаметров анастомозируемых сегментов применялось двухэтапное оперативное лечение; на 1 этапе выполняли первичный Т-образный анастомоз и проксимальную энтеростомию (по Santulli), на 2 этапе – закрытие энтеростомы [20]. Осложнений и летальности не было.

Пороки развития толстой кишки, болезнь Гиршпрунга и аноректальные пороки (n=18); в большинстве случаев 66,6% (n=12) – атрезии ануса и прямой кишки. При низких атрезиях ануса и прямой кишки выполняли заднюю сактальную аноректопластику (PSARP). При высоких атрезиях первичные аноректопластики не выполняли, всем пациентам наложена колостома (anus praeternaturalis) [21]. После полного обследования радикальная операция и закрытие колостомы осуществлялись на других этапах оказания помощи – НОДКБ (г. Нижневартовск), ГКДБ №13 им Н.Ф.Филатова, РДКБ (г. Москва).

Омфалоцеле и гастрошизис. В этой группе оперировано 38 пациентов, из них гастрошизисом страдали 29 и омфалоцеле – 9. Хирургическая тактика сходна в случаях висцеро-абдоминальной диспропорции и заключается в этапном лечении с применением временной аллопластики (силопластики) передней брюшной стенки [22]. У 7 пациентов с гастрошизисом диагностированы сочетания с атрезией тонкого кишечника; для их лечения использовали Т-образное анастомозирование с проксимальной энтеростомой по Santulli. Два из 7 пациентов имели множественные атрезии тонкого кишечника, эти дети перенесли вынужденные субтотальные резекции кишечника и впоследствии умерли в отдаленном периоде по причине осложнений синдрома короткой тонкой кишки. Таким образом, летальность при гастрошизисе составила 6,89%, а в группе пациентов сочетания гастрошизиса с атрезией тонкой кишки – 28,57%. Методику Bianchi (безнаркозного погружения органов в брюшную полость) не используем.

Диафрагмальные грыжи диагностированы у 30 детей, из них 5 умерло, не дожив до операции, с высокой степенью легочной гипертензии, в том числе с полным отсутствием правого

или 2 куполов диафрагмы. Антенатально порок был диагностирован у всех, но будущие матери приняли решение вынашивать беременность в любом случае.

В оперативном лечении врожденной диафрагмальной грыжи нами внедрен торакоскопический метод оперирования [23], который мы использовали в 44% (n=11) случаях; в 18,18% (у 2 из них) произошел рецидив грыжи в отдаленном периоде – через 10 месяцев. Одна пациентка после торакоскопической операции внезапно умерла на 8 сутки при нарастании сердечно-сосудистой недостаточности (на секции – фиброэластоз миокарда). Оперированные традиционным способом дети выжили все, хирургических осложнений не было.

По поводу острых абдоминальных заболеваний неотложная хирургическая помощь потребовалась 19,01% (n=131) новорожденным из числа всех оперированных младенцев; из них – при некротизирующем энтероколите (НЭК) у 46,56% (n=61) детей, при мекониевом илеусе недоношенных у 24,42% (n=32) пациентов. Спонтанная перфорация кишечника (СПК) произошла в 17,55% (n=23) случаев, и у 11,45% (n=15) недоношенных детей выявлена нейромышечная дисплазия.

Перечисленные заболевания и состояния проявляются перфорациями кишечника и угрожают жизни недоношенных детей. В нашем исследовании с использованием гамма-корреляции достоверно подтверждена взаимосвязь (значима при  $p < ,05000$ ) между перфорацией кишечника и неблагоприятным исходом при выхаживании недоношенных детей.

За 1 период (2008-2012 гг) при заболеваниях, угрожающих перфорацией кишечника, оперативное лечение проведено 34 пациентам: по поводу НЭК – в 64,70% (n=22) случаев, при развитии СПК и при осложненном течении обструкции кишечника (мекониевом илеусе недоношенных) – оперированы по 17,64% (n= 6) недоношенных детей.

В указанном периоде к вмешательствам у пациентов прибегали в случаях явных признаков перфорации полых органов или при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии. Спектр оперативных пособий включал в себя: лапароцентез; лапаротомию с резекцией пораженных участков кишечника и двойной концевой энтеростомией. Неодно-

кратно приходилось выполнять программированные релапаротомии (по типу «second look») в случаях обнаружения сомнительной жизнеспособности протяженной части кишечника, либо при обширном «мозаичном» поражении.

С началом работы ОНХ концептуально изменилась хирургическая тактика: если при клинической и лабораторной верификации НЭК выявлялись лучевые признаки поражения кишечника до перфорации полого органа - стабильное состояние пациента стало расцениваться нами как «окно возможностей», в котором и предоставлялся единственный шанс, когда экстренное оперативное вмешательство является показанным и своевременным. В этот период времени начали активно использовать лапароскопию в качестве диагностического метода; визуально оценивая состояние кишечника, мы убедились в оправданности этого тактического нововведения. Первая операция диагностическая лапароскопия (ДЛС) выполнена в «светлом» клиническом промежутке, по достижении эффекта от интенсивной терапии, при клинико-лучевых и лабораторных критериях НЭК II б ст (по M.C. Walsh, R.M. Kliegman) - выявлено полнослойное поражение подвздошной кишки в состоянии предперфорации; во втором случае - изолированный деструктивный процесс в червеобразном отростке. В указанных клинических ситуациях, без полученных с помощью ДЛС сведений о состоянии стенки кишки или appendix, не вызывало бы сомнений продолжение консервативного лечения (с неопределенным прогнозом). За период активного использования (в течение 6 лет) диагностическая лапароскопия выполнена у 19 недоношенных и крайне незрелых детей с подозрением на острую хирургическую патологию.

Выявлено 5 случаев изолированного деструктивного аппендицита. Признаки предперфорации кишечника при «прогрессирующем НЭК» потребовали конверсии у 5 детей; еще в 4 случаях диагностированы редкие острые процессы в брюшной полости, например: острая секторальная мезентериальная ишемия. У 5 детей при асците на фоне сепсиса - операция ДЛС завершена дренированием брюшной полости с положительным клиническим эффектом (лечебный контроль внутрибрюшного давления).

Таким образом, во 2 периоде избран активный тактический подход (отличный от рутинного), по которому проведение оперативных пособий до перфорации кишечника осуществлено у 55 (67,07%) детей с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

По разным причинам в 32,92% (n=27) случаев решение об операции принято после перфорации кишечной трубки.

Во 2 периоде (2013-2019 гг) по поводу заболеваний, угрожающих перфорацией кишечника, в хирургической помощи нуждались 96 пациентов: при НЭК - в 40,62% (n=39); при СПК - 17,70% (n=17), при обструкции кишечника - 27,08% (n=26) недоношенных младенцев.

Пациентов с нейромышечной дисплазией подвздошной кишки (НМД), которая клинически проявлялась псевдообструкцией подвздошной кишки, научились выявлять до перфорации только во 2 периоде - эти дети составили 15,62% (n=15) в когорте.

Определение на лапаротомии объемов поражения и границ резекции кишечника оказалось наиболее корректно во время операций до развития перфорации, независимо от причины заболевания, что в большинстве случаев позволяло избежать фатальных (по протяженности) резекций и повторных вхождений в брюшную полость.

В группе пациентов, которым операцию выполнили до развития перфорации, медиана выживания составила 24,4 суток, что почти в 2 раза больше по сравнению с группой оперированных по поводу перфоративного осложнения, в которой медиана выживания достигала только 13,5 суток. Коэффициент корреляции  $\gamma = 0,49$  p- 0,003. Относительный риск 2,99 (1,3-6,4 0,95 ДИ).

Количество пациентов, которым вынужденно осуществлены повторные операции (релапаротомии) в остром периоде заболеваний относительно снизилось по сравнению с результатами 1 периода - почти в 6 раз (с 20,58% до 3,65%,  $\varphi^*_{эмп} = 2,721$ ).

Наряду с тактическими отличиями в исследуемых группах реализованы и рациональные хирургические стратегии. Полученные тактические преимущества вмешательства до перфорации кишки способствуют завершению операции построением межкишечного Т-образного анастомоза открытого типа.



Такое стратегическое решение создает условия для восстановления полноценного энтерального питания в остром периоде заболевания (без дополнительной операции), что не могло не отразиться положительным образом на 180-дневной выживаемости недоношенных пациентов. Медиана выживания в группе, где использована стратегия рационального хирургического подхода (защищенный Т-образный анастомоз), составила 26,7 суток, по сравнению с контрольной группой (двойная концевая илеостомия), в которой медиана выживания едва достигала 11,2 суток.

В результате изменений хирургической тактики во 2 периоде достигнуто снижение летальности при состояниях, угрожающих перфорацией, более чем в 2 раза (с 45,45 % до 21,87%).

Кроме снижения летальности в отдельных группах оперированных пациентов, хирурги-неонатологи работают над вопросами активной реабилитации пациентов на втором этапе выхаживания, нацеленной на улучшение качества жизни выживших.

При последующем выхаживании «бывших» крайне незрелых детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении, работа по хирургической реабилитации начата спустя 4-6 недель с закрытия энтеростом у детей (ранее оперированы по ургентным причинам). Всего выполнено 78 операций закрытия энтеростом, что составляет 7,11% от числа всех операций. В 6,41% (n = 5) случаях развились прецеденты инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ). Летальности не было.

Внедрены и используются специализированные лечебные элективные вмешательства по направлениям: кардиохирургическое, нейрохирургическое и оперативная (лазерная) офтальмология, использование достижений которых позволяют осуществлять реабилитацию недоношенных пациентов на этапах выхаживания.

При гемодинамическом открытом артериальном протоке (ОАП) консервативное лечение привело к закрытию протока у 64,70% (n=99) детей, в случаях безуспешности консервативного лечения – 35,29% (n=54) пациентов потребовали торакотомии, клипирования ОАП. В 3,70% (n=2) случаях для полного клипирования протока прибегали к повторному вмешательству (через реторакотомию). Осложнений и летальности не было.

При полном соблюдении протокола офтальмологом выявлено 140 случаев ретинопатии недоношенных. По достижению детьми сроков 32-34 недель постконцептуального возраста (ПКВ), произошел спонтанный регресс при ретинопатии недоношенных у 38,57% (n=54) пациентов, лазер-коагуляция сосудов сетчатки глаз выполнена 61,80% (n=86) недоношенных детей. В результате проведенного лечения в 95,30% (n=82) случаев достигнут лазер-индуцированный регресс заболевания.

В возрасте, близком к 39-40 нед. ПКВ нередко становится актуальной элективная санация паховых грыж, которые приобретают клинические признаки осложненного течения, т.е. склонность к частым ущемлениям или бывают «невправимы» (у девочек – содержат гонады с риском нарушения кровообращения). Традиционные и лапароскопические герниопластики выполнены у 17,22% (n=57) «бывших» недоношенных детей (большая часть которых – 56,14% (n=32) с двух сторон). Осложнений и летальности не было. Количество рецидивов достигло 8,77% (n=5) при лапароскопическом методе оперирования.

При прогрессировании гидроцефалии 5,13% (n=17) детей перенесли шунтирующие вмешательства.

Часть специализированных вмешательств проведены симультантно под одним наркозом у 7,55% (n=25) детей.

### Заключение

Маршрутизация пациентов и организация работы специализированной хирургической службы, внедрение инновационных диагностических и лечебных методов и технологий, использование передового научно-практического опыта дают возможность значительно улучшить качество лечения врожденных пороков развития и хирургических заболеваний у новорожденных пациентов в условиях перинатального центра.

Анализ структуры хирургической патологии у новорожденных детей в нашем регионе, контроль результатов их лечения и выхаживания, помогут при долгосрочном планировании (объемов работы и потребностей оснащения и кадрового обеспечения, выбора путей маршрутизации при редко встречаемой патологии).

## Литература

1. Байбарина, Е.Н., Дегтярев, Д.Н., Кучеров, Ю.И., Жиркова, Ю.В., Хаматханова, Е.М., Подуровская, Ю.Л., Дорофеева, Е.И. Совершенствование ранней хирургической помощи детям с врожденными пороками развития. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2011. – №2. – С.12-19.
  2. Аксельров, М.А., Карпова, И.Ю., Пятилышнова, О.М. Снижение младенческой смертности от врожденной патологии путем развития хирургии новорожденных. // Медицинская наука и здравоохранение Урала. – 2018. – Т.19. – №4(96). – С.118-122.
  3. Барашнев, Ю.И., Бахарев, В.А., Новиков, П.В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей: Путеводитель по клинической генетике. – М.: Триада Х, 2004. – 560 с.
  4. Исаков, Ю.Ф., Кулаков, В.И., Кучеров, Ю.И. Врожденные пороки развития: пренатальная диагностика и новая концепция оказания помощи новорожденным. // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т.6. – №3. – С.15-17.
  5. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Гинекология. – 2007. – Т. 9. – №1. – С. 7-9.
  6. Байбарина, Е.Н. Клинические рекомендации по уходу за новорожденными с экстремально низкой массой тела при рождении / Е.Н. Байбарина, А.Г. Антонов, А.А. Ленюшкина // Вопросы практической педиатрии. – 2006. – № 4. – С. 96-101.
  7. Horbar, J.D. Mortality and neonatal morbidity among infants 501 to 1500 grams from 2000 to 2009 / J.D. Horbar, J.H.Carpenter, G.J.Badger, [et al.] // Pediatrics.- 2012. - 129: P. 1019–1026. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3028>
  8. Rees, C.M. National prospective surveillance study of necrotizing enterocolitis in neonatal intensive care units / C.M. Rees, S. Eaton, A. Pierro // J. Pediatr. Surg.-2010.- 45: P. 1391–. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2009.12.002
  9. Кучеров, Ю.И., Жиркова, Ю.В., Хаматханова, Е.М., Подуровская, Ю.Л., Дорофеева, Е.И., Морозов, Д.А. Оказание хирургической помощи детям с пороками развития на базе перинатального центра. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2011. – № 2. – С. 9-14.
  10. Исаков, Ю.Ф., Володин, Н.Н., Гераськин, А.В. // Неонатальная хирургия. – М.: Династия; 2011. – 680 с.
  11. Организация медицинской помощи новорожденным в Российской Федерации с точки зрения соответствия современным перинатальным технологиям: Руководство по организации и деятельности перинатального центра / Под ред. Н.Н. Володина, В.И. Кулакова, Р.А. Халфина. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2007. – 472 с.
  12. Морозов, Д.А., Пименова, Е.С., Горемыкин, И.В., Филиппов, Ю.В., Городков, С.Ю., Антонов, М.А., Дерюгина, Л.А., Свиридов, Н.Н., Чухрова, Н.С. Организация хирургической помощи новорожденным (результаты и пример региональной модели) // Детская хирургия. – М. – т. 19. – № 4. – 2015. – С. 36-41.
- © Белоцерковцева Л.Д., Присуха И.Н., Абулгазин С.Г., Лизин К.А., Фатеева А.В., 2020

**ВЫБОР ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ У МУЖЧИН****Урываев Ю.М.,**

к.м.н., врач-уролог

БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

**Шелудько С.В.,**

врач-уролог

БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

*Стриктура уретры – полиэтиологическое обструктивное поражение мужского мочеиспускательного канала. Сущность заболевания заключается в сужении диаметра просвета вплоть до полной облитерации мочеиспускательного канала за счет рубцовых изменений тканей его стенки. Лечение стриктуры уретры – задача сложная, требующая точной предоперационной оценки и тщательного выбора метода хирургического вмешательства.*

**Ключевые слова:** стриктура уретры, бужирование уретры, уретропластика

За последние 5 лет (с 2015 по 2020 гг.) в урологическом отделении Сургутской окружной клинической больницы получили лечение 49 пациентов со стриктурой мочеиспускательного канала. Из них 35 (67,3%) больным выполнено малоинвазивное вмешательство в объеме оптической уретротомии. У 27 из 35 пациентов стриктуры расценены как первичные и короткие, около 1 см, имели преимущественно воспалительную природу и локализовались в средней и дистальной третях луковичного сегмента. У остальных 8 пациентов стриктура была рецидивной (семи из них уже по одному разу выполнялись аналогичные операции, а еще одному больному – дважды). В 7 наблюдениях длина суженного сегмента не превышала 2 см, а сами сужения локализовались в пенильной уретре и дистальном отделе луковицы. Еще у одного пациента выявлена протяженная (более 4,5 см) стриктура перепончатого и простатического сегментов. Причиной ее возникновения оказалась операция аденомэктомия простаты без дренирования уретры катетером. Именно ему дважды выполнялись безуспешные попытки оптической уретротомии. При одновременной ретро- и антеградной уретрографии виден дефект задней уретры, длиной более 4,5 см. Настойчивое желание больного достичь положительного результата лечения именно с помощью малоинвазивного способа стало определяющим для первоначального включения его в эту группу (рисунок 1).



Рис. 1. Ретро- и антеградная уретрография

Как видно из таблицы 1 в 22 (62,8%) случаях удалось достичь положительного эффекта от вмешательства: восстановилось адекватное мочеиспускание, уретра стала свободно проходимой для бужа № 24 Ch, перестала определяться остаточная моча. У 4-х больных также восстановилось мочеиспускание без остаточной мочи при проходимости уретры для бужей № 18-20 Ch, но с необходимостью поддерживать достигнутый эффект бужированием канала с периодичностью 1 раз в 2-3 месяца. У остальных 9 (25,7%) пациентов спустя, в среднем, 3-4 недели, а у вышеупомянутого больного со стриктурой простатического отдела – на



второй день, после операции развились и усилились обструктивные симптомы при микции вплоть до острой задержки мочеиспускания.

Эти 9 и еще 14 других пациентов, в общей сложности 23 больных, стали кандидатами для радикального лечения. Кроме одного уже упомянутого выше больного с длинной стриктурой перепончато-простатического отдела примерно у двух третей пациентов этой группы имелись протяженные сужения пенильно-

го и пенильно-бульбозного сегментов уретры. Среди них в 4 наблюдениях стриктуры губчатой уретры были субтотальными. Еще у одного мужчины имело место короткое сужение головчатой уретры. В подавляющем числе наблюдений этиологическими факторами возникновения сужений были длительная и не всегда атравматичная катетеризация мочеиспускательного канала, воспаление, в том числе, в 2 случаях с явными признаками склеротического лихена.

Таблица 1

**Результаты лечения больных со стриктурами уретры с помощью оптической уретротомии**

| Результат лечения   | Кол-во      | Число пациентов с первичной стриктурой |                  | Число пациентов с осложненной (рецидивной) стриктурой |                  |
|---|-------------|--|------------------|---|------------------|
|   |             | с короткой < 2 см                      | с длинной ≥ 2 см | с короткой ≤ 2 см                                     | с длинной ≥ 2 см |
|   |             | 27                                     | -                | 7   | 1                |
| Восстановление проходимости просвета уретры от 50 до 100% | 22 (62,87%) | 21                                     | -                | 1   | -                |
| Частичное восстановление ≤ 50%                            | 4 (11,42%)  | 3                                      | -                | 1   | -                |
| Рецидив   | 9 (25,71%)  | 3                                      | -                | 5   | 1                |
| Всего   | 35          | 27                                     | -                | 7   | 1                |

В таблице 2 представлены методики оперативных вмешательств в зависимости от клинической картины и их количество.

Операция Джордана при сужении пенильного отдела уретры выполнена 1 пациенту.

Методика Хольцова-Мариона хорошо известна. Нами оперировано 3 пациента, также с положительным исходом.

Способ Вэбстера чаще всего используется при поражении проксимального отдела бульбозной и дистального сегмента мембранозной уретры. При выполнении вмешательства в большинстве случаев возникает дефицит длины уретры после ее резекции свыше 3-4 см, для чего ее дополнительно мобилизуют, но не дистальнее подвешивающей связки пениса, а пещеристые тела разделяют по срединной линии на 4-5 см выше ножек пещеристых тел. Сделано нами 6 операций, из них в 4 случаях приходилось разделять кавернозные тела для

формирования безнатяжного анастомоза. В 5 наблюдениях достигнут положительный результат (в том числе, у пациента с протяженной стриктурой мембранозно-простатического отдела после аденомэктомии). У него в течение 3-4 месяцев наблюдалось незначительное недержание мочи при напряжении, которое затем ушло. Еще у одного больного спустя 3 месяца после операции стриктура рецидивировала. Причиной тому, по-видимому, послужила гематома промежности и ретциева пространства, диагностированная в раннем послеоперационном периоде и ликвидированная консервативно.

Для восстановления пенильной уретры нами выбрана методика Оранди. Оперировано 7 пациентов с хорошим исходом в плане восстановления проходимости уретры и скорости мочеиспускания. Четверо больных отмечали постмикционное выделение мочи из канала на

протяжении всего периода наблюдения с некоторой тенденцией к уменьшению дриблинга. У одного из них отмечен рост волос в уретре при уретроскопии. Следует сказать, что в этом наблюдении только во время операции удалось установить, что сужение распространялось до средней трети бульбозного сегмента уретры и для его устранения пришлось использовать кожу не только самого полового члена, но и мошонки, где уже имеется волосяной покров. По-видимому, в этих случаях следовало прибегнуть к более универсальным способам, таким как операция Маканинча или Кварти.

Шесть пациентов с длинными стриктурами, захватывающими пенильную и бульбозную сегменты уретры, четверо из которых имели субтотальное поражение губчатой уретры (дефект до 12 см), оперированы с использовани-

ем графтов из слизистой полости рта. Послеоперационный период у одного больного осложнился урогематомой операционной раны. Период наблюдения составил в среднем 1 год. Четверо пациентов избавлены от надлобкового отведения мочи, у них восстановлено самостоятельное мочеиспускание, проходимость уретры соответствовала 18-20 Ch (или составляла около трети просвета) на всем оперированном участке при отсутствии остаточной мочи. Лишь у 2 пациентов рецидивировала стриктурная болезнь, приведшая в одном случае (с урогематомой в раннем п/о периоде) к возобновлению отведения мочи по надлобковому дренажу, в другом – к необходимости периодического бужирования 1 раз в 3 месяца (с просветом уретры до бужирования менее 1 трети – буж 16-18 Ch).

Таблица 2

**Методики оперативных вмешательств в зависимости от локализации и распространенности стриктурного поражения мочеиспускательного канала**

| Методики вмешательств  | Локализация и протяженность стриктур   | Кол-во больных |
|--|--|----------------|
| Операция Джордана  | Сужение головчатой уретры (около 1,5 см)   | 1              |
| Операция Хольцова-Мариона  | Стриктуры до 2 см бульбозного отдела без выраженного спонгиоза                               | 3              |
| Операция Вэбстера  | Стриктуры бульбозной уретры с распространением на мембранозный отдел, длиной 3-4 см          | 6              |
| Операция Оранди  | Сужения пенильной уретры до 7-8 см   | 7              |
| Операция Барбагли<br>(в одном случае в сочетании с операцией Вэбстера) | Длинные стриктуры пенильной уретры 5-7 см (в 1 случае – два сужения: пенильной и бульбозной) | 2              |
| Операция Кулькарни   | Субтотальные стриктуры губчатой уретры до 10-12 см и больше                                  | 4              |

Результаты радикального оперативного лечения больных приведены в таблице 3.

Таблица 3

**Результаты радикального лечения**

| Результат лечения                         | Кол-во     | Число пациентов со стриктурами |            |
|---|------------|--------------------------------|------------|
|   |            | от 2 до 5 см                   | более 5 см |
|   |            | 9                              | 13         |
| Восстановление проходимости от 50 до 100% | 19 (86,4%) | 8                              | 11         |
| Частичное восстановление ≤ 50%            | 1 (4,5%)   | -                              | 1          |
| Рецидив                                   | 2 (9,1%)   | 1                              | 1          |
| Всего                                     | 22 (100%)  | 9                              | 13         |

Как видно из таблицы 3, восстановление акта мочеиспускания при похожих качественной и количественной его характеристиках, удовлетворяющих пациента, в том числе без остаточной мочи и проходимости уретры от 50% и больше, удалось достигнуть у 86,4% пациентов, что на четверть (62,87%) превышает эффективность оптической уретротомии, причем при гораздо более протяженных стриктурах.

Из приведенного собственного материала, в подтверждение данным литературы, следует, что несмотря на очевидную атравматичность, краткость пребывания в стационаре, сравнительно неплохие, в том числе и отдаленные результаты, использование оптической уретротомии следует ограничивать короткими неосложненными стриктурами спонгиозной уретры, отдавая предпочтение радикальному лечению осложненных, рецидивных и протяженных стриктур мочеиспускательного канала.

Для иллюстрации сказанного приведем клинический пример. Больной П., 64 лет, поступил в апреле 2017 года с постравматической короткой стриктурой бульбозной уретры, цистостомой от января 2016 г. (рисунок 2).



*Рис. 2 Ретроградная урография больного с постравматической короткой стриктурой бульбозного отдела уретры*

Ему выполнена оптическая уретротомия, восстановлено самостоятельное мочеиспускание, удалена цистостома. В ноябре 2018 года больной вновь госпитализируется в урологическое отделение уже с рецидивной стриктурой бульбозного отдела, протяженным сужением пенильной уретры с явлениями лихена и цистостомой. Тогда же производится аугментационная пластика уретры с использованием

слизистой рта dorsal onlay (операция Барбагли) плюс операция Вэбстера. Через 2,5 недели восстановлено самостоятельное мочеиспускание, сделана ретроградная уретрография (рисунок 3), свидетельствующая об удовлетворительной проходимости уретры.



*Рис. 3 Ретроградная уретрография после операции Барбагли плюс Вэбстера*

Больной А., 63 лет, поступил с диагнозом воспалительная субтотальная стриктура губчатой уретры, цистостома. Из анамнеза известно, что в молодом возрасте пациент болел гонореей, лечился. По имеющимся на то время критериям оценки достигнуто полное выздоровление. За год до госпитализации отмечал появление с нарастанием симптомов нижних мочевых путей. А около 5-6 месяцев до поступления возникла острая задержка мочеиспускания, в связи с чем была наложена цистостома. На ретро- и антеградной уретрограммах видна субтотальная стриктура губчатой уретры (проходимой для бужа 18 Ch оказался лишь самый дистальный 3-х сантиметровый сегмент канала) (рисунок 4).

Больному произведена операция Кулькарни, общая длина графтов составила около 14 см (материал для них забран с двух щек). На 17 день после операции удален уретральный катетер, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. На восходящей уретрограмме виден (рисунок 5) вполне удовлетворительный просвет уретры. Через 3 месяца сделано контрольное бужирование – уретра свободно проходима для бужа 18 Ch на всем протяжении.





Рис. 4 Субтотальная структура зубчатого отдела уретры



Рис. 5 Полное восстановление просвета уретры

Больной В, 45 лет с воспалительной стриктурой дистального отдела уретры. Выполнено восстановление уретры с использованием слизистой рта (по Асопа «dorsal inlay»). На 17 день после операции удален уретральный катетер, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. На рисунке 6 видна стриктура дистального отдела уретры до 4 см. Данному пациенту планируется контрольное рентген контрастное исследование в ближайшее время.



Рис. 6 Структура дистального отдела уретры

### Выводы

Таким образом, становится очевидным, что единственным патогенетически обоснованным методом лечения стриктур уретры является уретропластика. Однако сегодня не существует универсальной хирургической техники, приемлемой для различных видов стриктур, что обязывает урологов, занимающихся данной проблемой, владеть различными методами уретропластики и выбирать из их большого разнообразия наиболее подходящий вариант в соответствии с конкретной клинической ситуацией. Основным достоинством открытой хирургической коррекции стриктур уретры представляется значительно меньшая частота рецидивов заболевания по сравнению с альтернативными малоинвазивными методиками.

### Литература

1. Греченков, А.С., Глыбочко, П.В., Аляев, Ю.Г., Бутнару, Д.В., Безруков, Е.А., Винаров, А.З. и др. Факторы риска развития стриктур уретры и/или контрактуры шейки мочевого пузыря после монополярной трансуретральной резекции гиперплазии предстательной железы. // Вопросы урологии и андрологии. – 2017. – № 5(1). – С. 5-9. <https://doi.org/10.20953/2307-6631-2017-1-5-9>
2. Живов, А.В., Тедеев, Р.Л., Кошмелев, А.А., Карпович, А.В., Юдовский, С.О., Пушкар, Д.Ю.

- Результаты лечения и факторы риска рецидива ятрогенных стриктур уретры у мужчин. // Урология. – 2019. – № 5. – С.7-13. <https://doi.org/10.18565/urology.2019.5.7-13>
3. Sarier, M., Tekin, S., Duman, i., Yuksel, Y., Demir, M., Alptekinkaya, F., et al. Results of transurethral resection of the prostate in renal transplant recipients: a single center experience. World J Urol. 2018;36(1):99-103. <https://doi.org/10.1007/s00345-017-2094-5>
4. Rieken, M., Kaplan, S.A. Enucleation, vaporization, and resection: how to choose the best surgical treatment option for a patient with male lower urinary tract symptoms. Eur Urol Focus. 2018;4(1):8-10. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2018.04.020>

© Урываев Ю.М., Шелудько С.В., 2020

УДК 378.046.4

## ТРАЕКТОРИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шульгина И.В.,

аспирант,

ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина»

*В работе анализируется удовлетворенность последипломной подготовкой медицинских сестер психиатрического профиля.*

**Ключевые слова:** медицинская сестра психиатрического профиля, последипломное образование

Психическое здоровье населения относится к наиболее значимым социальным ценностям. В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция к распространению доли психических расстройств в общей структуре заболеваний. В результате этого существенное внимание уделяют качеству оказания медицинской помощи специалистами со средним медицинским образованием пациентам с психическими расстройствами.

Стержневым комплектом оказания медицинской помощи пациентам с патологическими состояниями, характеризующиеся нарушениями психической, интеллектуальной деятельности различной степени выраженности и эмоциональными расстройствами, является высокопрофессиональный уход, осуществляемый медицинскими сестрами, которые выявляют не только проблемы пациентов, но и оказывают помощь в адаптации к условиям жизни [1]. Медицинским сестрам психиатрического профиля принадлежит ведущая роль в реализации доступности и качества предоставляемых медицинских услуг пациентам [2,3].

Качество оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами

зависит не только от профессионализма медицинского персонала, но и от эффективности профессиональной подготовки, полученной в рамках последипломного образования, в рамках которого должны учитываться специфические особенности обучения взрослых [4]. Успешное совершенствование профессиональной компетентности на курсах повышения квалификации определяется многими компонентами, одним из которых является удовлетворенность учебным процессом, ориентированным на потребности практического здравоохранения. Возможности обучающихся являются ценным ресурсом, который следует развивать и использовать в рамках образовательного процесса. Это в свою очередь предопределяет выяснение ожиданий и удовлетворенности слушателей, что способствует вовлечению в учебный процесс и повышению учебной мотивации. Соответственно, удовлетворенность образовательным процессом медицинским работником представляет собой соотношение результатов повышения квалификации с заранее обозначенными требованиями к этим результатам. Без учета и удовлетворения запросов снижается качество последипломного обучения.



В связи с этим цель настоящего исследования - провести анализ удовлетворенности последипломной подготовкой медицинских сестер психиатрического профиля.

### Материалы и методы

Для получения информации было проведено исследование с 2017 по 2019 год, в котором приняли участие 185 медицинских сестры г. Липецка, работающих с пациентами психиатрического профиля. В соответствии с целью проведения социологического исследования была разработана анкета, содержащая вопросы о самообразовании, использовании полученных знаний на курсах повышения квалификации в практической деятельности, удовлетворенности качеством образования. В структуру

опросника были включены разделы, касающиеся возраста, стажа работы, имеющейся квалификационной категории. Респондентам предлагалось выбрать правильный, с его точки зрения, ответ из предложенных вариантов, дописать недостающую информацию и оценить степень согласия с предложенными утверждениями.

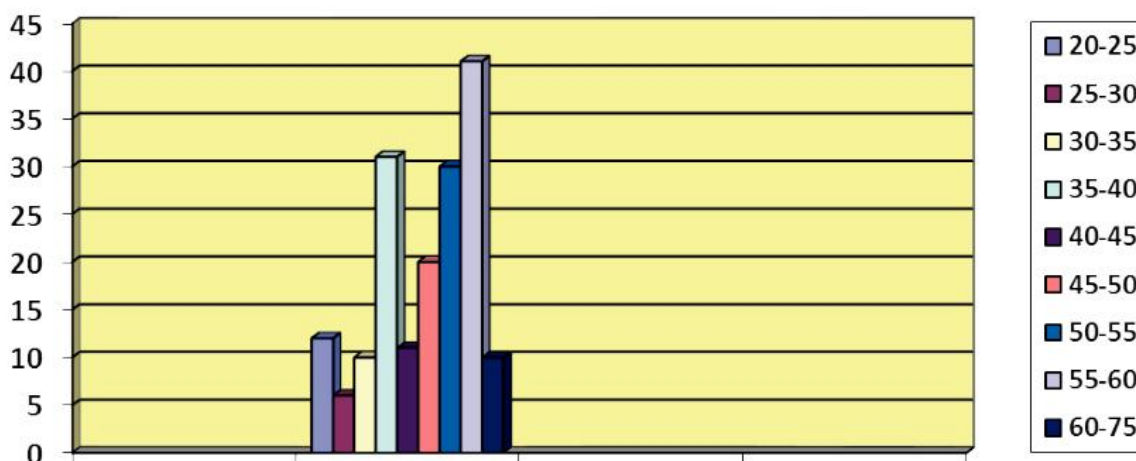
Обработка данных проводилась с помощью средств Microsoft Excel.

### Результаты и обсуждение

При анализе полученных данных, представленных в диаграмме 1, выявлено, что среди анкетированных, специальность по диплому «Сестринское дело» имеет 171 специалист со средневозрастной величиной – 42,5 лет.

Диаграмма 1

**Распределение респондентов по возрасту, специальность по диплому «Сестринское дело»**



Изучив данные диаграммы 2, можно сделать вывод, что специальность по диплому «Лечебное дело» имеют 14 человек, средний возраст которых составляет 41,4 года.

Анализ возрастного состава обучающихся по дополнительной профессиональной программе «Сестринское дело в психиатрии» показал, что основную часть респондентов составили слушатели со средним возрастом 46,2 года.

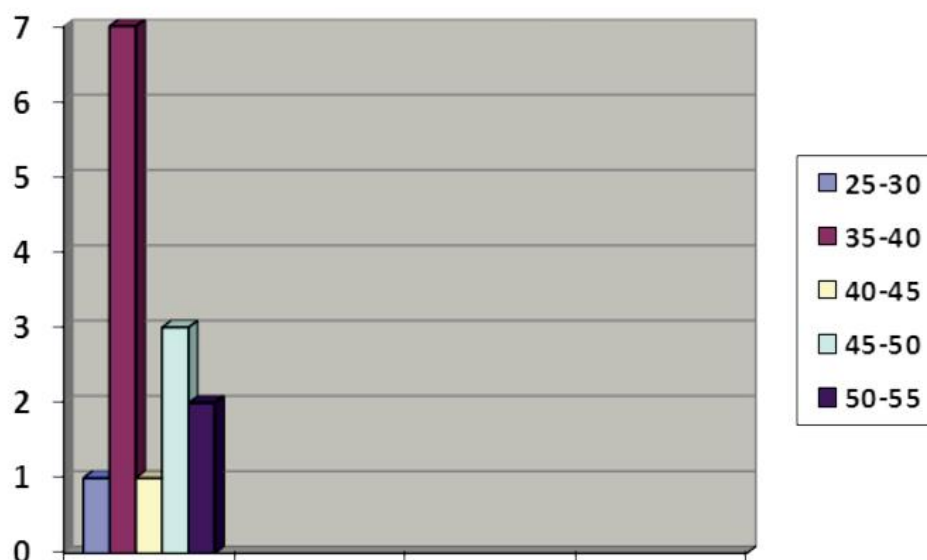
Объективность вышеуказанных результатов, полученных при обработке опросных листов, была подтверждена использованием статистической группировки данных по коли-

чественным признакам, а также с помощью построения интервального вариационного ряда с равными интервалами.

Одним из инструментов для мотивации персонала, отражающий профессионализм медицинских работников, является наличие квалификационной категории. Квалификационная категория подтверждает повышение персональной ответственности за выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой, вследствие этого является одним из показателей качества оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами.



Распределение респондентов по возрасту, специальности по диплому «Лечебное дело»

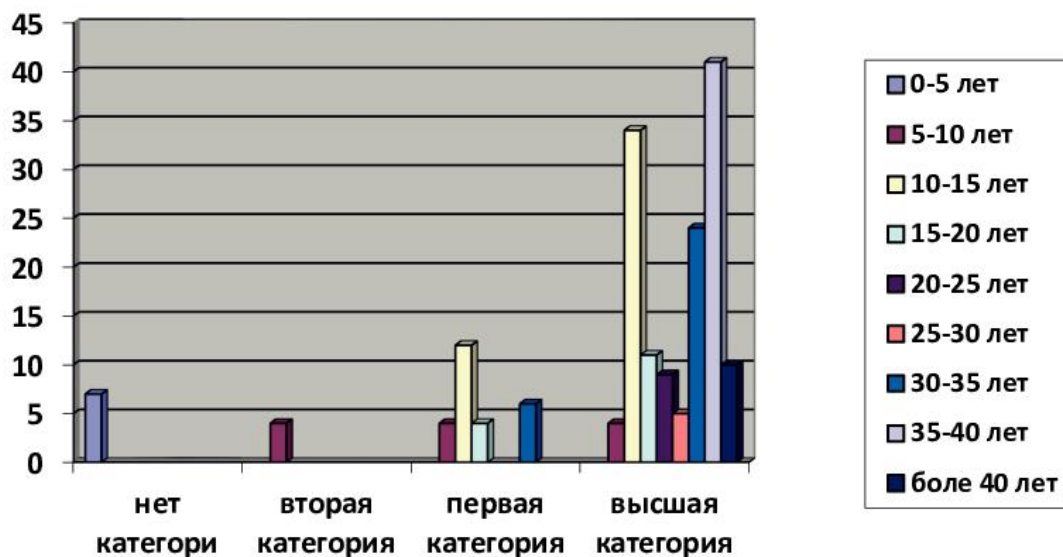


Проанализировав данные диаграммы 3, диаграммы 4, таблицы 1, можно сделать вывод, что уровень квалификации медицинских сестер достаточно высок, наиболее высокая

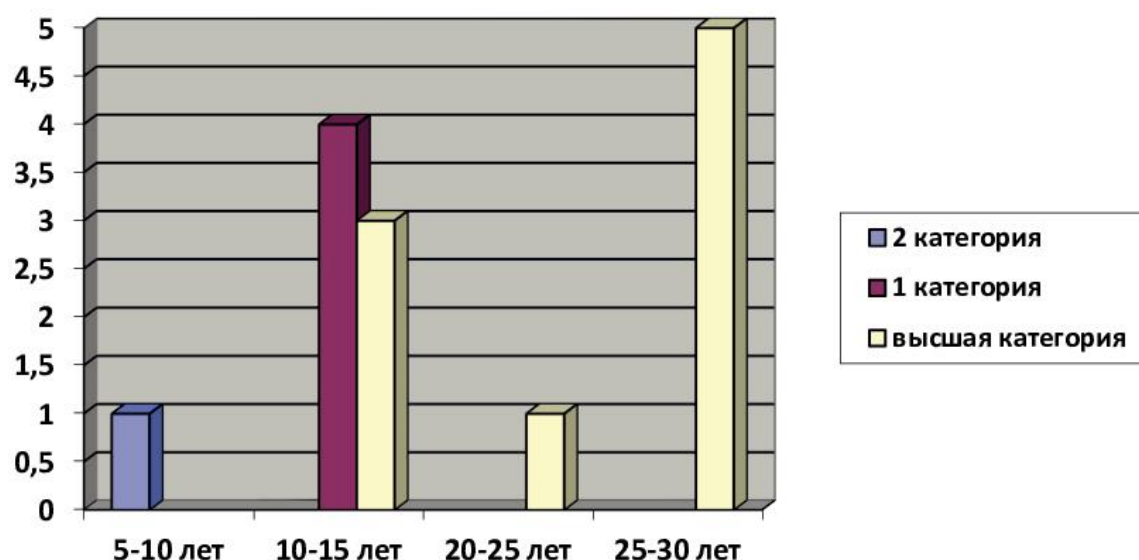
доля квалифицированных специалистов имеют специальность по диплому «Сестринское дело» со стажем работы 10-15 и 35-40 лет.

Диаграмма 3

Характеристика данных о квалификационной категории и стаже работы слушателей, имеющих специальность по диплому «Сестринское дело»



**Характеристика данных о квалификационной категории и стаже работы слушателей, имеющих специальность по диплому «Лечебное дело»**



Таблица

**Соотношение квалификационной категории и специальности по диплому**

| Квалификационная категория | Специальность «Сестринское дело» | Специальность «Лечебное дело» | Общее количество |
|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------|
| Нет категории              | 4,1%                             | -                             | 3,8%             |
| Вторая категория           | 2,3%                             | 7,1%                          | 2,7%             |
| Первая категория           | 12,9%                            | 28,6%                         | 14,1%            |
| Высшая категория           | 80,7%                            | 64,3%                         | 79,4%            |

При изучении вопроса о самообразовании в свободное время абсолютно все медицинские работники, имеющие специальность по диплому «Лечебное дело» ответили, что занимаются профессиональным образованием. Сестринский персонал со специальностью по диплому «Сестринское дело» с преобладающим большинством – 70,2% занимаются самообразованием. Понижен или отсутствует интерес к самообразованию у 29,8% респондентов, по их мнению, в результате недостаточного мотивирования и достаточного количества имеющихся знаний. При внешне благополучной ситуации с самообразованием, нельзя не обратить внимание на негативные тенденции, которые могут сказаться на качестве медицинской помощи, так как самообразование – это залог профессионализма и успеха, является значимым компонентом в медицинской деятельности,

определяющий здоровье пациентов. Занятие самообразованием предусматривает расширение и углубление профессиональных знаний и умений, совершенствование профессионального уровня [5].

Медицинский работник, желающий совершенствоваться и обучаться, должен постоянно использовать методы самообразования и работать над повышением своего профессионального мастерства на курсах повышения квалификации. Система повышения квалификации в свою очередь должна создавать определенные условия для удовлетворения запросов обучающихся, ориентированные на практическую деятельность.

Одним из показателей удовлетворения запросов обучающихся является применение полученных знаний на курсах повышения квалификации в профессиональной деятельности.

Большинство респондентов – 82,3% в своей практической деятельности частично применяют знания, полученные на курсах повышения квалификации. Полностью применяют знания 17,7 % опрошенных медицинских работников, причем обращает на себя внимание, что данный ответ сравнительно больше присущ респондентам со стажем работы более 35 лет, имеющих специальность по диплому «Сестринское дело».

На этапе дальнейшего анализа достоверных различий соответственно специальности по диплому не выявлено, что позволило отказаться от последующего представления результатов по этому признаку. Тем не менее, факт отсутствия различий по названному параметру сам по себе крайне важен, так как свидетельствует, что удовлетворенность образовательным процессом слушателей не связана с имеющейся специальностью по диплому.

Противоречивое влияние на процесс обучения оказывает профессиональный опыт, так как с одной стороны он предполагает более осмысленное изучение учебных дисциплин, с другой является ресурсом стереотипов, защищающих медицинского работника от освоения нового.

Учитывая цикличность профессионального становления, было проведено аналитическое исследование выявления удовлетворенности слушателей учебным процессом в зависимости от стажа работы, с использованием методов аналитической статистики. По результатам обработки данных, были получены следующие результаты:

- отсутствовали статистически значимые различия по уровню удовлетворенности учебным процессом в зависимости от стажа работы;
- малое количество специалистов со стажем работы более 20 лет не удовлетворены содержанием лекционного материала;
- основная часть опрошенных, вне зависимости от стажа работы, затруднилась с ответом по соответствию полученных теоретических знаний и практических навыков профессиональным потребностям;
- интерес к процессу обучения понижен у медицинских сестер со стажем работы до 5 лет.

## **Выводы**

1. Анализ результатов выявил, что средний возраст анкетированных составил 46,2 года. Для этой категории характерны интерес к обучению и профессиональному росту.

2. Основная часть респондентов имеет высшую квалификационную категорию, что свидетельствует о высоком уровне знаний, умений и навыков.

3. Преобладающее большинство медицинских сестер занимаются самообразованием, как средством самовоспитания, что позволяет формировать внутреннюю организованность, трудолюбие, организованность.

4. В ходе исследования доказано, что удовлетворенность учебным процессом не зависит от стажа работы.

5. Отмечено несоответствие между потребностями у медицинских работников в новых знаниях и удовлетворенностью полученной информацией, что является препятствием в использовании профессиональных компетенций.

## **Литература**

1. Климентова, И.В. Медицинские сестры психиатрической службы как особая профессиональная группа / И.В. Климентова, Е.А. Андриянова, Е.В. Чернышкова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т.12, № 2. – С. 199-202.
2. Андреева, И.Л. Состояние сестринского дела в Российской Федерации / И.Л. Андреева // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 12. – С. 13-20.
3. Камынина, Н.Н. К вопросу о перспективах развития сестринского дела / Н.Н. Камынина // Медицинская сестра. – 2011. – № 2. – С.35-40.
4. Шульгина, И.В. Образовательная среда специалистов среднего звена как инструмент качественно оказанной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами / И.В. Шульгина // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2019. – Т. 7. – №4. – С. 631-637.
5. Брызгунова, Е. Н. Самообразование как основа успешности человека / Е. Н. Брызгунова // Педагогическое мастерство: материалы I Международной научной конференции (г. Москва, апрель 2012 г.). – Москва : Буки-Веди, 2012. – С. 310-312. – URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/22/2175/> (дата обращения: 09.06.2020).

© Шульгина И.В., 2020



## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАХОДКИ. ТУБЕРКУЛЕЗ

**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 Мегйоне» Восточного отдела,  
врач - судебно-медицинский эксперт КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

**Мисников П.В.,**

заместитель начальника по экспертной работе, врач - судебно-медицинский эксперт  
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

*По разным данным ежегодно в мире заболевают туберкулезом 7,5-8 млн. человек. От 15 до 20 млн. больных туберкулезом легких выделяют микобактерию туберкулеза. Умирают каждый год от туберкулеза приблизительно 1,5 млн. человек. Приводят и такие сведения: каждые 4 сек один человек заболевает туберкулезом и каждые 10 сек 1 человек умирает от туберкулеза.*

**Ключевые слова:** туберкулез, морфологические находки, медико-социальные проблемы

Среди инфекционных заболеваний туберкулез как причина смерти по-прежнему занимает одно из первых мест.

Поэтому, несмотря на ежегодное снижение заболевших туберкулезом, эта проблема до сих пор остаётся весьма актуальной и в наши дни. Актуальность туберкулезной инфекции определяется высокими показателями заболеваемости, распространенности и, в конечном итоге, смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ТБ является второй по значимости причиной смерти от какого-либо одного инфекционного агента, уступая лишь ВИЧ/СПИДу. В 2013 году 9 миллионов человек заболели ТБ и 1,5 миллиона умерли от этой болезни. За период с 1990 по 2013 год смертность от туберкулеза снизилась на 45 %.

Туберкулез – специфическое инфекционно-воспалительное заболевание с преимущественным поражением лёгочной ткани, вызываемое микобактериями туберкулеза.

В основу клинической классификации туберкулеза, используемой в Российской Федерации, положены следующие принципы: 1. Клинико-рентгенологические особенности туберкулезного процесса (в том числе локализация и распространенность). 2. Фазы его течения. 3. Наличие бактериовыделения. Остановимся на формах туберкулеза органов дыхания: первичный туберкулезный комплекс; туберкулез

внутригрудных лимфатических узлов; диссеминированный туберкулез легких; милиарный туберкулез легких; очаговый туберкулез легких; инфильтративный туберкулез легких; казеозная пневмония; туберкулема легких; кавернозный туберкулез легких; фиброзно-кавернозный туберкулез легких; цирротический туберкулез легких; туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема); туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей; туберкулез органов дыхания, комбинированный с профессиональными заболеваниями легких (кониотуберкулез).

В практической деятельности врача – судебно-медицинского эксперта данная патология встречается с завидным постоянством, но все же, как правило, до исследования уже имеются медицинские сведения о наличии у человека при жизни туберкулеза. Мы встретились в работе со случаями противоположными – многолетние протекающие заболевания при жизни не были диагностированы.

### Наблюдение № 1

Был исследован мужчина 50 лет, из катанестических сведений известно, когда-то в молодости некоторое время находился в местах не столь отдаленных, далее всю жизнь проработал механиком в СТО, курил, медицинские осмотры проходил не постоянно. Данные о туберкулезе в медицинских документах отсутствовали.

На аутопсии – в левом легком в 1-м, 3-м, 4-м, 6-м, 8-м, 9-м и 10-м сегментах определялись множественные хаотично расположенные казеозные очаги и фокусы серо-белого цвета, распространяющиеся преимущественно вокруг бронхов, занимающие до 50% объема органа, легочная ткань вокруг них была бледно-красного цвета с несколько желтоватым оттенком. Практически во всех срезах и по многим полям зрения определялись очаги казеозного некроза, окруженные лимфоидно-эпителиоидным валом, среди некоторых прослеживались клетки Пирогова-Лангханса.

### **Наблюдение № 2**

Доставлен мужчина 44 лет, из анамнеза известно о периодических эпизодах алкоголизации, но без диагноза хронической алкогольной интоксикации. Морфологически – легочная ткань обоих легких практически по всем сегментам содержала хаотично расположенные множественные сероватые округлые очаги размерами от 0,5 см до 1 см в диаметре, окруженные слабо выраженной капсулой, заполненные творожистыми серо-белыми массами. Периваскулярно в строме и под висцеральной плеврой легких имелись участки избыточного разрастания соединительной ткани, неравномерная лимфомакрофагальная инфильтрация. Базальная мембрана многих более крупных бронхов утолщена, извита, эозинофильна. Стенки их неравномерно утолщены за счет очажков фиброза, в строме подслизистой оболочки неравномерно выраженная полиморфноклеточная инфильтрация (лейкоциты, макрофаги, лимфоциты, немногочисленные плазмоциты). В толще эпителия явления лейкопедеза. Значительную часть в препаратах легких занимали крупные очаги и участки эпителиоидно-клеточных гранулем (эпителиоидные клетки, лимфоциты, единичные лейкоциты, многоядерные гигантские клетки типа клеток Пирогова-Лангханса и клеток типа «инородных тел») с казеозным некрозом в центре, некоторые с очаговым кальцинозом. Некоторые гранулемы, окруженные крупными тяжами соединительной ткани (в виде капсулы) с выраженной лимфомакрофагальной инфильтрацией с немногочисленными

лейкоцитами, плазмоцитами и многоядерными гигантскими клетками типа клеток Пирогова-Лангханса, «инородных тел». По периферии их легочная паренхима неравномерно воздушная за счет участков дис- и ателектазов, групп расширенных альвеол, фиброза.

### **Выводы**

Таким образом, в первом наблюдении был установлен диагноз «Левосторонняя казеозная лобарная пневмония», во-втором наблюдении – диагноз «Двусторонний диссеминированный туберкулез легких», осложнением, непосредственно приведшем к наступлению смерти в обоих случаях была «Сердечно-легочная недостаточность». Какие-либо другие заболевания, равно травмы и отравления экспертом были исключены.

Наблюдения представляют интерес, прежде всего, для врачей клинического профиля – фтизиатров, терапевтов, врачей общей практики, так как смертельные заболевания при жизни остались недиагностированными и установлены в ходе секционных исследований как морфологические находки.

В заключение хотим отметить, что, несмотря на высокий уровень отечественной медицины, «болезнь подвалов и трущоб» остается актуальной медико-социальной проблемой. При определенных факторах туберкулез имеет свойства, называемые в природе, мимикрией, тем самым затрудняя его выявление.

### **Литература**

1. Перельмана, М.И. Фтизиатрия: Национальное руководство. – М., 2007. – С. 506.
2. Кузьмичев, Д.Е., Скребов, Р.В., Никулина, Л.Р. Туберкулез жив. // Отечественная наука в эпоху изменений постулаты прошлого и теории нового времени. – Екатеринбург. – 2015. – № 5 (10) – часть 4. – С. 52-55.
3. Кузьмичев, Д.Е., Шакиров, И.И., Грищенко, С.Л., Раннев, А.Ю. Болезнь подвалов в наши дни. // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – Ханты-Мансийск. – 2017. – № 3/12/. – С. 68-69.
4. <http://kerchbolnica1.ru/>  
© Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М., Мисников П.В., 2020

## ДИНАМИКА ИНДИКАТОРОВ АЛКОГОЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ В БЕЛАРУСИ

**Короткевич Т.В.,**

к.м.н., заместитель директора государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» по организационно-методической работе

**Голубева Т.С.,**

к.б.н., ученый секретарь государственного учреждения

«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

**Разводовский Ю.Е.,**

заведующий отделом проблем регуляции метаболизма Института биохимии биологически активных соединений Национальной академии наук Беларуси

*Целью настоящей работы был сравнительный анализ динамики косвенных индикаторов уровня связанных с алкоголем проблем в Республике Беларусь в период с 2010 по 2018 годы. Анализ динамики изучаемых показателей показал, что уровень первичной и общей заболеваемости алкогольной зависимостью/алкогольными психозами, число пациентов, пролеченных в стационаре по поводу алкогольной зависимости/алкогольного психоза, уровень смертности от острого алкогольного отравления и уровень продажи алкоголя в течение рассматриваемого периода демонстрировали тенденцию к снижению. С помощью корреляционного анализа Спирмана выявлена статистически значимая положительная связь между уровнем продажи алкоголя и уровнем эпидемиологических параметров алкогольной зависимости/алкогольных психозов. Уровень смертности от острого алкогольного отравления также тесно коррелирует с уровнем эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов. Представленные данные говорят о том, что эпидемиологические параметры алкогольных психозов являются надежными косвенными индикаторами уровня связанных с алкоголем проблем.*

**Ключевые слова:** алкогольные проблемы, продажа алкоголя, Беларусь, 2010-2018.

### **Ведение**

Алкогольные проблемы тяжелым бременем моральных и материальных потерь ложатся на плечи государства [1, 3, 5]. В этой связи перво-степенное значение приобретает разработка и реализация эффективной антиалкогольной политики, одним из важных аспектов которой является мониторинг алкогольной ситуации в стране. Адекватное представление об алкогольной ситуации формируется на основе анализа уровня и динамики косвенных индикаторов алкогольных проблем. К их числу относятся уровень потребления алкоголя на душу населения, уровень связанной с алкоголем смертности, отравлений, суицидов [8, 9, 10], а также эпидемиологические параметры алкоголизма и алкогольных психозов [2, 7, 11].

Эпидемиологические параметры алкоголизма и алкогольных психозов, основанные на отчетах наркологической службы, представляют особый интерес, поскольку являются альтернативным по отношению к уровню алкогольной смертности индикатором алкогольных проблем. Данные ежегодных отчетов наркологической службы являются ценным источником ин-

формации, которая помогает сложить целостное представление об алкогольной ситуации в стране [4, 6].

### **Цель**

Целью настоящей работы был сравнительный анализ динамики косвенных индикаторов уровня связанных с алкоголем проблем в Республике Беларусь в период с 2010 по 2018 годы.

### **Материалы и методы исследования**

Анализировали следующие показатели: первичная заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя в расчете на 100 тысяч населения (совокупность первично установленных диагнозов в данном отчетном году); первичная заболеваемость алкогольными психозами в расчете на 100 тысяч населения; общая заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя в расчете на 100 тысяч населения (совокупность первично установленных диагнозов в данном отчетном году плюс число заболеваний, которые были установлены в предыдущих годах, но по поводу которых пациенты обратились впервые в данном отчетном году), общая забо-



леваемость алкогольными психозами в расчете на 100 тысяч населения; число пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, пролеченных в стационаре в расчете на 100 тысяч населения; число пациентов, пролеченных в стационаре по поводу алкогольного психоза в расчете на 100 тысяч населения.

В качестве косвенных индикаторов алкогольных проблем использовались: уровень смертности от случайных отравлений алкоголем в расчете на 100 тысяч населения, уровень потребления алкоголя на душу населения в год (в литрах абсолютного алкоголя на душу населения). Статистическая обработка данных (описательная статистика, корреляционный анализ Спирмана) проводилась с помощью программного пакета «Statistica 12. StatSoft».

**Результаты исследования и их обсуждение**

В период с 2010 года по 2018 год уровень первичной заболеваемости синдромом зави-

симости от алкоголя в Беларуси снизился на 34,5% (с 265,9 до 174,1 на 100 тыс. населения), уровень общей заболеваемости от данной патологии снизился на 11,9% (с 2199,0 до 1937,9 на 100 тыс. населения), число пациентов, пролеченных стационарно по поводу синдрома зависимости от алкоголя, снизилось на 17,0% (с 422,0 до 350,1 на 100 тыс. населения).

В этот же период уровень первичной заболеваемости алкогольными психозами снизился на 44,0% (с 17,5 до 9,8 на 100 тыс. населения), уровень общей заболеваемости алкогольными психозами снизился на 49,9% (с 52,3 до 26,2 на 100 тыс. населения), число пациентов с алкогольными психозами, пролеченных стационарно, снизилось на 47,1% (с 82,2 до 43,5 на 100 тыс. населения), уровень смертности от острого алкогольного отравления снизился на 44,8% (26,1 до 14,4 на 100 тыс. населения), уровень продажи алкоголя снизился на 18,9% (с 12,2 до 9,9 литра на душу населения) (таблица 1,2).

Таблица 1

**Динамика заболеваемости алкогольной зависимостью и алкогольными психозами в Республике Беларусь, в расчете на 100 тысяч населения**

| Год  | Первичная заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя | Первичная заболеваемость алкогольными психозами | Общая заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя | Общая заболеваемость алкогольными психозами |
|------|--|---|--|---|
| 2010 | 265,9  | 17,5  | 2199,0   | 52,3  |
| 2011 | 257,3  | 19,2  | 2173,4   | 56,2  |
| 2012 | 227,0  | 13,6  | 2142,5   | 47,3  |
| 2013 | 207,8  | 11,8  | 2109,3   | 40,8  |
| 2014 | 194,7  | 10,6  | 2062,1   | 37,7  |
| 2015 | 196,4  | 8,7   | 2036,3   | 30,5  |
| 2016 | 187,2  | 7,9   | 1992,4   | 24,5  |
| 2017 | 182,4  | 8,3   | 1958,6   | 23,6  |
| 2018 | 174,1  | 9,8   | 1937,9   | 26,2  |

Таблица 2

**Уровень потребления алкоголя, число пациентов, пролеченных в стационаре по поводу алкогольной зависимости и алкогольного психоза, уровень смертности от острого алкогольного отравления в Республике Беларусь в расчете на 100 тысяч населения**

| Год  | Уровень потребления алкогольных напитков (л) | Число пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, пролеченных в стационаре | Число пациентов с алкогольными психозами, пролеченных в стационаре | Смертность от случайного отравления алкоголем |
|------|--|---|--|---|
| 2010 | 12,22  | 422,0   | 82,2   | 26,1  |
| 2011 | 12,95  | 453,8   | 84,6   | 25,2  |

| Год  | Уровень потребления алкогольных напитков (л) | Число пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, пролеченных в стационаре | Число пациентов с алкогольными психозами, пролеченных в стационаре | Смертность от случайного отравления алкоголем |
|------|--|---|--|---|
| 2012 | 12,57  | 411,9   | 58,2   | 19,5  |
| 2013 | 11,14  | 384,5   | 54,5   | 17,7  |
| 2014 | 10,47  | 339,4   | 45,3   | 15,4  |
| 2015 | 9,3  | 333,5   | 37,5   | 14,7  |
| 2016 | 9,05   | 325,6   | 34,1   | 15,4  |
| 2017 | 8,1  | 330,7   | 40,1   | 15,7  |
| 2018 | 9,9  | 350,1   | 43,5   | 14,4  |

С помощью корреляционного анализа Спирмана выявлена статистически значимая положительная связь между уровнем продажи алкоголя и уровнем эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкоголь-

ных психозов (таблица 3). Уровень смертности от острого алкогольного отравления также тесно коррелирует с уровнем эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов.

Таблица 3

### Результаты корреляционного анализа Спирмана

| Показатель  | Продажа<br>алкоголя | Алкогольные<br>отравления |
|---|---------------------|---------------------------|
|   | r                   | r                         |
| Первичная заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя                              | 0,82*               | 0,85*                     |
| Первичная заболеваемость алкогольными психозами   | 0,97*               | 0,75*                     |
| Общая заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя                                  | 0,85*               | 0,87*                     |
| Общая заболеваемость алкогольными психозами   | 0,97*               | 0,75*                     |
| Число пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, пролеченных в стационаре | 0,95*               | 0,71*                     |
| Число пациентов с алкогольными психозами, пролеченных в стационаре                      | 0,93*               | 0,80*                     |

\*  $p < .000$

Анализ динамики рассматриваемых показателей по годам показал, что уровень первичной и общей заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя линейно снижались. Число пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, пролеченных в стационаре на протяжении рассматриваемого периода также снижалось, однако в 2018 году этот показатель несколько вырос по сравнению с предыдущим годом.

Показатели первичной и общей заболеваемости алкогольными психозами, а также число пациентов с алкогольными психозами, пролеченных в стационаре в течение рассматриваемого

периода, демонстрировали тенденцию к снижению, в то время как к 2018 году наблюдался заметный рост данных показателей. Динамика показателей первичной заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в последние годы рассматриваемого периода воспроизводит описанные ранее «ножницы» [7].

По всей видимости, снижение уровня первичной заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя в значительной степени было обусловлено снижением активного выявления и постановки на диспансерное наблюдение пациентов, страдающих данной патологией. В свою очередь, это оказало отрицательное влия-

ние на профилактику осложнений алкогольной зависимости и привело к росту заболеваемости алкогольными психозами в 2018 году. Эти данные косвенно подтверждают интуитивное представление о том, что увеличение учтенного контингента лиц, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, а также активное вовлечение их в терапевтический процесс снижает риск развития алкогольного психоза.

Следует отметить, что параметры, характеризующие эпидемиологию алкогольных психозов, тесно коррелируют с такими косвенными индикаторами алкогольных проблем, как уровень продажи алкоголя и уровень смертность от случайных отравлений алкоголем. Эти данные подтверждают существующее представление о том, что эпидемиологические параметры алкогольных психозов являются достаточно надежными косвенными индикаторами алкогольных проблем [4]. В данном контексте уместным будет отметить, что надежность косвенных индикаторов алкогольных проблем определяется степенью влияния на них неалкогольных факторов. В частности, данный показатель в значительной степени определяется эффективностью мероприятий по ранней диагностике и лечению синдрома зависимости от алкоголя.

**Заключение.** Таким образом, представленные данные подтверждают результаты предыдущих исследований, согласно которым эпидемиологические параметры алкогольных психозов являются надежными косвенными индикаторами уровня связанных с алкоголем проблем. Положительная динамика уровня связанных с алкоголем проблем, отмечающаяся в Беларуси на протяжении последнего десятилетия, в значительной степени связана с целенаправленной и систематической работой заинтересованных ведомств (Министерство здравоохранения, Генеральной прокуратуры, Министерством образования и Министерством внутренних дел Республики Беларусь) по минимизации негативных последствий пьянства и алкоголизма.

## Литература

1. Андреева, Л.А., Терехович, Т.И. Медицинская профилактика синдрома алкогольной зависимости. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 51–56.
2. Гофман, А.Г., Орлова, М.А., Меликсетян, А.С. Алкогольные психозы: клиника, классификация. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – №1. – С. 5–12.
3. Медведев, А.С., Кралько, А.А., Разводовский, Ю.Е., Статкевич, Д.А., Щербицкая, Е.С. Медико-социальные и социально-экономические последствия употребления алкоголя в Республике Беларусь. – Минск: Ковчег, 2013. – 151 с.
4. Разводовский, Ю.Е. Алкоголизм и алкогольные психозы в Беларуси в период 1970-1999 гг. // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2002. – №10. – С. 58–63.
5. Разводовский, Ю.Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – №1. – С. 35–42.
6. Разводовский, Ю.Е. Заболеваемость алкоголизмом в Беларуси и России. // Здравоохранение. – 2008. – № 10. – С. 26–29.
7. Разводовский, Ю.Е. Заболеваемость алкогольными психозами как индикатор уровня алкогольных проблем. // Здравоохранение. – 2002. – № 11. – С.14–15.
8. Разводовский, Ю.Е. Алкогольные отравления и гендерный градиент ожидаемой продолжительности жизни в Беларуси. // Девиантология. – 2017. – Т. 1, – № 1. – С. 21-26.
9. Разводовский, Ю.Е. Потребление алкоголя и градиент уровня суицидов среди городских и сельских жителей Беларуси. // Суицидология. – 2018. – Т. 9. – № 1. – С. 67-72.
10. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь как фактор гендерного градиента уровня суицидов в России. Суицидология. 2018. Т. 9, № 2. С. 99-103.
11. Разводовский Ю.Е. Алкогольные психозы и сердечно-сосудистая смертность в России, Украине и Беларуси. Девиантология. 2019. Т. 3, № 1. С. 18-24.

© Короткевич Т.В., Голубева Т.С.,  
Разводовский Ю.Е., 2020



## ИРРИГАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ РИНОХИРУРГИИ - ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УСТРОЙСТВА «АКВА МАРИС ЛЕЙКА» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Алибеков И.М.,**

Заслуженный врач Российской Федерации, заведующий дневным стационаром взрослой поликлиники  
БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»,  
врач-оториноларинголог высшей категории, заведующий курсом оториноларингологии  
кафедры хирургических болезней Медицинского института  
БУ «Сургутский государственный университет», к.м.н., доцент, академик МАНЭБ

**Гуз Д.Г.,**

главный врач БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»,  
заслуженный врач здравоохранения ХМАО-Югры,  
Отличник здравоохранения Российской Федерации, депутат Думы г. Сургута.

**Чумак К.С.,**

врач - оториноларинголог дневного стационара  
БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»,  
преподаватель курса оториноларингологии кафедры хирургических болезней  
Медицинского института БУ «Сургутский государственный университет»

**Джалилова А.А.,**

врач-оториноларинголог детской поликлиники  
БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»,  
ассистент курса оториноларингологии кафедры хирургических болезней  
Медицинского института БУ «Сургутский государственный университет»

**Рамазанова А.Р.,**

врач-оториноларинголог взрослой поликлиники  
БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»,  
ассистент курса оториноларингологии кафедры хирургических болезней  
Медицинского института БУ «Сургутский государственный университет».

**Перунова О.А.,**

заведующий организационно-методическим отделом, врач-оториноларинголог  
БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»

**Зилфикарова Н.Р.,**

врач - методист организационно-методического отдела  
БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»

*На базе БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3» проведено клиническое исследование эффективности и безопасности применения устройства «Аква Марис Лейка» в послеоперационном периоде при ринологических операциях в амбулаторных условиях (дневной стационар). В исследование были включены 30 добровольцев - пациентов, которые поступили в дневной стационар в плановом порядке для хирургического лечения с патологией носа и околоносовых пазух. О проведении клинического исследования пациенты были информированы и дали письменное согласие. Пациентам выдали после операции устройства «Аква Марис Лейка» и объяснили правила пользования. Осуществлялся контроль, ежедневный осмотр за время нахождения пациентов в дневном стационаре в послеоперационном периоде и с рекомендациями повторного осмотра через 1 месяц.*

**Ключевые слова:** ирригационная терапия, болезни носа, эндоскопическая риносинусхирургия

В настоящее время ведущая патология, с которой приходится сталкиваться оториноларингологу, – это болезни носа и околоносовых пазух. В России данная группа составляет до 52 % больных, находящихся на лечении в ЛОР-стационарах [1].

По данным Национального центра по статистике болезней США в 1994 году синуситы стали в этой стране самым распространенным хроническим заболеванием. Почти каждый восьмой человек в США болен или когда-либо болел синуситом. В 1998 году в США синусит был зарегистрирован у 34,9 млн человек [2].

Распространенность заболеваний оториноларингологического профиля в структуре общего количества заболеваний жителей Ханты-Мансийского округа – Югры составляет 13,9%. В структуре заболеваемости носа и околоносовых пазух – 72,6%, вазомоторные риниты – 7,9%, хронические риниты – 12,6%, кисты верхнечелюстной пазухи – 2,1% [3].

Одним из наиболее перспективных направлений современной медицины является расширение внебольничной квалифицированной и специализированной помощи за счет внедрения новых организационных форм и прогрессивных технологий. Амбулаторная хирургия – одно из структурных подразделений современной медицины, получившее широкое распространение во многих странах с 80-х годов прошлого столетия. Это стало возможным благодаря современному техническому оснащению и возникшим на этой базе современным малотравматичным хирургическим технологиям [4,5,6].

Эндоскопическая риносинусхирургия позволяет выполнить больший объем хирургического вмешательства, что невозможно выполнить по стандартной методике, особенно в амбулаторных условиях. Использование эндоскопической техники (радиоволновая хирургия, электрохирургия, лазер и т.д.) открывает превосходную возможность для отоларингологов не только наблюдать патологические процессы в самых глубоких отделах полости носа через монитор экрана, но и проводить точное воздействие на разные отделы носа, выбирая способ воздействия в зависимости от характера патологии [6,8].

Любые хирургические вмешательства в полости носа и околоносовых пазух, в том числе и эндоскопические, вызывают в той или иной степени повреждение слизистой, что выражается ощущением боли, жжения, нарушения обоняния и др. Положительный результат любой операции заключается не только в технике ее выполнения, но и важное значение имеет послеоперационное ведение пациентов [6,9,10,11].

Использование различных вариантов ирригационных процедур для очищения носа и лечения его заболеваний проверено временем, начиная с древнеиндийских йогов до наших дней. При этом широкое распространение и



популярность получило орошение и промывание полости носа солевыми растворами, созданными на основе океанической или морской воды. Данная группа препаратов постепенно входит в лечебные схемы и протоколы при различных патологических состояниях верхних дыхательных путей. Этому способствует их достаточно высокая эффективность, отсутствие побочного действия, безопасность, простота и удобство использования, а также возможность длительного применения, в том числе и с профилактической целью.

Считается, что морская вода способствует поддержанию нормального физиологического состояния слизистой оболочки, способствует разжижению слизи и нормализации ее выработки в бокаловидных клетках. Микроэлементы, входящие в состав морской воды, улучшают функцию мерцательного эпителия, усиливают устойчивость слизистой оболочки полости носа к бактериям и вирусам, способствуют смыванию микроорганизмов, пыли и аллергенов из полости носа, уменьшают воспалительный процесс и оказывают увлажняющее действие. [7,9].

### Цель работы

Внедрение в практику устройства «Аква Марис Лейка» как современного и безопасного метода послеоперационного лечения при ринологических операциях в амбулаторных условиях.

### Материалы и методы исследования

Клинические исследования: Оценка эффективности и безопасности применения устройства «Аква Марис Лейка» в послеоперационном периоде при ринологических операциях.



### Характеристика

Устройство «Аква Марис Лейка» представляет собой пластиковую емкость 330 мл для приготовления раствора для промывания носа в наборе со средством для промывания Аква Марис в виде 30 пакетов-саше с солью Адриатического моря. 1 пакет-саше содержит 2,97 г морской соли. Устройство «Аква Марис Лейка» позволяет удобно и безопасно промывать нос по всей длине носовых ходов. Жидкость для промывания в полость носа подается без давления, самотеком. Процедура проста и безопасна для детей, беременных и кормящих женщин. При промывании полости носа удаляется патологическое содержимое вместе с вирусами, бактериями, аллергенами и пылью, уменьшается отек и воспаление, повышается тонус капилляров.

В дневном стационаре БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» широко применяются эндоскопические методы для диагностики и хирургического вмешательства при ринологической патологии. Отделение располагает операционной с предоперационной, полным набором эндоскопического оборудования и инструментарием для проведения операций с патологиями носа и околоносовых пазух. Анестезиологическое пособие при выполняемых операциях: аппликационная; местная; инфильтрационная; проводниковая; в/венная и сочетанный метод обезболивания. Отработана методика времени действия анестезии в зависимости от клинического диагноза, планируемого объема и длительности операции, от 30 минут до 3-х часов и более. Все операции проводятся в сопровождении анестезиологической бригады.



### Критерии исследования

1. Профиль оториноларингологический – после ринологических операций в амбулаторных условиях (дневной стационар);
2. Возраст с 3 до 65 лет.

Всего в исследование с устройством «Аква Марис Лейка» были включены 30 пациентов: мужчин – 14 (46,7%), женщин – 16 (53,3%), проходящих плановые ринологические операции в условиях дневного стационара. Всем пациентам проводилась послеоперационное лечение: гемостатическая терапия, симптоматическая терапия, анемизация носа, носовой душ - ирригационная терапия с применением устройства «Аква Марис Лейка» в послеоперационном периоде.

### Результаты:

1. При всех ринологических операциях с применением различных методик в условиях дневного стационара послеоперационный период протекал без осложнений. Реактивные явления в виде небольшой гиперемии, реже – нежного белесоватого налета исчезали обычно в течение 6-8 дней;

2. При применении устройства «Аква Марис Лейка» в послеоперационном периоде эти явления исчезают в течение 4-6 дней;

3. Болевые ощущения в послеоперационном периоде были выражены незначительно и исчезали в течение 3-4 дней (обычно в течение 6-8 дней). Отмечалось улучшение функции носового дыхания.

В ходе послеоперационной ирригационной терапии устройством «Аква Марис Лейка» пациенты отмечали :

- свободная, безболезненная эвакуация содержимого из полости носа (корочки, сгустки, слизь фибриновых пленок);
- более быстрое купирование послеоперационных болей, жжения, сухости, отека;
- улучшение функции носового дыхания;
- улучшение качества жизни пациента после операции.

### Выводы

1. Таким образом, устройство «Аква Марис Лейка» можно считать одним из методов ирригационной терапии для лечения ринологических пациентов не только в послеоперационном периоде, но и при острой и хронической патологии носа и околоносовых пазух.



2. Рекомендовать целесообразность применения пациентами устройства «Аква Марис Лейка» для лечения патологии носа и околоносовых пазух как консервативного, так и хирургического.

3. Устройство «Аква Марис Лейка» на основании проведенного клинического исследования является доказанным, оправданным и обеспечивает:

- эффективную, безболезненную санацию носовых ходов после ринологических операций в амбулаторных условиях (дневной стационар);

- восстановление носового дыхания в кратчайшие сроки;

- снижение сроков нетрудоспособности, которые позволят максимально сократить сроки пребывания пациента в лечебном учреждении, в т.ч. в «стационаре одного дня» в амбулаторных условиях.

#### **Рекомендации:**

1. Устройство «Аква Марис Лейка» можно рекомендовать как один из методов лечения ринологических пациентов не только в послеоперационном периоде, но и при острой и хронической патологии носа и околоносовых пазух.
2. Безопасность как для детей, так и для беременных, и кормящих женщин.
3. При промывании полости носа удаляется патологическое содержимое вместе с вирусами, бактериями, аллергенами и пылью, уменьшается отек и воспаление, повышается тонус капилляров.
4. Для профилактического лечения при хронических заболеваниях носа и околоносовых пазух.
5. Для профилактического лечения при заболевании носоглотки и глотки у детей.
6. Для лечения и профилактики ОРЗ, ОРВИ, для лечения и профилактики САР и КАР (сезонный аллергический ринит, круглогодичный аллергический ринит).

#### **Литература**

1. Алибеков, И.М., Абдулкеримов, Х.Т., Абдулкеримов, З.Х. и др. Применение современных технологий при патологии носа на севере Западной Сибири. // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №13 (168). – С.98-101.
2. Алибеков, И.М., Абдулкеримов, Х., Белявский, А.Р. Медицинская и социальная значимость стационаров дневного пребывания при заболеваниях верхних дыхательных путей в условиях севера. Российская оториноларингология. – 2012. – №3 (58). – С.7-10.
3. Алибеков, И.М., Чумаков, К.С. Симультанная хирургия в оториноларингологии / Материалы VIII Петербургского Форума оториноларингологов России. – СПб.: 2019. – С.38.-39.
4. Гуз, Д.Г., Алибеков, И.М., Худин, А.Г. Стационар замещающие технологии в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3» (Опыт работы). //Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2015. – №1. – С.35-41.
5. Абдулкеримов, Х. Т., Абдулкеримов, З. Х., Рудзевич, А. В., Карташова, К. И., Абдулкеримов, Т. Х. Применение динамической коррекции активности симпатической нервной системы в лечении хронического вазомоторного ринита / Материалы VI Петербургского международного форума оториноларингологов России. – СПб.: 2017. – С. 181-182.
6. Алибеков, И. М., Чесноков, А. А., Гуз, Д. Г. и др. Анестезия и оперативная оториноларингология в амбулаторных условиях // I Петербургский Форум оториноларингологов в России: мат-лы. – СПб., 2012. – Т. 1. – С. 7–10.
7. Русецкий, Ю.Ю., Лопатин, А.С. Применение солевых растворов различной концентрации при заболеваниях носа и околоносовых пазух // Consilium medicum. – 2012. –№3. –С. 43-47.
8. Тарасова, Г.Д., Бойкова, Н.Э., Бурмистрова, Т.В. Возможности совершенствования ведения пациентов, перенесших хирургические вмешательства в полости носа и околоносовых пазух // Вестник оториноларингологии. – 2008. – №2. – С.67-69.
9. Алибеков, И.М., Чесноков, А.А., Исрапилова, П.М., и др. Применение ксимелина и маримера в послеоперационном периоде у пациентов перенесших ринологические операции в амбулаторных условиях. / Материалы 1 Петербургского Форума оториноларингологов России. – СПб.: 2012. – том. 1. – С.94.-95.
10. Bachmann, G, Hommel, G, Michel, Ol. Effect of irrigation of the nose with isotonic salt solution on adult patients with chronic paranasal sinus disease // European Archive Otorhinolaryngology. –2000. – Vol.257., N.10. – P537-541.
11. Characteristics and risk factors of mucosal cysts in the paranasal sinuses / I.J. Moon et al. // Rhinology. – 2011. – Vol. 49, N 3. – P. 309–314.

©Алибеков И.М., Гуз Д.Г., Чумаков К.С.,  
Джалилова А.А., Рамазанова А.Р., Перунова О.А.,  
Зилфикарова Н.Р., 2020

УДК 616.33: 616.12

## О ВОПРОСЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ершов В.И.,

главный врач БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Салманов Ю.М.,

заместитель главного врача по медицинской части

БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Ишматова Д.А.,

врач скорой медицинской помощи

БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

*В период с 2017 по 2019 годы увеличилось количество выездов бригад скорой медицинской помощи к пациентам как с острым коронарным синдромом (на 11,1%), так и с желудочно-кишечным кровотечением (на 28,3%). Дифференциальная диагностика данных состояний требует настороженности и внимательности медицинских работников, особенно догоспитального этапа. Проведен краткий обзор литературных данных, клинических проявлений острого коронарного синдрома и желудочно-кишечных кровотечений и их дифференциальной диагностики.*

**Ключевые слова:** скорая медицинская помощь (СМП), острый коронарный синдром, желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК), тактика

Дифференциальная диагностика (от лат. differentia «разность», «различие») в медицине – это способ диагностики, исключающий не подходящие по каким-либо фактам или симптомам заболевания, возможные у больного, что в конечном счете должно свести диагноз к единственно вероятной болезни [2]. В деятельности бригады СМП вопросы тактики зависят от целого ряда обстоятельств, в том числе и результатов дифференциальной диагностики

угрожающих жизни состояний таких как ОКС и ЖКК [9].

В период с 2017 по 2019 годы отмечается рост выездов бригад СМП г. Сургута к пациентам как с ОКС, так и к пациентам с ЖКК (см. рисунок). Количество выездов к пациентам с ОКС увеличилось на 11,1% (с 3085 до 3430), а количество выездов к пациентам по поводу ЖКК – на 28,3% (с 578 до 742).

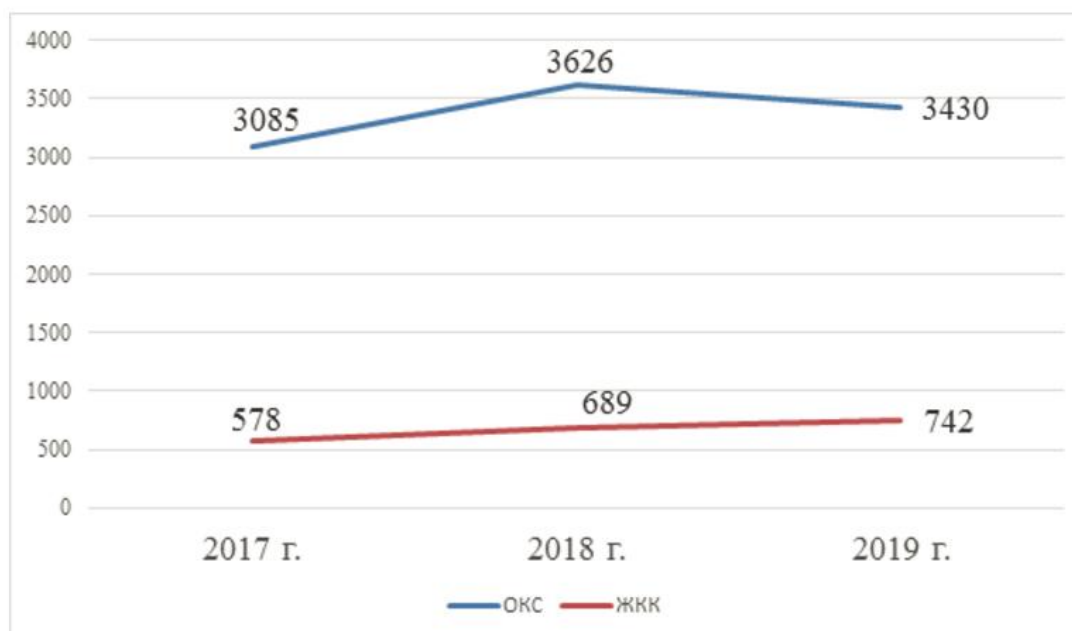


Рис. Диаграмма выездов бригад СМП к пациентам с ОКС и ЖКК за период с 2017 по 2019 года

Отмечаемый рост обращаемости населения в службу СМП по случаям с ОКС и ЖКК, угрожающими жизни состояниями, требует совершенствования профессиональных знаний от медицинских работников бригад СМП в вопросах дифференциальной диагностики между указанными состояниями в режиме «цейтнот».

Под термином ОКС понимается любая группа клинических признаков, свидетельствующая о недавнем обострении коронарной (ишемической) болезни сердца, позволяющих заподозрить инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию [3]. На догоспитальном этапе целью диагностики при ОКС является подтверждение диагноза и исключение заболеваний сердца неишемического происхождения (перикардит, поражение клапанов сердца, ТЭЛА), а также внесердечных причин, потенциально способствующих усилению ишемии (например, анемии, кровотечения из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [10, 11]. Поэтому для проведения тщательной диагностики у пациентов с жалобами на боль в груди, старший медицинский работник выездной бригады СМП должен:

1. Обязательно выяснить у пациента ответы на следующие вопросы:

- определить характер, локализацию, иррадиацию и продолжительность боли в груди;
- уточнить условия возникновения боли и факторы, вызывающие её усиление или ослабление;
- какие препараты принимал больной и их эффективность?
- имеются ли у больного хронические заболевания (ишемическая болезнь сердца, перенесенный инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевания ЖКТ и др.);
- собрать наследственный анамнез (заболевания сердца, внезапная смерть ближайших родственников, инфаркт миокарда до 60 лет у родителей);
- уточнить сопутствующие симптомы (потеря сознания, затруднение дыхания, тошнота и рвота и др.).

2. Провести осмотр и физикальное обследование пациента на предмет:

- подкожной эмфиземы вокруг шеи (пневмоторакс);

- тошноты или рвоты – если предшествует появлению боли в груди, то вероятен спонтанный разрыв пищевода; если в след за болевым синдромом – инфаркт миокарда;
- повышенного потоотделения – инфаркт миокарда, острый коронарный синдром;
- кашля, кровохарканья – пневмония, ТЭЛА;
- гнойной мокроты – пневмония;
- одышки или усиления хронической одышки (ЧДД больше 24 в мин.) – ТЭЛА, пневмония.

Важнейшее дифференциально-диагностическое значение имеет эффект применения сублингвальных форм нитратов: если после их трехкратного применения у больного приступ не купируется, затягиваясь более чем на 15 мин, то он расценивается как прогрессирующая стенокардия. Во время ожидания эффекта от сублингвальных форм нитратов проводится ЭКГ. При выявлении изменений ЭКГ, которые можно трактовать как результат ишемии, приступ стенокардии должен рассматриваться как развивающийся инфаркт миокарда.

ЖКК – любое кровотечение, источник которого располагается в желудочно-кишечном тракте [6]. Клиническая картина острого ЖКК проявляется характерными симптомами кровотечения и синдромом острой кровопотери. Кровотечение в ЖКТ сопровождается: 1) рвотой алой кровью, 2) рвотой кофейной гущей, 3) дегтеобразным черным калом, 4) наличием алой крови в кале. Симптомы острой кровопотери включают изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхания, центральной нервной системы, функции печени и почек.

Нередко гипотензия при кровотечении вызывает приступ загрудинной боли и приводит к ЭКГ-признакам вторичной острой ишемии миокарда. Такое сочетание без явных признаков кровотечения способствует ошибочной диагностике ишемической болезни сердца (ИБС) и кардиогенного шока, и, как следствие, госпитализации пациента в отделение кардиореанимации. В связи с этим, для проведения диагностики у пациентов ЖКК старший медицинский работник выездной бригады СМП должен:

1. Обязательно выяснить у пациента или окружающих:

- Когда началось кровотечение? Сколько времени продолжается?
- Было ли употребление алкоголя накануне?



- Страдает ли язвенной болезнью? Беспокоили ли пациента ранее боли в эпигастральной области (подозрение на обострение язвенной болезни)!
- Отмечает ли в последнее время похудание и снижение аппетита (подозрение на злокачественное поражение)?
- Возникают ли затруднения при глотании пищи (подозрение на патологию пищевода)?
- Были ли другие формы кровотечения? Наблюдается ли у гематолога (свидетельство гематологических заболеваний)?
- Какие лекарства принимает (многие препараты могут вызвать повреждение слизистой оболочки или обострение язвенной болезни)?
- Изменился ли цвет и характер стула; имеется ли в нем примесь крови?
- Терял ли больной сознание?

2. Провести осмотр и физикальное обследование пациента:

- Оценить общее состояние и жизненно важные функции: сознание, дыхание, кровообращение.
- Визуально оценить: бледность кожных покровов и слизистых, признаки поражения печени (телеангиоэктазии, расширение подкожных вен брюшной стенки, желтуха, асцит), сыпь (проявления системных болезней), кахексия (онкозаболевания).
- Исследовать пульс, измерить ЧСС, измерить АД (тахикардия, гипотония).
- Живот, как правило, мягкий, равномерно участвует в акте дыхания, малоболезненный или безболезненный.
- Ректальное пальцевое исследование: обнаружение мелены, геморроя; определение нависания передней стенки прямой кишки или выбухания заднего свода влагалища (внутрибрюшное кровотечение).
- Наличие ассоциированных симптомов. Мелена появляется при поступлении в просвет желудка не менее 200 мл. крови. Продолжительность мелены не всегда свидетельствует о продолжающемся кровотечении, а соответствует продвижению крови по кишечнику (мелена может появиться уже через 4-6 мин после начала кровотечения). Примесь крови в кале. Рвота (алой кровью, темной кровью, «кофейной гущей»).

Также следует заметить, что при язве субкардиального отдела желудка, боли нередко локализуются в области мечевидного отростка грудины, левой половине грудной клетки, имитируя проявления ОКС. Особенности иррадиации болей при обострении язвенной болезни (в область сердца, левую лопатку, грудь) также в некоторых случаях могут стать причиной диагностических ошибок [5].

Кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта имеют 2 периода: 1) Латентный период начинается сразу с момента поступления крови в пищеварительный тракт и проявляется общими признаками кровопотери: обмороком, шумом в ушах, головокружением, слабостью, холодным потом, учащением пульса, падением артериального давления. В зависимости от темпа и объема кровопотери скрытый период колеблется от нескольких минут до суток. 2) Явный период начинается со рвотой или меленой [7]. Особое внимание в таких ситуациях следует обращать на то, что массивные кровотечения из желудочно-кишечного тракта нередко являются причиной развития жизнеугрожающего геморрагического шока [8]. Поэтому в клинической практике необходимо допускать существование «коронарных масок» анемии и осуществлять поиск истинного лица и источника ухудшения состояния больного.

Широко известно, что ряд некоронарных заболеваний, в патогенезе которых имеет место гемическая или тканевая гипоксия, может инициировать клинические проявления ИБС, оказывать отягчающее влияние на характер течения основного заболевания. Возможным механизмом представляется усиление симпатической активности и сердечного выброса за счет длительной индуцированной гипоксией вазодилатации, что приводит к гипертрофии левого желудочка и увеличению размеров сердца и, соответственно, к повышению потребления кислорода. Также у пациентов с ИБС по сравнению со здоровыми отмечена сниженная толерантность миокарда к низким уровням гемоглобина [4].

Вне зависимости от источника и других признаков выраженная кровопотеря сопровождается симптомами артериальной гипотензии или гиповолемического шока: бледностью кожных покровов и конъюнктив, частым и мягким пульсом, слабостью, головокружением при

вставании, снижением АД. Нередко гипотензия при кровотечении приводит к стенокардии и электрокардиографическим признакам вторичной острой ишемии миокарда. Такое сочетание без явных признаков кровотечения часто приводит к ошибочной диагностике ИБС и кардиогенного шока [1].

Хотя ЖКК характеризуются достаточно яркими клиническими проявлениями, все же иногда приходится встречаться со значительными диагностическими трудностями. Особенно часто это происходит при отсутствии кровавой рвоты, когда на первый план в клинической картине выступают симптомы анемии сердца и мозга. В таких случаях ставят диагнозы стенокардии, нарушения мозгового кровообращения. [12].

У больных с патологией печени кровотечение может вызвать развитие печеночной недостаточности и энцефалопатии; при сочетании болезни, приведшей к кровотечению, с ИБС может развиваться приступ стенокардии или инфаркта миокарда, обострение гипертонической болезни, сахарного диабета, почечная недостаточность. Нередко гипотензия при кровотечении вызывает приступ загрудинной боли и приводит к ЭКГ-признакам вторичной острой ишемии миокарда. В данной ситуации отсутствие явных признаков кровотечения также могут привести к ошибочной диагностике ИБС и кардиогенного шока, и в дальнейшем осуществить медицинскую эвакуацию пациента в отделение кардиореанимации.

Проанализировав вышеописанные данные можно сделать вывод, что дифференциальная диагностика между ОКС и ЖКК на первый взгляд очень проста, но только при наличии явных признаков кровотечения. Но учитывая, что латентная фаза кровотечения длится обычно долго, и нарастающая анемия и шок приводит к вторичной ишемии миокарда, которая проявляется типичными признаками ишемии по ЭКГ, дифференциальная диагностика становится затруднительной. Также часто боли при субкардиальной язве имитируют сердечные боли, параллельно ухудшая состояния проявления шока.

Таким образом, дифференциальная диагностика данных состояний требует настороженности, внимательности и профессиональных знаний медицинских работников выездных бригад СМП, которые в режиме ограниченного времени их нахождения на вызове позволят правильно дифференцировать угрожающее жизни состояние.

## Литература

1. Верткин, А.Л. Скорая медицинская помощь // Руководство для врачей, второе издание. ГЭОТАР-Медиа, – М., 2003. – 173 с.
2. Дифференциальная диагностика: Материал из Википедии – 2019 [Электронный источник] – URL: <https://ru.wikipedia>.
3. Кардиология: национальное руководство / под ред. Е.В. Шляхто. – 2-е издание, перераб. и доп. – М.: – ГЭОТАР-Медиа, 2015. – стр. 432;
4. Копылов, Ф.Ю., Щекочихин, Д.Ю. Анемии в кардиологической практике // Журнал «Трудный пациент», Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Кафедра профилактической и неотложной кардиологии ФППОВ, – М., 2011.
5. Коршунов, Н.И., Хрусталева, О.А., Ершова, О.Б. Актуальные вопросы терапии // Избранные лекции, Часть 2. Рыбинский дом печати, – Рыбинск, 2004. – 249 с.
6. Котаев, А.Ю. Желудочно-кишечные кровотечения: учебное пособие. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2015. – С. 8-18.
7. Крылов, А.А., Земляной, А.Г., Михайлович, В.А., Иванов, А.И. Неотложная гастроэндокардиология: учебник, – изд. 2-ое – Санкт-Петербург: «Питер», 1997. – 140 с.
8. Мюллер, З. Неотложная помощь: справочник практического врача / под редакцией М.И. Секачева, – изд. 2-ое – М.: «Медпресс-информ», 2009. – 169 с.
9. Национальное руководство по скорой помощи / А.Л. Верткин. – М.: Эксмо. – 2012. – С. 26-27.
10. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннулина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 173 с.
11. Руководство по скорой медицинской помощи. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 58 с.
12. Тополянский, А.В. Скорая медицинская помощь // Справочник практического врача, 10-е издание – М., Медицинское информационное агентство, 2013. – 390 с.

© Ершов В.И., Салманов Ю.М.,  
Ишматова Д.А., 2020

## НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА – ЭПИДЕМИЯ XXI ВЕКА?

Зотова Е.П.,

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

*Представлен обзор литературы о новых психоактивных веществах, широко распространяемых во многих странах мира. Отмечается, что потребление так называемых «дизайнерских наркотиков» ассоциировано с более молодым возрастом, тяжелыми негативными психическими, соматическими, социальными последствиями, высокой смертностью. В заключении делается вывод о необходимости более широкого внедрения мер первичной профилактики среди молодежи из групп риска, активной просветительской работы и многоуровневой реабилитации данного контингента.*

**Ключевые слова:** наркомания, наркотические вещества, синтетические психостимуляторы, «дизайнерские наркотики», «соли»

Потребление психоактивных веществ (ПАВ) и наркомания относят к одной из наиболее важных медико-социальных проблем, угрожающих развитию общества. Согласно данным Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности за период 2007-2014 годы количество лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, в мире увеличилось в среднем на 20% [49].

В Российской Федерации в наркологических диспансерах состоят на учёте около 640 тысяч человек. Однако, согласно экспертным оценкам, в стране 7,3 млн человек потребляют наркотики в немедицинских целях, 2,4 млн человек – на постоянной основе [26].

Данные отечественной и зарубежной статистики свидетельствуют о значительных изменениях в этой сфере, произошедших в последние годы. Среди наиболее заметных – это изменение структуры используемых средств, с регистрируемым отчётливым ростом доли новых неизвестных ранее наркотических веществ (преимущественно синтетических каннабиноидов и психостимуляторов), на фоне снижения потребления алкоголя и применения препаратов опиоидной группы [9,39].

В России отмечается стремительный рост доли синтетических психостимуляторов, известных под разными названиями (спайсы, соли, кристаллы, медленный китаец и т. д.), и распространяемых при помощи сети интернет, посредством общедоступных социальных сетей, мессенджеров [30,2]. Такие же тенденции прослеживаются и в других странах постсоветского пространства, в Республике Беларусь и др. [18]. В Европе синтетические психостиму-

ляторы потребляют до 1% взрослого населения [39].

Употребление новых психоактивных (НПАВ) получило широкое распространение среди лиц молодого и трудоспособного возраста, как правило, 13-25 лет. Средний возраст первого употребления наркотических веществ составляет 11-13 лет [28,5,2].

НПАВ появились в России в 2000-е годы и представлялись синтетическими каннабиноидами (СК), которые отличались сильным психостимулирующим эффектом и доступностью [1]. НПАВ объединили одним термином – «дизайнерские» (ДН) или «клубные» наркотики [33]. ДН известны под названиями: «Спайс», «Соль для ванны», «Скорость», а также растительные удобрения, энтеогены и другие [37,17,1]. Популярные «клубные» наркотики в нашей стране – синтетические наркотики, состоящие из психостимуляторов и их производных [17]. Дизайнерские наркотики – это синтетические аналоги натурального наркотического вещества, психостимулирующие эффекты которого пытаются воспроизводить [33]. Создание новых наркотиков происходит путем изменения химической структуры исходных веществ, что позволяет обойти традиционные методы диагностики [45,48], действующие законы, а значит, продаваться легально или полуплугально [45,16,32].

«Спайс» («Spice») стал известен с 2006 года [21]. По химической структуре он является синтетическим аналогом природного каннабиса, содержащегося в Индийской конопле [21]. Психостимулирующий эффект на центральную нервную систему (ЦНС) реализуется через



воздействие на каннабиноидные рецепторы 1-го и 2-го типа [Мрыхин-2017]. Рецепторы 1-го типа расположены в отделах головного мозга, отвечающих за познавательные способности и функции памяти, 2-го типа представлены в периферической нервной системе и малоизучены. «Спайс» схож по структуре и эффекту с природным каннабисом, но главное отличие состоит в развитии механизма действия и формировании психофизической зависимости. Так при употреблении «Спайса» не наступает фаза «плато» и нет предела дозы, при повышении которой происходит усиление эффекта [20,7,8]: быстрое психофизиологическое привыкание, которое трудно поддается лечению, частые передозировки, в том числе с летальными исходами [17].

«Соль для ванн» («Bathsalt») – группа новых психоактивных веществ, в которой выявлено 150 видов [37]. По химической структуре «Соль для ванн» представлена синтетическими аналогами алкалоидов листьев кустарников Ката, произрастающих в странах Персидского залива. Механизм психостимулирующего действия: алкалоиды препятствуют обратному захвату катехоламинов в синаптической щели, что приводит к накоплению медиаторов, а значит, развитию эйфоризирующего эффекта [21].

Способы употребления НПАВ мало отличаются от способов употребления «классических» наркотических веществ, однако, курение смесей практикуется редко, так как при нагревании происходит разрушение химической структуры. Размер дозы составляет 5-20 мг. Эффект в среднем развивается через 30 минут и действует до 7 часов [37]. Результатом приёма этих веществ является развитие психотических нарушений с тяжелыми последствиями в виде органического поражения ЦНС и внутренних органов [30,15,3].

Однако, потребление НПАВ деструктивно влияет не только на отдельного человека, но и оказывает негативное влияние на его семью, общество в целом, что находит своё отражение в ряде ведущих социальных, медицинских, демографических и других показателей [31].

Так, потребление наркотиков связано с 4-5-кратным повышением риска криминальных исходов [42]. Как правило, это мелкое воровство, для женщин – проституция [44], но не исключаются и тяжкие, и особо тяжкие престу-

пления, в том числе убийства. Положительные тесты на различные наркотические вещества находят у 61-72% жертв убийств, в том числе у 43-49% более одного вещества [34,41].

По данным Росстата уровень смертности в возрастной категории от 15 до 34 лет в России составляет более 200 человек на 100 тыс. населения [25], что существенно выше, чем в среднем по Европе (45 умерших на 100 тыс. населения). Данная ситуация обусловлена тем, что порядка 2/3 от общего количества ежегодно умирающих в России молодых людей погибают от различных не свойственных молодежи соматических заболеваний, первопричиной которых является немедицинское потребление наркотиков [26]. Смертность среди наркопотребителей ещё выше и может превышать среднепопуляционные показатели по отдельным возрастным группам от 13 [38] до 50-100 раз [30,46,14].

Не вызывает сомнения и тот факт, что потребление наркотических средств и ПАВ является одним из наиболее значимых факторов суицидального риска [12,36], хотя многие случаи самоубийств наркозависимых не выявляются и не учитываются [10]. Многочисленные исследования свидетельствуют о более высоких показателях суицидальной активности и смертности этого контингента относительно общей популяции [11,19], несмотря на снижение частоты потребления алкоголя – одного из наиболее важных просуицидогенных факторов, как в России [22], так и зарубежом [23]. По данным D. Lee [40] в США в штате Флорида в период с 2001 по 2013 год смертность от наркотиков увеличилась на 57%, причём в структуре этой смертности каждый пятый случай (19,6%) был обусловлен самоубийством. В Финляндии из общего числа случаев преждевременной смерти наркоманов от суицида погибает каждый четвертый (24,0%) [43].

В отдельных исследованиях [4] сообщается о наличии клинико-генетических особенностях суицидального поведения больных, зависимых от синтетических катинонов, что может указывать на более тяжелые последствия аутоагрессии. Этот факт может быть обоснованием более широкого внедрения методов генетического исследования у данного контингента [24].

Таким образом, увеличение доступности новых психоактивных веществ, их распространение в молодой популяции и серьезные не-

гативные последствия представляют междисциплинарную медико-социальную проблему. Необходимо более широкое внедрение мер первичной профилактики среди молодежи из групп риска, активное проведение просветительской работы и многоуровневой реабилитации данного контингента, внесение НПАВ в соответствующий регистр [13,16,27].

### Литература:

1. Алексеева, Д.Н., Дюкова, Е.Е., Пальчиков, Е.Д., Фленкина, Е.Д. Распространенность употребления спайса и других синтетических каннабиноидов в молодежной среде // Прикладные информационные аспекты медицины – 2014. – № 4. – С. 3-7.
2. Асадуллин, А.Р. Анализ распространенности синтетических каннабиноидов в Республике Башкортостан // Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – № 6. – С. 61-64.
3. Асадуллин, А.Р., Анцыборов, А.В., Ахметова, Э.А. Синтетические триптамины: избранные вопросы классификации, механизм действия, клиника интоксикации // Девиантология. – 2017. – Т. 1, – № 1. – С. 26-35.
4. Асадуллин, А.Р., Анцыборов, А.В. Клинико-генетические особенности суицидального поведения больных, зависимых от синтетических катинонов // Суицидология. – 2018. – Т. 9. – № 4. С. 61-73.
5. Ахметова, Э.А. Дисгармоничная семья как фактор формирования зависимости к новым синтетическим «дизайнерским» наркотикам // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – Т. 12, – №1 (67). – С. 15-19.
6. Гаджиева, А.А., Мусаева, А.Б. Алкоголизм и наркомания как фактор преступности в современной России // Современный ученый. – 2019. – № 3. – С. 272-276.
7. Головки, А.И., Баринов, В.А. [и др.] Токсикологическая характеристика дизайнерских наркотиков // Токсикология. – 2015. – Т. 16. – № 4. – С. 26-57.
8. Головки, А.И., Софронов, А.Г., Софронов, Г.А. «Новые» запрещенные каннабиноиды. Нейрохимия и нейробиология // Наркология. – 2010. – №7. – С. 68-83.
9. Дралюк, Н.М., Сумароков, А.А. Особенности злоупотребления психоактивными веществами амфетаминового ряда (метилendioксипировалероном и пирролидиновалерофеноном) в Красноярском крае // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 3 (92). – С. 43-46.
10. Зотов, П.Б., Бохан, Н.А., Хохлов, М.С., Петров, И.М., Скрябин, Е.Г., Зотова, О.П., Петров, В.Г. Суицидальные действия наркозависимых: вопросы системного выявления и учёта // Суицидология. – 2019. – Т. 10. – № 1. – С. 91-104. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-91-104
11. Зотов, П.Б., Михайловская, Н.В. Неумышленные передозировки наркотика и суицидальное поведение больных наркоманиями // Суицидология. – 2013. – Т. 4. – № 3. – С. 48-57.
12. Зотов, П.Б., Уманский, С.М., Михайловская, Н.В. Суицидальное поведение среди причин гибели наркозависимых // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 16-18.
13. Карпов, В.Ю. и др. Средства физической культуры и спорта как основа профилактики наркомании и вредных привычек в подростковой среде // Известия Сочинского государственного университета. – 2013. – № 11. – С. 102-109.
14. Киржанова, В.В., Муганцева, Л.А., Сидорюк, О.В. Региональные особенности изменения обращаемости за наркологической помощью по поводу наркомании // Вопросы наркологии. – 2017. – № 11 (159). – С. 62-77.
15. Клименко, Т.В., Шахова, С.М., Козлов, А.А. Психотические расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов (спайсов) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 2 (95). – С. 26-30.
16. Кузнецова, М.А., Мулдагулова, Д.А., Строганова, Т.Ю. «Спайсы». Борьба с болезнью современной молодежи // Инновационные технологии в науке и образовании. – 2015. – № 3 (3). – С. 359-360.
17. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Горбачева, И.В., Янбирдина, Ю.В., Семячков, А.К. Соль для ванны – интернетный убийца // Проблемы экспертизы в медицине. – 2013. – №2. – С. 44-45.
18. Лелевич, В.В., Виницкая, А.Г., Разводовский, Ю.Е., Лелевич, С.В. Особенности потребления психоактивных веществ в республике Беларусь // Здравоохранение. – 2013. – № 4. – С. 31-34.
19. Меринов, А.В., Алексеева, А.Ю. Влияние несистематического употребления наркотических веществ у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, на их суицидологические характеристики // Суицидология. – 2019. – Т. 10. – № 1. – С. 75-79. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-75-79
20. Митин, А.В. Исследование курительных ароматических смесей // Судебная экспертиза. – 2010. – №1. – С. 30-39.
21. Мрыхин, В.В., Анцыборов, А.В. Дизайнерские наркотики: краткая история, попытка систематизации на примере «Спайсов» и «Солей» (обзор) // Интерактивная наука. – 2017. – № 11. – С. 36-39.

22. Немцов, А.В., Шелыгин, К.В. Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956-2013 гг. // Суицидология. – 2016. – Т. 7. – № 3. – С. 3-12.
23. Разводовский, Ю.Е., Кандрычин, С.В., Зотов, П.Б. Гендерный градиент суицидов и уровень экономической активности в странах Восточной и Западной Европы // Девиантология. – 2020. – Т. 4. – № 1. – С. 29-32.
24. Розанов, В.А., Кибитов, А.О., Гайнетдинов, Р.Р., Меринов, А.В., Зотов, П.Б. Современное состояние молекулярно-генетических исследований в суицидологии и новые возможности оценки риска суицида // Суицидология. – 2019. – Т. 10, – № 1. – С. 3-20. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-3-20
25. Российский статистический ежегодник. 2018: Стат.сб./Росстат. Р76 – М., 2018. – 694 с.
26. Тепляшин, П.В. Состояние наркопреступности в Российской Федерации: основные криминологические показатели и тенденции // Lex Russia. – 2017. – № 10 (131). – С. 147-157.
27. Теркулов, Р.И., Кормилина, О.М., Патрикеева, О.Н. О социальной реабилитации наркологических больных // Наркология. – 2019. – № 2. – С. 97-101.
28. Титаренко, Р.В. Особенности наркоситуации и проблемы профилактики наркомании среди российских подростков // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2015. – Т.1. – № 11-1. – С. 191-194.
29. Юшкова, О.В. Частота потребления и некоторые клинические особенности опьянения при злоупотреблении МДПВ («соль») // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – № 6. – С. 103-105.
30. Юшкова, О.В. Коморбидные психические расстройства при злоупотреблении синтетическими стимуляторами // Академический журнал Западной Сибири. 2014. Т. 10, № 3. С. 75-76.
31. Филиппова, Н.В. Распространённость современных психоактивных веществ и последствия их употребления / Филиппова Н.В., Барыльникова Ю.Б., Деева М.А. и соавт. // Наркология. – 2015. – № 10. – С. 50-57.
32. Шестриков, Ю.Б. Правовое регулирование борьбы с дизайнерскими наркотиками // Антинаркотическая безопасность. – 2015. – № 1 (4). – С. 14-17.
33. Шилейко, И.Д., Айзберг, О.Р., Кузьменко, А.Т. Новое поколение наркотиков: состояние проблемы // Лечебное дело. – 2015. – № 2 (42). – С. 27-30.
34. Auckloo, M.V.K.M., Davies, V.B. Post-mortem toxicology in violent fatalities in Cape Town, South Africa: A preliminary investigation // J Forensic Leg Med. 2019 Apr. № 63: 18-25. doi: 10.1016/j.jflm.2019.02.005
35. De Leo, D., Padoani, W., Scocco, P. et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO multicentre study of suicidal behavior // Int. J. of Geriatric Psychiatry. 2001. V. 16, № 3. P. 300–310.
36. Dragisic, T. et al. Drug addiction as risk for suicide attempts // Materia sociomedica. 2015. V. 27, № 3. P. 188-194.
37. Gonçalves, J.L., Alves, V.L., Aguiar, J., Teixeira H.M., Câmara J.S. Synthetic cathinones: an evolving class of new psychoactive substances. Crit Rev Toxicol. 2019. № 49 (7). P. 549-566. doi: 10.1080/10408444.2019.1679087
38. Hulse, G.K., English, D.R., Miler, E., Holanm C.D.L. The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates // Addiction. 1999. V. 94, № 2. С. 221-229.
39. Karila, L. Megarbane, B., Cottencin, O., Lejoyeux, M. Synthetic cathinones: a new public health problem // Curr Neuropharmacol. 2015. V. 13, № 1. P. 12-20.
40. Lee, D., Delcher, C., Maldonado-Molina M.M., Thogmartin J.R., Goldberger B.A. Manners of death in drug-related fatalities in Florida // J Forensic Sci. 2016. V. 61, № 3. P. 735-742.
41. Lemos, Y.V., Wainstein, A.J.A., Savoi, L.M., Drummond-Lage A.P. Epidemiological and toxicological profile of homicide victims in a legal medicine unit in Brazil // J Forensic Leg Med. 2019 Jul. № 65. P. 55-60. doi: 10.1016/j.jflm.2019.05.008
42. Moore, K.E., Oberleitner, L.M.S., Zonana, H.V., et al. Psychiatric disorders and crime in the US population: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Wave III. J Clin Psychiatry. 2019. V. 80, № 2. pii: 18m12317. doi: 10.4088/JCP.18m12317
43. Onyeka, I.N. Potential Years of Life Lost Due to Premature Mortality Among Treatment-Seeking Illicit Drug Users in Finland / Onyeka I.N., Beynon C.M., Vohlonen I., Tiihonen J., Föhr J., Ronkainen K., Kauhanen J. // J Community Health. – 2015. – Vol. 40, № 6. – P. 1099-1106.
44. Pierce, M., Hayhurst, K., Bird, S.M., et al. Quantifying crime associated with drug use among a large cohort of sanctioned offenders in England and Wales // Drug Alcohol Depend. 2015 Oct 1. № 155. P. 52-59. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.08.018
45. Rozenek, E.B., Wilczyńska, K., Górska, M., Waszkiewicz N. Designer drugs – still a threat? // Przegl Epidemiol. 2019. № 73 (3). P. 337-347. doi: 10.32394/pe.73.23
46. Suominen, K. et al. Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide: a 5-year follow-up study after deliberate self-harm // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2004. № 39. P. 720–724.



47. Vaiano, F., Pascali, J.P., Bertol, E. New psychoactive substances: An actual problem or an overestimated phenomenon? // *Forensic Sci Int.* 2019. № 304:109941. doi: 10.1016/j.forsciint.2019.109941
48. Wägmann, L., Hempel, N., Richter, L.H.J., Brandt, S.D., Stratford, A., Meyer, M.R. Phenethylamine-derived new psychoactive substances 2C-E-FLY, 2C-EF-FLY, and 2C-T-7-FLY: Investigations on their metabolic fate including isoenzyme activities and their toxicological detectability in urine screenings // *Drug Test Anal.* 2019. №11 (10). P. 1507-1521. doi: 10.1002/dta.2675
49. World Drug report 2016: Global trends in the estimated number of people who uses drugs, 2006-2014. United Nations Office on Drugs and Crime.
50. Zickler, P. 33-year study finds lifelong, lethal consequences of heroin addiction // *NIDA Notes.* 2001. V. 16, № 4. P. 1-7.

© Зотова Е.П., 2020

УДК 616.314-089.23

## РОЛЬ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК В ФОРМИРОВАНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Никанорова А.А.,

врач-ортодонт детского отделения терапевтической стоматологии  
БУ «Лангепасская городская стоматологическая поликлиника»

Атаева М.А.,

врач-ортодонт детского отделения терапевтической стоматологии  
БУ «Лангепасская городская стоматологическая поликлиника»

*Представлено влияние вредных привычек на формирование челюстно-лицевой области. Указаны методы устранения вредных привычек и нормализации функций зубочелюстной системы, которые способствуют правильному развитию зубочелюстной системы у детей и предупреждению развития стойких зубочелюстных аномалий и деформаций.*

**Ключевые слова:** зубочелюстные аномалии, вредные привычки, формирование прикуса

### Актуальность

Вредные привычки у детей являются одной из причин возникновения и развития зубочелюстных аномалий и деформаций. Они способствуют возникновению парафункции мышц, окружающих зубные ряды, смещению нижней челюсти, вызывают нарушение положения отдельных зубов и их групп, изменение формы зубных рядов, нарушение прикуса в сагиттальном, трансверзальном и вертикальном направлениях. Эти нарушения закрепляются с возрастом и нередко приводят к изменению формы лица. Кроме того, они могут являться причиной заболевания пародонта. В ходе последних исследований было установлено, что в основном вредные привычки выявляются в раннем возрасте. Проблемой является отсутствие знаний у родителей и детей про последствия вредных привычек для зубочелюстной системы.

Основная задача врачей-ортодонт – создание условий для гармоничного роста и развития зубочелюстной системы ребёнка. Этиология зубочелюстных аномалий многофакторна.

На формирование зубочелюстных аномалий оказывают влияние общие заболевания, наследственные факторы, наличие вредных привычек. Под вредными привычками в стоматологии подразумевают те, которые отрицательно сказываются на росте и развитии челюстных и других костей лицевого отдела черепа и прилежащих мягких тканей. В.П. Окушко систематизировала разновидности вредных привычек и сгруппировала их по физиологическому принципу.

I. Привычка сосания (зафиксированные двигательные реакции):

- 1) сосания пальцев,
- 2) сосания и прикусывания губ, щек, различных предметов,
- 3) сосания и прикусывания языка.

II. Аномалии функции (зафиксированные неправильно протекающие функции):

- 1) нарушение функции жевания,
- 2) неправильное глотание и привычка давления языком на зубы,
- 3) ротовое дыхание,
- 4) неправильная речевая артикуляция.

III. Зафиксированные позотонические рефлекс, определяющие неправильное положение частей тела в покое:

1) неправильная поза тела и нарушение осанки,

2) неправильное положение нижней челюсти и языка в покое.

Часто вредные привычки сочетаются друг с другом, иногда после устранения одной привычки появляется другая.

### **Привычка сосания пальцев**

Сосательный рефлекс – врождённый. После рождения функция сосания развивается, к шести месяцам достигает максимума. К году должна угаснуть. Но иногда на основе рефлекса сосания возникают патологические оральные привычки (парафункции), которые играют негативную роль во время формирования прикуса. Наиболее распространено длительное сосание «Пустышек», либо их роль выполняют губы, язык, щёки, пальцы, карандаши и др. В соответствии с давлением на конкретные участки наблюдается наклон вперёд верхних резцов и избыточное развитие верхней челюсти. Изменяется тонус губ: верхняя губа расслабляется, нижняя напрягается, нижние зубы наклоняются внутрь, верхние вперёд. У языка нет опоры – он выдвигается вперед, прокладывается между зубами, формируется открытый прикус.

Сосание пальцев, в основном большого пальца правой руки, реже левой, встречается чаще других разновидностей вредных привычек. Нервное напряжение, эмоциональное беспокойство имеют значение при возникновении вредной привычки сосания. Такая привычка проявляется чаще у детей, находящихся на грудном вскармливании. Она нередко возникает после отнятия соски или отнятия от груди. Дети чаще сосут палец во время засыпания и пробуждения, но при выраженной вредной привычке сосут днем и ночью. Если привычка менее выражена, то отучить ребенка возможно путем воздействия на его психику. В случаях более выраженных привычек сосания дети бывают менее контактными, они стесняются своей привычки, но не в силах ее преодолеть. Наказывать таких детей не следует, резкие действия старших могут привести к замкнутости ребенка, его заиканию и другим расстройствам нервной системы.

Клинически: палец, который сосет ребенок, бывает чище других, тоньше, на его коже нередко заметны кровоизлияния, ноготь истончен. Дети, подростки и взрослые во время сосания пальца отворачиваются, стараются найти укромное место, чтобы избежать насмешек окружающих.

Наиболее типичные зубоальвеолярные нарушения, развивающиеся в результате сосания пальца:

- протрузия передних зубов верхней челюсти и зубоальвеолярное укорочение в этом участке, что нередко приводит к возникновению открытого прикуса (рис.1, 2). Протрузия резцов чаще сочетается с образованием трем между ними, реже – с тесным их расположением;



*Рис. 1. Открытый прикус, сформировавшийся под влиянием вредной привычки сосание пальца*



*Рис. 2. Открытый прикус на этапе лечения с помощью «брекет-системы»*

- при длительном и интенсивном сосании нередко нарушается рост челюстей;

- выступание верхних резцов затрудняет смыкание губ и способствует ротовому дыханию;

- передний участок нижней зубной дуги обычно бывает уплощенным в результате ре-



трузии нижних резцов или наблюдается их тесное расположение;

- зубные ряды деформируются по форме пальца, расположенного между ними. Если попросить ребенка показать, как он сосет палец, то можно убедиться в этом;

- длительное сосание пальца и его давление на коронки зубов, альвеолярные отростки приводит к дистальному смещению нижней челюсти, отставанию ее роста. Этому способствует мезиальное перемещение верхних боковых зубов в область более узкой части зубной дуги, первые постоянные моляры нередко поворачиваются по оси вокруг их небного корня, что приводит к стойкому удлинению верхней зубной дуги;

- сужение верхнего зубного ряда, возникающее в результате повышения отрицательного давления в полости рта при сосании большого пальца, усиливается;

- сужение верхнего зубного ряда нередко приводит к развитию вестибулярного перекрестного прикуса;

- может возникать привычное смещение нижней челюсти вперед, в сторону, развитие мезиального или перекрестного прикуса при сосании согнутого указательного пальца или при расположении одного или двух пальцев в области угла рта;

- формируется глубокий купол нёба («гогическое нёбо»), деформируется дно носовой полости, искривляется носовая перегородка, что затрудняет носовое дыхание;

- изменяется также расположение языка, нередко его кончик и корень смещаются кзади или язык занимает низкое (каудальное) положение. При последнем нарушении на основании осмотра лица в профиль можно увидеть кожную складку на поверхности кожи, под подбородком («двойной подбородок»), свидетельствующую о низком расположении языка.

Вредная многолетняя привычка сосания большого пальца приводит к нарушению осанки, а именно, наклону головы вперед, изменению в шейном участке позвоночника, в результате нарушения функции мышц, окружающих зубные ряды, а также межреберных мышц. Последствием таких нарушений является уменьшение жизненного объема легких, нарушение функции дыхания, кровообращения. В связи с этим вопросы ранней профилактики зубоче-

люстных аномалий, обусловленных вредной привычкой сосания большого пальца, приобретают социальное значение. Кроме большого пальца, дети нередко сосут другие пальцы – один или несколько, но следует подчеркнуть, что положение в полости рта одного или нескольких пальцев бывает не всегда одно и то же у каждого ребенка. Иногда сосание пальцев сочетается с другой вредной привычкой, например, одновременного удерживания одной рукой мочки уха или ушной раковины; поглаживание, потирание другой рукой отдельного участка тела.

Вредная привычка сосания наблюдается в младшем школьном возрасте, у некоторых детей после тяжёлых инфекционных заболеваний, что объясняется нагрузкой на нервную систему из-за ослабления организма. У школьников вредные привычки могут возникнуть вследствие подражания.

У родителей детей с вредной привычкой сосания пальца нужно собрать подробные анамнез о способе вскармливания ребенка, длительности пользования соской и длительности вредной привычки, ее периодичности в течение суток, а также о характере ребенка, реактивности нервной системы, об окружающей его внешней среде. Детей с повышенной возбудимостью нервной системы важно направить на консультацию к невропатологу.

Детям, у которых привычка сосания пальца привела к зубоальвеолярной протрузии на верхней челюсти или зубоальвеолярной ретрузии на нижней челюсти и сужению верхнего зубного ряда с тенденцией к развитию дистального или открытого прикуса, назначают стандартную вестибулярную пластинку, которая способствует отучиванию от вредной привычки. Применение стандартных вестибулярных пластинок в течение 2–4 месяцев приводит к устранению вредной привычки.

### **Сосание и прикусывание губ**

Привычка прикусывать нижнюю губу возникает при патологии носоглотки, затрудняющей носовое дыхание, детям приходится прикусывать нижнюю губу, чтобы удержать нижнюю челюсть в удобном положении. Эта привычка выражается в сосании и прикусывании нижней либо верхней губы, языка и щёк, в кусании карандаша, ручки, ногтей. Чаше – это прикусывание (рис.3) или сосание нижней губы.





Рис. 3. Вредная привычка прикусывание нижней губы



Рис. 4. Патологический прикус в результате вредной привычки

Длительное прикусывание нижней губы ведёт к скученности нижних передних зубов, недоразвитию зубного ряда и нижней челюсти, недостатку места для зубов. (рис.4)

Если дети держат ручку или карандаш между резцами – возникает диастема. Сосание угла подушки, одеяла, воротника с поворотом головы при длительной привычке приводит к появлению асимметрии лица.

### Неправильная речевая артикуляция

Функция речи не является врождённой, формируется постепенно у ребёнка, находящегося в речевой среде, завершается в основном к 3-5-летнему возрасту. Органы полости рта – важная часть речевого аппарата, поэтому часто патология речи и нарушения прикуса взаимосвязаны. Если малыш для произнесения шипящих и свистящих звуков прокладывает язык между зубами формируется промежуток между зубными рядами, т.е. открытый прикус. И также, если имеется открытый прикус и сужены зубные ряды у детей встречаются дефекты в произнесении звуков ч, с, ш, р.

### Ротовое дыхание.

Во всех возрастных периодах нормой является носовое дыхание. При дыхании через рот поток воздуха, проходя через полость рта, оказывает давление на твёрдое нёбо и стимулирует

рост формирующих его костей. Нёбо выгибается в полость носа и имеет вид сужающегося кверху купола, т.е. «готическое» нёбо. Поскольку давление потока воздуха не оказывает давления на альвеолярные дуги, они остаются недоразвитыми, а зубные ряды – суженными со скученностью зубов. Хроническое ротовое дыхание чаще связано с нарушением проходимости носовых ходов из-за ринита, полипов, искривления носовой перегородки и т.д. Необходимо направить ребёнка на лечение к педиатру (при ОРЗ) или отоларингологу (при ЛОР-патологии). Развитие зубочелюстной системы взаимосвязано с развитием всех систем растущего организма и влияет не только на внешность, но и на общее состояние здоровья ребёнка, его осанку, речь и развитие в целом. Ротовое дыхание приводит к нарушению деятельности мимических мышц, круговой мышцы рта, языка и зубочелюстным аномалиям. При нарушении дыхания активность круговой мышцы рта в несколько раз повышается по сравнению с нормой, а её выносливость снижается. При ротовом дыхании ребёнок прокладывает язык между зубными рядами, что ведёт к протрузии резцов верхней челюсти. Дополнительное давление натянутых щёчных мышц, возникающее у ребёнка при дыхании ртом, способствует сужению зубных дуг.

### Неправильная поза тела и нарушение осанки

Негативное влияние на формирование прикуса оказывает вынужденное положение ребёнка за столом, не соответствующим его росту. Родителям необходимо следить, чтобы во время сна голова ребёнка не была запрокинута, следить за положением ребёнка (на спине или боку), чтобы не допустить деформации позвоночного столба, чтобы не была высокой подушка и мягкой перина, ребёнок не подкладывал «ручку под щёчку», рот должен быть закрыт на период сна и бодрствования. Родители должны обеспечить ребёнка правильной мебелью для сна: упругий матрас и невысокая подушка.

Статистика свидетельствует также, что в возрасте шести лет у детей уже имеются деформации прикуса. Среди детей в возрасте 5-8 лет распространённость составляет от 42% до 67%.

Частота встречаемости вредных привычек и их влияние на формирование зубочелюст-

ных аномалий проанализирована автором в ходе профилактических осмотров учащихся 1-5 классов (7-12 лет) в стоматологических кабинетах двух общеобразовательных учреждений (школ) города Лангепаса. Обследовано 243 ребенка. Выявлено 94 человека с физиологической окклюзией, 149 с зубочелюстными аномалиями.

Обследованных разделили на группы:

- по виду окклюзии;
- по наличию вредных привычек.

Клиническое обследование состояло из осмотра лица, полости рта, опроса детей о наличии вредных привычек.

При обследовании детей с физиологическим прикусом у 27 человек (28,7%) выявлены вредные привычки (привычка грызть ручки, карандаши, ногти, сосать верхнюю или нижнюю губу, язык, подкусывать щеки), у детей с патологической окклюзией вредные привычки выявлены у 76 детей (51,3%).

Среди 243 обследованных детей у 149 (61,3%) выявлены зубочелюстные аномалии.

У детей с зубочелюстными аномалиями наблюдались следующие вредные привычки:

- 29,2 % – привычка грызть ручки и карандаши;
- 28,5% – привычка грызть ногти;
- 20,1% – привычка сосания верхней или нижней губы;
- 19,2% – привычка сосания языка и прикусывания щёк;
- 3% – привычка подкладывать ладошку под щеку во время сна.

Среди 103 детей с вредными привычками у 74 обнаружены зубочелюстные аномалии (71,8%).

Среди детей с вредными привычками у:

- 37,9% – дистальная окклюзия;
- 15,7% – вертикальная резцовая окклюзия;
- 9,1% – перекрестная окклюзия;
- 6,7% – глубокая резцовая окклюзия;
- 2,6% – мезиальная окклюзия;
- 28% – физиологическая окклюзия (рис.5).

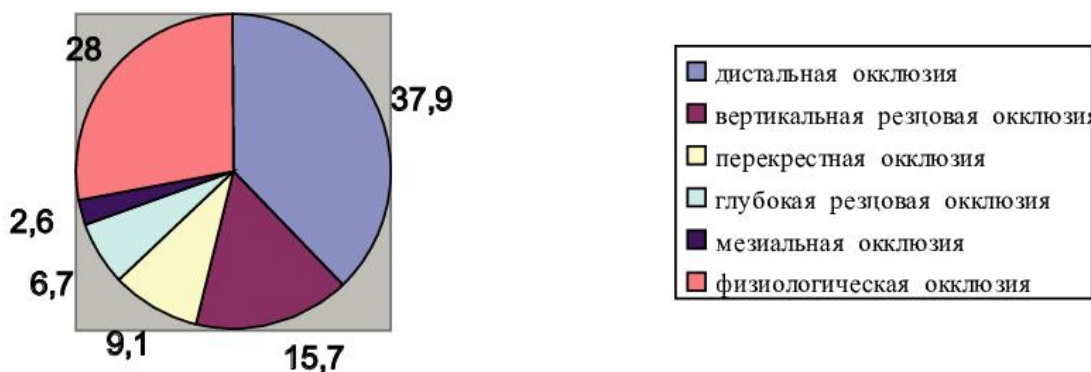


Рис. 5. Распределение видов окклюзии у детей с вредными привычками.

Таким образом, распространенность вредных привычек у детей 7-12 лет зубочелюстными аномалиями составляет 51,3%. Зубочелюстные аномалии среди детей с вредными привычками встречаются в 72 %.

У детей с вредными привычками и зубочелюстными аномалиями выявлены диспропорции профиля лица и зубных рядов в соответствии с аномалией окклюзии и наличием патологических привычных действий. Сохранение

вредных привычек ведёт к формированию зубочелюстных аномалий.

С целью предотвращения проблем с формированием прикуса, нужно следить, чтобы все функции челюстно-лицевой области формировались своевременно и правильно, предупреждать появление вредных привычек. Необходимым условием для предупреждения возникновения вредных оральных привычек является правильная организация питания ре-



бёнка: сохранение грудного вскармливания, своевременное введение прикорма с ложечки, питьё из чашки. Важно создать условия для психического и физического развития ребёнка, психологический комфорт внутри и вокруг ребёнка, ему не придется искать успокоения в парафункциях.

Лечение от уже сложившихся вредных привычек сводится к психологической и педагогической помощи. Сегодня большинство стоматологов с уважением относятся к психологическим проблемам маленьких пациентов. При необходимости применяются специальные ортодонтические аппараты для нормализации нарушенных функций и ранней коррекции зубочелюстных аномалий, вестибулярные пластинки, трейнеры (рис.6), LM-активаторы.



Рис. 6. Трейнер

Применение стандартных вестибулярных пластинок имеет социально-гигиеническое значение, что довольно комфортно для использования детьми. Преимущество стандартных вестибулярных пластинок в их доступности для массового применения, общем экономическом эффекте и экономии времени врача. Их применение в детских садах имеет целью борьбу с вредными привычками и, главное, их последствиями.

Для профилактики зубочелюстных аномалий важно повысить стоматологическую грамотность родителей и детей, возможно проведение «уроков здоровья» с привлечением врачей-стоматологов, ортодонтотв.

Также необходимо повысить мотивацию родителей для проведения эффективного лечения деформаций зубных рядов, если они возникли.

Саморегуляция аномалий прикуса, вызванных вредными привычками, возможна, если привычка устранена до 3 лет. Если не устранена до 4-5 лет, то саморегуляция сомнительна. Действие вредной привычки после 5 лет способствует закреплению и прогрессированию аномалий.

Доказано, что развитие зубочелюстной системы проще нормализовать в период смены молочных зубов на постоянные, так как при этом включаются механизмы саморегуляции и нормализация прикуса происходит за счёт биологических механизмов адаптации растущего организма.

Своевременная диагностика нарушенных функций челюстно-лицевой области и вредных привычек, а также ранняя их коррекция способствует правильному развитию зубочелюстной системы у детей и предупреждает развитие стойких зубочелюстных аномалий и деформаций.

### Литература

1. Хорошилкина, Ф.Я. Ортодонтия. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – С.45-52.
2. Флаттер, Джон Ротовое дыхание как фактор негативного влияния на общее развитие детского организма // Ортодонтия. – 2012. – №2. С.50–55.
3. Русакова, Е.Ю., Савинова, Л.П., Малыгина, Д.Е., Авакян, С.А. Профилактика и лечение зубочелюстных аномалий у детей младшего школьного возраста // Ортодонтия. – 2012. – №1. – С. 90-91.
4. Данилова, М.А., Гвоздева, Ю.В., Убирия, Ю.И. Динамика показателей электромиографического исследования в процессе лечения миофункциональных нарушений у детей в периоде прикуса временных зубов // Ортодонтия. – 2010 – №4. – С.3-5.
5. Рублева, И.А. Оценка взаимосвязи зубочелюстных аномалий и психоневрологических нарушений у детей 7-12 лет: автореферат. – М., 2010. – С. 3 – 23.
6. Терехова, Т.Н. Факторы риска развития зубочелюстных аномалий. // Современная стоматология – 2013. – №1. – С. 24 – 27.

© Никанорова А.А., Атаева М.А., 2020



УДК 340.624.6: [340.624.1+340.626.5+ 591.544]

## ПОИСК ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАВЕРШЕННОГО СУИЦИДА С ФАЗАМИ ЛУНЫ, ВРЕМЕНЕМ ГОДА И ВОЗРАСТОМ. СТАТИСТИКА СУИЦИДА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРАСНОЯРСК ЗА 2016-2017 ГОД

**Федин И.В.,**

кафедра судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО  
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития РФ

**Чикун В.И.,**

кафедра судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО  
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития РФ

**Дядичкина Н.В.,**

кафедра судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО  
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития РФ

**Дуков Д.В.,**

кафедра судебной медицины и патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова с курсом ПО  
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ

*Цель исследования: Выявить зависимость случаев завершённых суицидов (огнестрельная травма, повешение, падение с высоты) по половозрастному признаку, от времени года и фаз луны по данным Красноярского краевого бюро СМЭ в г. Красноярск за 2016 - 2017 гг.*

*Материалы и методы: Ретроспективный анализ: «Заключений СМЭ» и фаз луны за 2016 и 2017 гг.*

*Задачи:*

1. Провести сравнительную характеристику данных о случаях завершённого суицида в г. Красноярск в зависимости от возраста, времени года и фазы луны.  
2. Провести сравнительный анализ количества завершённого суицида между 2016 и 2017гг. по отдельности и в совокупности.

3. Оценить тенденцию завершённого суицида и выявить наличие взаимосвязи с фазой луны за 2016-2017гг.

*Результаты: в возрастном аспекте наибольший удельный вес самоубийств составила группа мужчин в возрасте от 22 до 60 лет. Также уровень мужских суицидов выше уровня суицидов среди женщин на 57,14%. По времени года преобладает зимне-весенний период. Основное количество самоубийств осуществляется вне лунных явлений (полнолуние/новолуние), не наблюдается значительного преобладания между показателями «новолуние/полнолуние», «расту́щая луна/убывающая луна».*

*Заключение: самоубийство является сложным для расследования актом из-за большого количества факторов, влияющих на мотив совершения самоубийства: социальные, климатические и экологические условия жизни, наличие психических расстройств или соматических заболеваний. Вопреки распространённому мнению, луна не оказывает статистически значимого влияния на количество совершённых суицидов. В то время как отмеченный высокий уровень смертности от самоубийств среди лиц трудоспособного возраста неблагоприятно влияет на состав трудовых ресурсов и воспроизведения населения.*

**Ключевые слова:** завершённый суицид, огнестрельная травма, падение с высоты, механическая асфиксия, фазы луны, сезонность суицидов

### **Введение**

Попытки объяснить поведение человека влиянием определенных факторов окружающей среды предпринимались на протяжении многих веков. Гиппократ, считающийся отцом медицины, в одном из своих произведений утверждал: «того, кто охвачен ужасом, страхом

и безумием в течение ночи посещает Богиня Луны».[6] Несмотря на распространённое мнение о влиянии лунных фаз на количество самоубийств, обширные исследования ученых всего мира не смогли подтвердить данную теорию. [7] Тем не менее, среди населения сохраняется вера во влияние луны, особенно полнолуния,

на самоубийства и поведение человека в целом. Несомненно, взаимосвязь между лунными фазами и суицидами может отличаться в зависимости от региона и времени. Ранее такие исследования в г. Красноярск не проводились, что и стало основным мотивом данной работы.

Не стоит забывать, что суицид является актуальной проблемой, обусловленной социальной значимостью как с медицинских и судебно-медицинских позиций, так и со стороны социальных и статистических показателей. По последним данным Всемирной организации здравоохранения в развитых странах самоубийство, как причина смерти, занимает одно из первых мест наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими болезнями и несчастными случаями в результате дорожно-транспортных происшествий. [1]

В ходе нашего исследования мы провели изучение зависимостей случаев завершённых суицидов (огнестрельная травма, повешение, падение с высоты) по половозрастному признаку, времени года и фазам луны, используя данные Красноярского краевого бюро СМЭ в г. Красноярск за 2016–2017 гг.

В 2016 году общее количество смертельных исходов составило 240 человек, из них 189 (78,75%) – мужчины и 51 (21,25%) – женщины. В 2017 году число совершённых суицидов составило – 222 человека, из них 174 (73,38%) – мужчины, 48 (21,62%) – женщины. В 2017 году, по сравнению с 2016 годом, произошло снижение смертности на 3,89%.

В результате нашего исследования было установлено, что в 2016 году в возрастном пе-

риоде от 15 до 21 года было зафиксировано 14 смертей, из них 1 случай – смерть в результате огнестрельной травмы, 6 случаев, связанных с падением с высоты и 7 случаев смертей в результате механической асфиксии.

В возрастном периоде от 22 до 60 лет среди мужчин: 10 суицидов, связанных с огнестрельной травмой, 41 суицид вследствие падения и 87 случаев механической асфиксии. В то же время у женщин в возрастном периоде от 21 до 55 лет было зафиксировано: 19 падений с высоты, 9 случаев смерти от механической асфиксии.

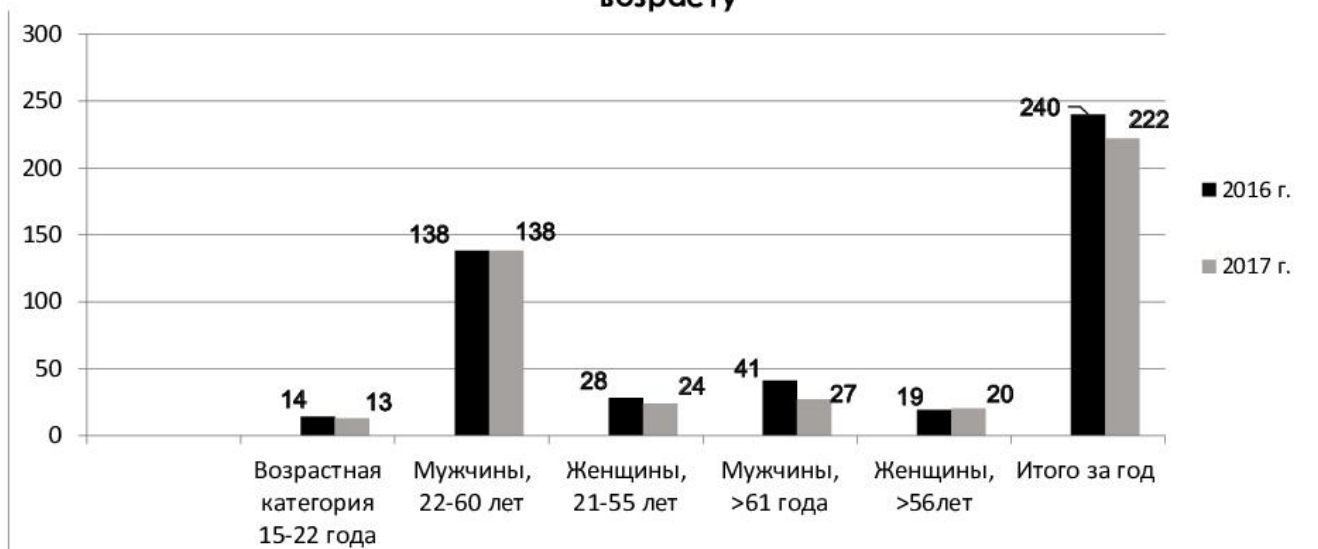
В возрастной категории от 56 лет у женщин: 9 случаев падений, 10 случаев повешения. У мужчин в возрасте от 61 года: 2 случая огнестрельной травмы, 14 случаев падения с высоты и 25 случаев механической асфиксии.

В 2017 году в возрастном периоде от 15 до 21 года было зарегистрировано 13 смертей, связанных с суицидом, из них 7 вследствие падения и 6 в результате асфиксии.

В возрастной категории от 22 до 60 лет среди мужчин: 9 случаев самоубийства в связи с огнестрельной травмой, 28 случаев, связанных с падением, 101 случай механической асфиксии. У женщин в возрасте от 21 до 55 лет: 12 случаев падений с высоты и 12 случаев смерти от механической асфиксии.

В возрастной категории от 56 лет у женщин: 10 случаев падения, 10 случаев повешения. У мужчин в возрасте свыше 61 года: 6 самоубийств посредством огнестрельного ранения, 9 случаев падения с высоты, 12 случаев механической асфиксии.

**Сравнительный анализ количества завершённых суицидов за 2016-2017 гг. по возрасту**





Особое внимание было уделено изучению тенденций совершения самоубийств по временам года. В 2016 году основное число самоубийств было совершено в зимне-весенний период. При этом в зимний период всего было отмечено 64 случая самоубийств, что составило 26,6%; из них 1,6% (4 человека) занимает самоубийства, связанные с огнестрельной травмой, 6,25% (15 человек) – падение с высоты, 18,75% (45 человек) – механическая асфиксия. В весенний период было зарегистрировано 65 случаев, что составило 26,6%. Огнестрельная травма – 3 человека (1,25%); падение с высоты – 24 чело-

века (10%); механическая асфиксия – 38 человек (15,83%).

В 2017 году преобладал весенне-летний период. Весной было совершено 69 самоубийств, что составило 31,08%, из них: огнестрельная травма – 5 человек (2,25%); падение с высоты – 22 человека (9,09%); механическая асфиксия – 42 человека (18,91%). во время летнего периода было зафиксировано 54 случая, составляющих 24,32%, из них: огнестрельная травма 3 человека (1,35%); падение с высоты – 22 человека (9,09%); механическая асфиксия – 29 человек (13,06%).

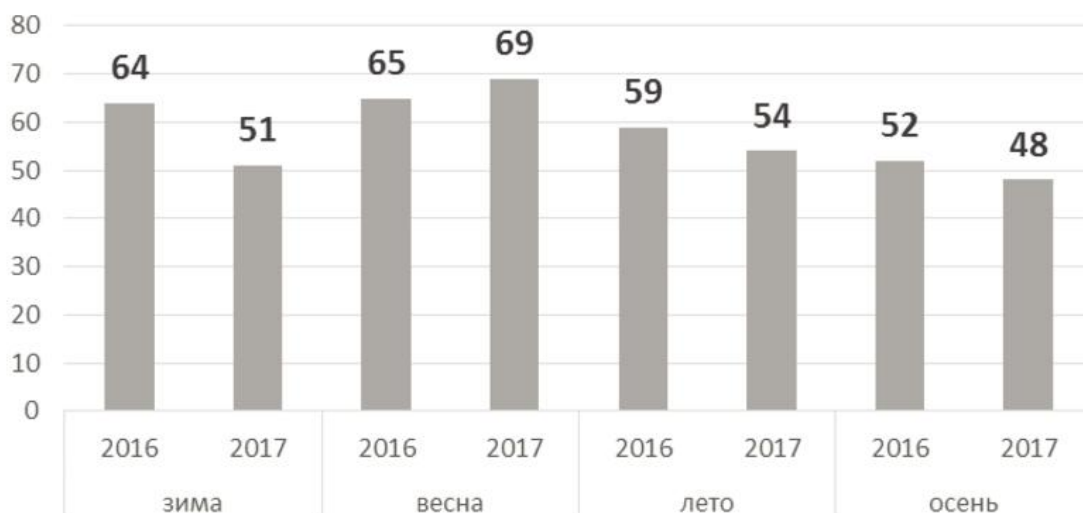
### Сравнительный анализ количества завершённых суицидов по месяцам за 2016-2017 гг.



При сравнении данных 2016 и 2017 годов, отмечается тенденция снижения количества смертей по времени года: в 2017 году на 2,81%

- зимой, 1,08% - летом, 0,87% - осенью. Также можно отметить повышение количества смертей в весенний период на 0,87%.

### Сравнительный анализ завершённых суицидов в 2016-2017 гг. по времени года





**Обзор результатов. Количество совершенных суицидов в зависимости от метода, фазы луны и пола в 2016 г.**

| Метод                | Новолуние  | Интерфаза     |                | Полнолуние |
|----------------------|------------|---------------|----------------|------------|
|                      |            | Растущая луна | Убывающая луна |            |
| Огнестрельная травма |            |               |                |            |
| Мужчины              | 0          | 6 (46,15%)    | 6 (46,15%)     | 1 (7,69%)  |
| Женщины              | 0          | 0             | 0              | 0          |
| Всего                | 0          | 6 (46,15%)    | 6 (46,15%)     | 1 (7,69%)  |
| Падение с высоты     |            |               |                |            |
| Мужчины              | 2 (2,25%)  | 25 (28,09%)   | 29 (32,58%)    | 1 (1,12%)  |
| Женщины              | 1 (1,12%)  | 22 (24,72%)   | 6 (6,74%)      | 3 (3,37%)  |
| Всего                | 3 (3,37%)  | 47 (52,81%)   | 35 (39,33%)    | 4 (4,49%)  |
| Повешение            |            |               |                |            |
| Мужчины              | 6 (4,35%)  | 52 (37,68%)   | 57 (41,3%)     | 4 (2,9%)   |
| Женщины              | 2 (1,45%)  | 9 (6,52%)     | 8 (5,8%)       | 0          |
| Всего                | 8 (5,8%)   | 61 (44,2%)    | 65 (47,1%)     | 4 (2,9%)   |
| Итого                |            |               |                |            |
| Мужчины              | 8          | 83            | 92             | 6          |
| Женщины              | 3          | 31            | 14             | 3          |
| Всего                | 11 (4,58%) | 114 (47,5%)   | 106 (44,17%)   | 9 (3,75%)  |

Таблица 2

**Обзор результатов. Количество завершенных суицидов в зависимости от метода, лунной фазы и пола в 2017 г.**

| Метод                | Новолуние | Интерфаза     |                | Полнолуние |
|----------------------|-----------|---------------|----------------|------------|
|                      |           | Растущая луна | Убывающая луна |            |
| Огнестрельная травма |           |               |                |            |
| Мужчины              | 1 (6,67%) | 6 (40%)       | 7 (46,67%)     | 0          |
| Женщины              | 0         | 1 (6,67%)     | 0              | 0          |
| Всего                | 1 (6,67%) | 7 (46,67%)    | 7 (46,67%)     | 0          |
| Падение с высоты     |           |               |                |            |
| Мужчины              | 1 (1,52%) | 16 (24,24%)   | 22 (33,33%)    | 1 (1,52%)  |
| Женщины              | 0         | 14 (21,21%)   | 11 (16,67%)    | 1 (1,52%)  |
| Всего                | 1 (1,52%) | 30 (45,45%)   | 33 (50%)       | 2 (3,03%)  |
| Повешение            |           |               |                |            |
| Мужчины              | 3 (2,13%) | 59 (41,84%)   | 56 (39,72%)    | 2 (1,42%)  |
| Женщины              | 0         | 15 (10,64%)   | 6 (4,26%)      | 0          |
| Всего                | 3 (2,13%) | 74 (52,48%)   | 62 (43,97%)    | 2 (1,42%)  |
| Итого                |           |               |                |            |
| Мужчины              | 5         | 81            | 85             | 3          |
| Женщины              | 0         | 30            | 17             | 1          |
| Всего                | 5 (2,25%) | 111 (50%)     | 102 (45,95%)   | 4 (1,8%)   |

**Сравнительный анализ завершённых суицидов в 2016-2017 гг. по фазам луны**



Анализ статистики показал, что значимая корреляция между фазой луны и завершёнными суицидами отсутствует. При этом, несмотря на распространённое мнение, что количество суицидов возрастает именно в период полнолуния, результаты анализа опровергают данное предположение. В 2016 году количество самоубийств во время полнолуния составило всего 9 человек (3,75% от общего количества совершённых суицидов), а во время новолуния количество самоубийств составило 11 человек (4,58% от общего количества); большинство же самоубийств приходится на период интерфазы, когда предполагаемые влияния луны на организм человека отсутствуют. Схожая картина наблюдается и в 2017 году: во время полнолуния было зарегистрировано 4 случая (1,8%), во время новолуния – 5 случаев (2,25%). Исходя из этого, можно сделать вывод, что лунные явления не оказывают значительного влияния на поведение человека и на его склонность к совершению самоубийства. Также стоит отметить приблизительно равные значения количества суицидов во время полнолуния и новолуния.

**Результаты исследования**

По сравнению с 2016 годом, в 2017 году наблюдается повышение количества самоубийств, связанных с огнестрельной травмой на 1,34% и механической асфиксией на 6,01%; в

то же время, количество смертельных исходов при падении уменьшилось на 7,35%. Стоит отметить преобладание самоубийств путем повешения, по сравнению с остальными методами, оно составляет 57,5% и 63,51% от общего количества смертей в 2016 и 2017 году соответственно.

По времени года преобладает зимне-весенний период.

В возрастном аспекте наибольшее количество самоубийств наблюдалось среди мужчин в возрасте от 22 до 60 лет. Также уровень мужских суицидов выше уровня суицидов среди женщин на 57,14%.

Основное количество самоубийств осуществляется вне лунных явлений (полнолуние/новолуние), не наблюдается значительного преобладания между показателями «новолуние/полнолуние», «растущая луна/убывающая луна».

**Заключение**

Судебно-медицинская экспертиза случаев суицидальной смерти должна включать в себя комплексный подход не только к поиску и анализу основной причины смерти, но и к изучению всех факторов, имеющих отношение к наступлению смерти через суицид. [1] Самоубийство является сложным для расследования актом из-за большого количества факторов, влияю-

щих на мотив совершения самоубийства: социальные, климатические и экологические условия жизни, наличие психических расстройств или соматических заболеваний. Только при учете всех этих факторов возможно понимание роли временных и климатических переменных в формировании «критических» периодов для совершения суицидальных действий. [5]

Отмеченный высокий уровень смертности от самоубийств среди лиц трудоспособного возраста неблагоприятно влияет на состав трудовых ресурсов и воспроизведения населения.

### Литература

1. Пиголкин, Ю.И., Кильдюшов, Е.М., Шилова, М.А. и др. Судебно-медицинские, социальные и гендерные аспекты суицидальной смерти // Вестник судебной медицины. – 2016. – Т. 5. – № 1. – С. 10–15.
2. Чертовских, А.А., Тучик, Е.С. Социальная характеристика лиц, погибших в результате механической асфиксии при повешении в городе Москва // Вестник судебной медицины. – 2017. – Т. 6. – № 3. – С. 26–30.
3. Карашук, Д.Н., Кузьмина, В.А., Семенов, Е.Н. и др. К вопросу о современном состоянии проблемы самоубийств // Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы: сб. науч. трудов. – Красноярск, 2005. – Вып.3. – С. 50–51.
4. Гелда, А. П. Влияние временных и климатических факторов на суицидальное поведение человека / А. П. Гелда, А. Н. Нестерович, О. В. Лисковский // Медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 12-16.
5. Jones, P.K., Jones, S.L. (1997). Lunar association with suicide. *Suicide Life Threat. Behav.* 7:31–39.
6. Biermann, T, Estel, D, Sperling, W, Bleich, S, Kornhuber, J, Reulbach, U. Influence of lunar phases on suicide: the end of a myth? A population-based study. *Chronobiol Int* (2005) 22(6):1137–43.
7. Zoltán Kmetty\*, Álmos Tomasovszky and Károly Bozsonyi. Moon/sun – suicide. Attempts to understand the complex mechanism of suicide. *Rev Environ Health.* 2018 Jun 27;33(2):213-217.

© Федин И.В., Чикун В.И., Дядичкина Н.В., Дуков Д.В., 2020

УДК 615.03

## ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ЦЕЛЕВОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРОПОФОЛОМ

**Дорофеев В.В.,**

врач анестезиолог-реаниматолог  
отделения анестезиологии и реанимации БУ «Няганская окружная больница»

*Тотальная внутривенная анестезия вместе, как и ингаляционная, прочно занимает место в арсенале анестезиологического пособия. В настоящий момент этот вид обезболивания усовершенствуется и в настоящее время есть возможность контролировать и легко управлять внутривенной анестезией, так же, как и ингаляционной. Одним из препаратов для внутривенного наркоза является пропофол.*

**Ключевые слова:** тотальная внутривенная анестезия, пропофол, TIVA TCI

### Цель работы

Оценить преимущества и возможность применения внутривенного анестетика «пропофол» по методике TIVA TCI у пациентов различной степени риска при оперативных вмешательствах в различных областях хирургии.

### Задача

Оценить простоту применения и выполнения TIVA TCI пропофолом во время анестезиологического пособия.

Тотальная внутривенная анестезия вместе, как и ингаляционная, прочно занимает место в



арсенале анестезиологического пособия. В настоящий момент этот вид обезболивания усовершенствуется, появилась возможность контролировать и легко управлять внутривенной анестезией, так же как и ингаляционной. Одним из препаратов для внутривенного наркоза является пропофол.

Основываясь на фармакокинетической модели пропофола, было создано несколько математических моделей распределения препарата в организме. Это дало возможность рассчитывать и управлять концентрацией препарата в организме и таким образом, управлять анестезией. Так появился в анестезиологии термин тотальная внутривенная анестезия по целевой концентрации или TIVA TCI. В мире эта методика используется достаточно широко. Наряду с моделью пропофола есть математические модели для эсмерона, ремифентанила. Также на сайте европейского общества анестезиологов по тотальной внутривенной анестезии <http://www.eurotova.eu> есть возможность для наглядного просмотра перераспределения препарата во время наркоза, видима его концентрация во всех трех компартаментах. Это так называемый *tivatrainner*. Все эти модели – хорошее подспорье в арсенале анестезиолога. Наркоз становится более управляем, и предсказуем.

К сожалению, в России доступна модель TCI только для пропофола. В основном представлены 2 модели это MARSH и SCHNIDER. Отличие между ними в том, что в первой модели вводится только вес пациента. Во второй кроме веса – рост, возраст, пол.

Эта методика проведения внутривенной анестезии стала возможной в нашей больнице в конце 2007 – в начале 2008 годов, когда появилось новое оборудование – мониторы с возможностью контроля BIS.

Интерфейс в этих приборах прост и понятен. При установке шприца (помпа работает со всеми типами и видами шприцев) он предложит выбрать режим работы. Последовательно вводя данные пациента (рост, вес, пол, возраст) анестезиолог должен выбрать ту необходимую, по его мнению, концентрацию препарата для ввода в наркоз и затем для поддержания. Начальная скорость введения пропофола по умолчанию 1200 мл/час, и она может быть изменена. В дальнейшем при достижении установленной концентрации, на ее поддержание в плазме

скорость снижается до 36-37мл/час. После того как все данные введены и начато введение пропофола, в одном из подменю будет отражена концентрация анестетика в плазме и та концентрация, к которой помпа будет стремиться. Анестезиолог, оценивая состояние пациента, клинически и по BIS сможет легко подобрать ту концентрацию, которая будет необходима в каждом конкретном случае. В последующем скорость введения пропофола будет снижена из-за его перераспределения. Так же возможно будет снизить необходимую концентрацию препарата в плазме для поддержания наркоза.

Няганская окружная больница в 2019 году провела в общей сложности анестезиологических пособий 8070, из них общих обезболиваний – 5346.

Внутривенных анестезий по целевой концентрации в 2019 году было проведено 169 (86 плановых и 83 экстренных операций). При операциях на брюшной полости общехирургического профиля – 114, обширных реконструктивных операциях в сосудистой хирургии (АБФШ) – 6, на крупных магистральных сосудах (пластика ВСА) – 8, травматологии и нейрохирургии – 8, при гинекологических операциях – 13 и операциях на ЛОР органах – 20. Возраст пациентов от 16 до 73 лет. Степени риска 2,3,4 группы по шкале МНОАР (2-3-4гр по ASA).

Методика проведения анестезии: после стандартной внутримышечной премедикации бензодиазепинами и гистаминоблокаторами в профильном отделении.

Индукция фентанил в дозировке 1,5-2 мкг/кг, стартовая дозировка пропофола в зависимости от исходной степени анестезиологического риска – 1 мкг/мл (4 степень) 2,5 или 3 мкг/мл (2-3 ст риска). Шаг увеличения так же зависит от степени риска – на 0,5 мкг/мл при 4 ст. и 1 мкг/мл 2-3 степень риска. На интубацию трахею или эсмерон 0,6 мг/кг. На поддержание анестезии фентанил 2-1,5 мкг/кг каждые 20–30 мин. Миорелаксанты по потребности. В дальнейшем по уровню BIS и клинически снижали уровень необходимой концентрации обычно до 2–1,5 мкг/мл.

### Случай №1

Больная М, 50 лет, поступила в НОБ с диагнозом: хронический левосторонний мезотим-

панит. Из сопутствующей патологии отмечает ВСД по гипертоническому типу, хр. холецистит в стадии ремиссии. Лабораторно – без особенностей. Рост 158 см, вес 68 кг.

Поступила для операции – левосторонняя тимпаноластика.

Степень риска по шкале МНОАР 3 гр. (3,5 балла). Вид анестезии ТВВА. Премедикация стандартная в профильном отделении. Индукция фентанил 0,1 мг. Пропофол по ТСІ 2,3 мкг/мл. На поддержание анестезии фентанил 0,1 мг/час; пропофол 1,7 – 1,5-1,4 мкг/мл.

Продолжительность операции 151 мин. Использовано 88 мл пропофола.

Экстубация через 10 мин после окончания операции и отмены введения.

Через 15 мин после окончания операции переведена в профильное отделение.

### **Случай №2**

Больная Ж, 50 лет, поступила в НОБ в экстренном порядке с диагнозом: Острый калькулезный холецистит.

Сопутствующую соматическую патологию отрицает.

В лабораторных исследованиях умеренный лейкоцитоз со слабым сдвигом влево. Ранее наркозов не было, операции – отрицает. Рост 157 см, вес 64 кг.

Операция лапароскопическая холецистэктомия. Риск 3 гр. по МНОАР (4,5 балла). Вид ТВВА. После премедикации в профильном отделении, в операционной: индукция фентанил 2 мкг/кг, пропофол по ТСІ 4 мкг/мл. На под-

держание фентанил 0,1 мг, пропофол 3 – 2,3 – 2 мкг/мл. Продолжительность операции 40 мин. По окончании операции и отмены препарата экстубирована на 12 мин, выведена в профильное отделение на 20 мин после окончания операции.

### **Вывод**

Методика проведения анестезиологического пособия с применением пропофола по TIVA ТСІ достаточно проста и удобна. Она дает возможность эффективно и с наименьшими затратами использовать этот анестетик в анестезиологии. Также позволяет максимально уменьшить побочные эффекты пропофола – брадикардию, снижение артериального давления, как во время индукции, так и во время поддержания наркоза. Приведены случаи типичные в практике анестезиолога. Надеюсь, что этот принцип введения препарата найдет свое место и в реаниматологии для седации больных.

### **Литература**

1. Смит, Йен, Уайт, Пол Тотальная внутривенная анестезия. – М.: Издательство Бином, 2006.
2. Калви, Т.Н., Уильямс, Н.Е. Фармакология для анестезиолога. – М.: Издательство Бином, 2007.
3. Морган-мл., Дж.Эдвард Клиническая анестезиология – 4-е издание. – М.: Издательство Бином, 2013.

©Дорофеев В.В., 2020

УДК 614.2

## ОФИЦИАЛЬНЫЕ АККАУНТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СОВЕТЫ БЫВАЛОГО

Рецлова Ю.А.,

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

Казакова В.А.,

главный врач  
БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»

*В наш стремительный век человек все свое свободное время стал проводить во всемирной паутине. Как ни печально, но Галактика Гутенберга стала проигрывать Галактике Цукерберга. К сожалению, если большинству наших подписчиков дать два варианта получения информации – прочитать развернутую статью или бегло получить информацию из материала, оформленного в виде картинок, то большинство выберет второй вариант.*

**Ключевые слова:** социальные сети, официальный аккаунт, Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника



Рис. 1. А какой источник быстрого получения информации выберете вы?

Стремительно набирающие популярность социальные сети, как и породивший их интернет, проникают сегодня во все сферы нашей жизни, в том числе и в такую важную, а порой и в прямом смысле болезненную сферу, как здоровье. Появление социальных сетей стало следствием развития и распространения самого интернета. По статистике, около 50% населения нашей планеты состоят в какой-нибудь социальной сети, а неко-

торые даже в нескольких сразу. Лучше всего об их популярности говорят данные о молодежи: 96% молодых людей общаются в соцсетях.

Несмотря на то, что медицина требует специальных знаний, наши пациенты активно изучают интернет, находят у себя болезни, занимаются самолечением и могут сформировать диссидентское общественное мнение о медицинской организации.



Когда основным IT-источником общения с нашими пациентами был официальный сайт, мы обратили внимание как изменяется структура источников, с которых заходят пользователи на сайт. С каждым месяцем все больше и больше просмотров было именно с различных гаджетов, а не со стационарных ПК.

Свои официальные аккаунты Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника создала еще в ноябре 2017 года – на пике популярности своего официального сайта (см. рис. 2).

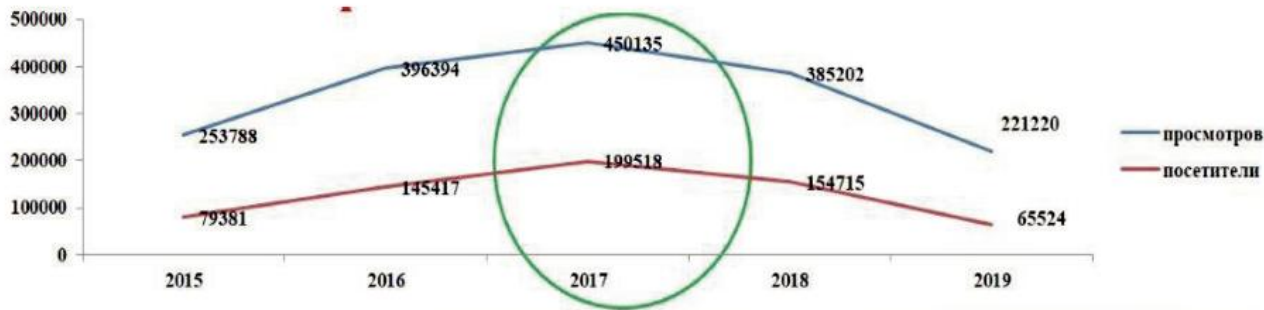


Рис. 2. Динамика посещения официального сайта Учреждения за 2015 – 2019 гг.

Когда мы разрабатывали концепцию своих официальных аккаунтов, то ставили перед собой следующие вопросы:

1. В каких социальных сетях мы создадим свои аккаунты?

2. Кто этим будет заниматься?
3. О чем будем рассказывать?
4. Кто и когда будет рассказывать?
5. Как будем рассказывать?
6. Как будем продвигать?

Далее представим свои ответы на эти вопросы.

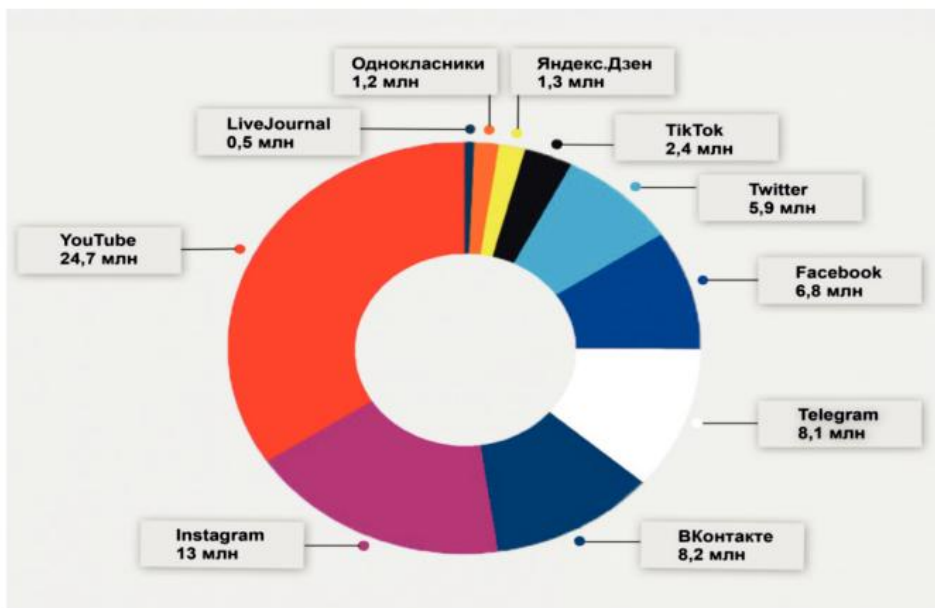


Рис. 3. Рейтинг социальных сетей по числу подписчиков

В 2017 году активно завоевывал свои позиции Инстаграм. Зная, что опубликовав пост в Инстаграме, его можно автоматически разме-

стить в Фейсбуке, Фейсбук тоже был выбран нашей медиа-площадкой. Ну, и любимый всеми «ВКонтакте» не остался в стороне.



[https://www.instagram.com/dental86\\_hm/](https://www.instagram.com/dental86_hm/)



<https://vk.com/dental86>



<https://www.facebook.com/dental86hm/>



С самых первых дней творческий процесс настолько захватил нас, что мы даже придумали иконку нашим аккаунтам – на фоне логотипа

учреждения кубик-рубика с логотипами социальных сетей

**2. Кто этим будет заниматься? (Определить редактуру).** В штатах многих медицинских организаций автономного округа появились пресс-секретари, большинство из которых имеют профессиональное журналистское или филологическое образование. Но не все организации могут себе позволить иметь пресс-секретаря. Даже если пресс-секретарь имеется в штате, материал, который содержит профессиональную информацию, желательно отдать на рецензирование человеку с медицинским образованием.

В Ханты-Мансийской клинической стоматологической поликлинике основной костяк редактуры составил пресс-секретарь и заместитель главного врача по организационно-методической работе. На первых порах все материалы согласовывались с главным врачом. Руководитель должен понимать, что подобранная им команда работает в правильном ключе. Ни для кого не секрет, что соцсети могут создать как положительный имидж, так и антиимидж.

Сегодня наполнением контента помимо вышеупомянутой команды занимаются все заместители главного врача (как правило, это новостной компонент), заведующие отделениями, врачи. С 2020 года к этой работе мы подключили и медицинских сестер. Как мы это смогли сделать? Не забываем, что у нас в руках есть замечательный инструмент – приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 04.12.2013 № 653 «О мерах по дальнейшему повышению уровня медико-гигиенических знаний населения», одним из приоритетных направлений в развитии здравоохранения является возрождение системы профилактики заболеваний и формирование культуры здорового образа жизни, обязывающий каждого медицинского работника ежемесячно заниматься санитарно-просветительской деятельностью. Необходимо понимать, что в наш скоростной век на лекции ходить будут только пожилые люди. И то многие из них уже активно осваивают всемирную паутину (кстати, новая коронавирусная инфекция, вызванная Covid-19, тоже дала толчок для освоения интернета возрастными пациентами). Поэтому необходимо изменить форму работы с пациентами и, как вариант, большую часть перевести в русло соцсетей. Для каждого сотрудника можно подобрать свою форму работы: кто-то может работать в прямом эфире, кто боится камеры и микрофона, подготовит небольшой письменный материал.

**3. Определить о чем будем рассказывать.** На первоначальном этапе мы определили несколько тем и подготовили для них хэштеги. Условно мы выделили пять больших групп и поделили их на подгруппы:

| Новостной блок | Кадровый блок        | Профилактический блок    | Методики лечения и клинические случаи | Развлекательный блок  |
|----------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| #Новости       | #Готовим кадры       | #Шаг                     | #Школьная стоматология                | #История стоматологии |
| #Месячник      | #Наше будущее        | #Чистый четверг          | #Инновации в стоматологии             | #Стоматологи шутят    |
| #Мы в эфире    | #Давайте знакомиться | #Болезни зубов и дёсен   | #Ортопедия                            | #Факты                |
|                |                      | #Здоровые детские улыбки | #Ортодонтия                           | #Поздравляем          |
|                |                      |                          | #Терапия                              | #Конкурс              |



Наверняка у многих читателей вызовет недоумение наличие развлекательного блока в официальном аккаунте государственной медицинской организации. И напрасно. Прежде чем негодовать воспользуйтесь таким интерес-

ным инструментом как анализ половозрастной структуры своих подписчиков. Уверены, что половозрастная структура ваших подписчиков не будет кардинально отличаться от нашей (рис.4).

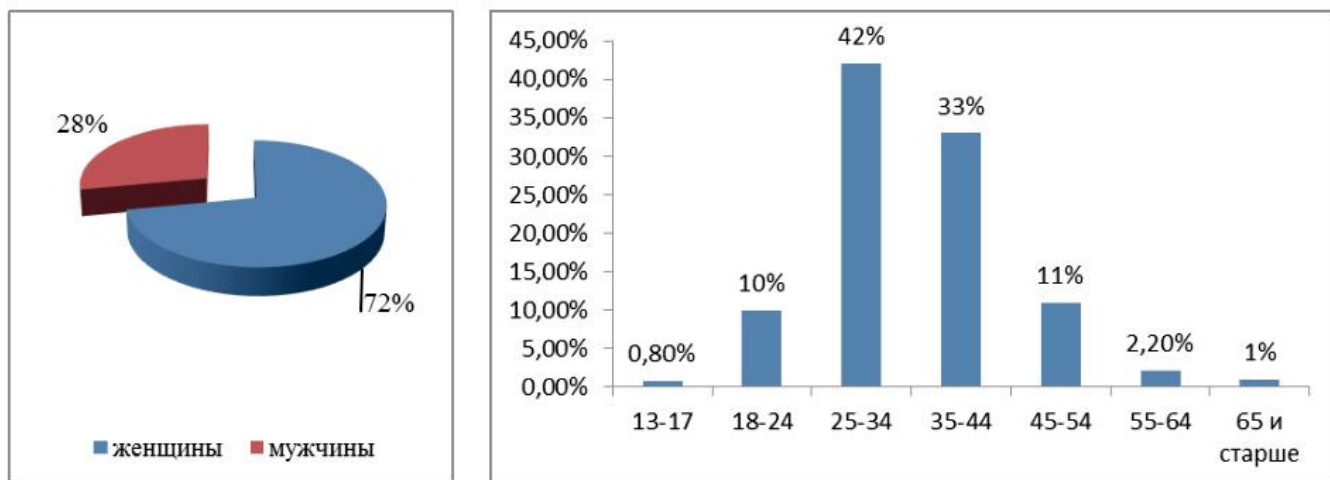


Рис. 4. Анализ половозрастной структуры подписчиков официальных аккаунтов Ханты-Мансийской клинической стоматологической поликлиники

На рис. 4 видно, что основная часть подписчиков – молодые люди. Если вы будете наполнять контент только серьезной информацией, они ее будут просто пролистывать в своей ленте. При этом если миксовать развлекательные посты с серьезными, постепенно можно приучить своих подписчиков читать серьезную информацию. По опыту работы наибольшей популярностью пользуются различные конкурсы (селфи с врачом, викторины и т.д.). В период режима самоизоляции, введенного для предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной Covid-19, именно конкурсы помогали нам поддерживать наших пациентов и оставаться с ними на связи.

Особое внимание хочется обратить на качество размещаемой информации. Установите в организации требования к:

- фотографиям (99% фотографий, которые мы размещаем, сделаны на гаджет, но с хорошей камерой),
- если в материал включена информация другого автора, обязательно необходимо сделать ссылку на источник,
- при размещении готовых электронных постеров, флаеров обращайте внимание на размер шрифта. Как правило, готовые материалы такого рода не предназначены для размеще-

ния в соцсетях. В результате текст на картинке невозможно прочитать. Это довольно частая ошибка наших коллег.

**4. Кто и когда будет рассказывать?** Для любой бесперебойной работы нужен план. У профессиональных журналистов такой план называется медиа-планом.

В свой медиа-план мы включаем материалы не только для соцсетей, но и для размещения на интернет-ресурсах, в том числе вышестоящих организаций.

**5. Как будем рассказывать?** Просматривая контент наших коллег, мы обратили внимание, что многие пользуются только лентой. Не забываем, что основные подписчики у нас – молодые люди, которые могут быть подписаны на большое количество аккаунтов. До вас очередь может просто не дойти. В этом случае для анонсирования материала и возможности быстрого его поиска мы используем такой инструмент как сториз. Кстати, в сториз мы загружаем различные ролики по профилактике различных заболеваний, социальные ролики и т.д., которые нам любезно предоставляют наши партнеры (Центр медицинской профилактики, Департамент здравоохранения, Департамент



| Дата размещения | Материал  |            |               | Ответственный за предоставление проекта | Необходимость размещения на сайте |                    |                          |          |                  |      |
|-----------------|---|------------|---------------|---|-----------------------------------|--------------------|--------------------------|----------|------------------|------|
|                 | наименование  | формат     | готовность    |   | ХМКСП Новости                     | ХМКСП "Это должен" | ОООС                     | Депздрав | Администрация ХМ | СтАР |
| 01.05.2019      | Мир! Труд! Май!   | фото       | материал есть | Казакова А.В.                           |                                   |                    |                          |          |                  |      |
| 02.05.2019      | Месячник профилактикой развития зависимостей                | фото       | материал есть | Рецлова Ю.А.                            | да                                |                    |                          |          |                  |      |
| 03.05.2019      |   |            |               |   |                                   |                    |                          |          |                  |      |
| 04.05.2019      | Вредные привычки (сигареты, орехи, ручки, карандаши и т.д.) | фото       | материал есть | Марченко А. Мокрицкая Н.Г.              |                                   | да                 |                          |          |                  |      |
| 05.05.2019      | Давайте знакомиться - Тубакова                              | жское фото | материал есть | Абашева И.Г.                            |                                   |                    |                          |          |                  |      |
| 06.05.2019      | Дентальная имплантация и курение                            | фото       | материал есть | Рецлова Ю.А.                            |                                   | да                 |                          |          |                  |      |
| 07.05.2019      | День радио. Мы на радио                                     | жское фото | материал есть | Рецлова Ю.А.                            | да                                |                    |                          |          |                  |      |
| 08.05.2020      | Давайте знакомиться - Мукаева                               | жское фото | материал есть | Козырев И.Н.                            |                                   |                    |                          |          |                  |      |
| 09.05.2019      | День Победы!  | фото       | материал есть | Казакова А.В.                           | да                                |                    |                          |          |                  |      |
| 10.05.2019      | -   | -          | -             | -                                       |                                   |                    |                          |          |                  |      |
| 11.05.2019      | -   | -          | -             | -                                       |                                   |                    |                          |          |                  |      |
| 12.05.2019      | День медицинской сестры                                     | фото       | материал есть | Казакова А.В.                           | да                                |                    | да<br>отдельный материал |          |                  |      |
| 13.05.2019      | Причины боли или щелчков в суставе                          | фото       | материал есть | Могильников (Кургузов)                  |                                   | уже есть           |                          |          |                  |      |
| 14.05.2019      | Статья про часы   | фото       | материал есть | Рецлова Ю.А.                            | да                                |                    |                          |          |                  |      |
| 15.05.2019      | Влияние табака на зубы                                      | фото       | проект есть   | Ташбулатова                             |                                   |                    |                          |          |                  |      |
| 16.05.2019      | Месячник профилактикой развития зависимостей                | фото       | материал есть | Лукашевич Л.В.                          |                                   | Архивно отправлена |                          |          |                  |      |
| 17.05.2019      |   |            |               |   |                                   |                    |                          |          |                  |      |
| 18.05.2019      | Давайте знакомиться - Яценко                                | жское фото | материал есть | Абашева И.Г.                            |                                   |                    |                          |          |                  |      |
| 19.05.2020      | Особенности протезов с винтовой фиксации                    | фото       | материал есть | Молоков (Кургузов)                      |                                   | уже есть           |                          |          |                  |      |
| 20.05.2019      | Влияние насвая на здоровье                                  | фото       | материал есть | Туренко В.А.                            |                                   | да                 |                          |          |                  |      |
| 21.05.2019      | Давайте знакомиться - Белжкова                              | жское фото | материал есть | Белжкова О.Г.                           |                                   |                    |                          |          |                  |      |
| 22.05.2019      | День зубной пасты   | фото       | материал есть | Казакова А.В.                           |                                   | да                 |                          |          |                  |      |
| 23.05.2019      | пункт термометрии   | жское фото | материал есть | Рецлова Ю.А.                            | да                                |                    |                          |          |                  |      |

Рис. 5. Типовой макет медиа-плана Ханты-Мансийской клинической стоматологической поликлиники

общественных и внешних связей, администрация города Ханты-Мансийска и др).

В своем профиле в разделе «Актуально» вы можете закреплять важную информацию (часы работы, контактные телефоны, выдержки из правил поведения пациентов и т.д.).

**6. Как будем продвигать?** Для нас это наиболее сложный момент. «Накрутить» подписчиков можно заплатив. Сомневаемся, что государственная медицинская организация сможет пойти на это (тем более в нынешнее непростое время). Поэтому делимся с вами своими методами:

- разместите ссылки на свои аккаунты на официальном сайте своей медицинской организации,

- разместите QR коды на информационных стендах в холлах учреждения,

- проводите конкурсы (они обязательно должны заканчиваться награждением и не обязательно дорогими подарками!),

- размещайте у себя в ленте фото популярных людей вашего учреждения в ленте (в нашем случае это главный врач В.А.Казакова, которая также является депутатом Думы города Ханты-Мансийска),

- информирование врачами пациентов на прием,

- перепост медицинскими работниками организации материалов в своих личных аккаунтах,
- реклама.

Обращаем ваше внимание, что социальные сети – отличный инструмент оперативного общения со своими подписчиками. Будьте готовы к тому, что по мере увеличения числа ваших подписчиков будет увеличиваться число обращений на ваши аккаунты. Это могут быть:

- комментарии под постом. Если положительный отзыв о материале, специалисте, не забудьте поблагодарить подписчика. Если отрицательный комментарий – необходимо объяснить/ прокомментировать неправильность действий.

- обращения в директ.

Какой бы вид обращения не был, ответ должен быть достаточно оперативным.

Мы поделились своим опытом работы в социальных сетях. И в заключение хотим сказать, что главной целью социальных сетей является социализация и интеграция, стремление к установлению отношений с другими пользователями с возможностью перехода этих отношений в более реальные. Любая функция социальной сети переплетается с коммуникационной и, в конечном итоге, трансформируется в коммуникацию.

© Рецлова Ю.А., Казакова В.А., 2020



*40-летний юбилей отмечает в 2020 году БУ «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника». Это большой праздник, знаменательное событие. Это прекрасный возраст, когда коллектив полон сил и энергии, уже есть профессиональные успехи и достижения, но главные наши победы - это здоровые и улыбающиеся дети.*

Становление службы города начиналось с 2 кабинетов, детского и ортодонтического, при стоматологической поликлинике МСЧ «Мегионнефть» в 1975 году. В это же время были открыты стоматологические кабинеты в трех школах, там зарождалась профилактическая служба детской стоматологии.

19 июня 1980 года была организована первая в ХМАО детская стоматологическая поликлиника. Стоматологическую помощь оказывали два стоматолога, семь зубных врачей, девять медсестер и одна санитарка. Но город развивался и рос, а вместе с ним «взрослела» и наша поликлиника. В свой первый, десятилетний юбилей, поликлиника встречала с 33 врачами, 34 медицинскими сестрами и 5 санитарками.

Мы «выросли», сегодня в поликлинике трудятся 53 врача и 66 медицинских сестер. Поликлиника располагается в двух корпусах, в 22 школах города функционируют стоматологические кабинеты. Мы все тот же дружный коллектив, одна большая семья, в которой царит понимание и поддержка. С 1990 года и по сегодняшний день ведет коллектив к успешному будущему наш главный врач, Шустова Ольга Александровна.



В целом специалистов БУ «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника» характеризует высокий профессионализм. Систематическое повышение своего профессионального и интеллектуального уровня, чуткость и внимательное отношение к подрастающему поколению – основные критерии медицинского персонала учреждения.

Мы стали взрослее вместе с жителями города. Нередко к нам приводят детей родители, которых врачи еще сами помнят детьми. Они идут к нам без страха, потому, что уверены, что здесь их детям окажут необходимую помощь и отнесутся с вниманием и чуткостью.

Наши дети – это наша радость! Все родители мечтают, чтобы каждый день его малыша был радостью и событием, чтобы ребенок был здоровым. Здоровый ребенок – улыбающийся ребенок! Ведь именно здоровые зубы – это неотъемлемая часть беззаботного детства и сияющей улыбки. Вот почему важно начать работу над здоровьем зубов с раннего детства, ставя приоритетом профилактику. Внедрение различных методик и формата проведения профилактической работы одна из важнейших задач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская городская детская стоматологическая поликлиника».

На базе поликлиники, одной из первых в истории детской стоматологии в России, созда-



на и в течение двадцати лет действует психологическая служба. Предназначение психолога в детской стоматологической службе мы видим в своевременной квалифицированной психологической подготовке ребенка к приему у стоматолога.

Профилактика стоматологических заболеваний является приоритетным направлением в работе нашего учреждения.



Так, в рамках Программы профилактики стоматологических заболеваний и формирования здорового образа жизни среди детского населения города БУ «Нижевартовская городская детская стоматологическая поликлиника» совместно с автономным учреждением ХМАО-Югры «Театр кукол «Барабашка» создали уникальное творение: спектакль-урок для детей с 4-х лет «Азбука здоровья». Демонстрация «Азбуки» прививает заботу о здоровье с ранних лет, способствует формированию здорового образа жизни, тем самым улучшая профилактику различных заболеваний. Премьера спектакля состоялась 30 мая 2015 года и была приурочена ко Дню защиты детей. И теперь каждый театральный сезон Нижевартовский театр юного зрителя включает в репертуар спектакль «Азбука здоровья».

Атмосфера уюта и спокойствия при посещении стоматологической поликлиники – это то, что может создать хорошо настроенный эмоциональный фон у пациента без всяких лекарств. Поэтому наше медицинское учреждение, по мере возможности, стремится к тому, чтобы внутреннее убранство помещения отвечало не только соответствующим нормам, но и заряжало позитивными эмоциями любого из посетителей.



Поликлиника, в которой ребенок может встретить разнообразные арт-объекты, осмыслить их, сфотографироваться рядом с ними на память, – становится достопримечательностью. Место, которое ассоциируется с болью и посещением врача, приобретает другой смысл. Ребенок перестает воспринимать себя здесь как на враждебной территории и получает заряд позитивных эмоций. Важен и тот факт, что если у ребенка хорошее настроение, то и у его родителей оно тоже меняется.

Ежегодно с 20 марта 2008 года по инициативе Всемирной стоматологической федерации – FDI во всем мире отмечается Всемирный День здоровья полости рта – World Oral Health Day (WOHD). Целью проведения данного Дня является максимальное акцентирование внимания общественности на глобальных проблемах, связанных со стоматологическим здоровьем, повышение осведомленности политиков, врачей, общественных деятелей и населения в целом о подходах к профилактике, раннему выявлению и лечению заболеваний полости рта, а также о факторах риска, приводящих к их развитию.

Детская стоматологическая поликлиника города Нижевартовска ежегодно принимает активное участие в данном мероприятии. Так в 2019 году на Комсомольском озере организован флешмоб: «Каждому ребенку Нижевартовска здоровую и красивую улыбку». Сотрудники БУ «Нижевартовская городская детская стоматологическая поликлиника» в количестве 69 человек изобразили 2 фигуры: зуб с зубной щеткой и губы. Снимки были сделаны при помощи





квадрокоптера. В отделении №1 поликлиники проведен спринт-конкурс «Украшим мир ослепительными улыбками». В конкурсе принимали участие 11 учеников второго класса, психолог и волонтеры учреждения. Для детей была организована «Клиника стоматологических мастеров», где каждый пришедший ребенок смог принять в небольшом импровизированном конкурсе. Группы ребят соревновались в лепке, разгадывании загадок и ребусов, «пломбировании зубов». После окончания конкурса ребята

получили дипломы и подарки. В 2020 году проведен челлендж: «Здоровые зубы – здоровый организм». Сотрудники и волонтеры БУ «Нижевартовская городская детская стоматологическая поликлиника» на улице раздавали зубные щетки детям.

А в общеобразовательных школах города проводятся уроки здоровья среди учеников начальных классов в форме презентации на тему «Надо ли беречь зубы и почему». Много нового, не известного ранее, открывают для себя школьники. А самое главное они узнают, что здоровые зубы – это залог здоровья всего организма. После окончания презентации ребята получают наклейки в подарок и памятки, о том, как нужно ухаживать за зубами, и еще долго делятся впечатлениями друг с другом. Кроме этого, для детей с ограниченными возможностями по слуху во Всероссийском обществе глухих проводим лекции с использованием сурдоперевода «Основы профилактики полости рта». В общеобразовательных учреждениях города проведены уроки здоровья, мастер-классы.



И это не весь перечень проводимых мероприятий профилактической направленности, используемый в работе нашей поликлиники!

Сегодня мы применяем принципиально новые подходы в профилактике, стараясь увлечь детей своей идеей, заинтересовать их и мотивировать к здоровому образу жизни.

Профилактические мероприятия зачастую становятся предметом обсуждения для всего города. Коллектив подходит к делу нестандартно, стараясь увлечь детей своей идеей, заинтересовать их и мотивировать к здоровому образу жизни. Мотивировать, как известно, проще всего в виде игры или яркого действия.



## СОДЕРЖАНИЕ

### ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Дмитришак М.В.** Ценообразование в аптеке – вопрос государственной важности.....3  
**Колосова Т.С., Шкурова Н. А.** Электронный рецепт на лекарственные препараты: опыт реализации пилотного проекта в БУ «Няганская городская поликлиника».....9

### РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

- Жевелик О.Д., Шемонаев К.А., Бедарев И.М., Сорокина Э.Ш.** Инновационная модель аддиктологической помощи пациентам с химическими зависимостями в наркологическом отделении БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница».....13  
**Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Шрайбер Т.А., Евстигнеева И.Ю.** Научно-организационный совет КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы».....16  
**Галица В.В., Назарова И.М., Лёвочкин С.П., Мунасипов Р.Н.** Опыт лечения детей с болезнью Пайра.....18  
**Белоцерковцева Л.Д., Присуха И.Н., Абулгазин С.Г., Лизин К.А., Фатеева А.В.** Неотложная хирургическая помощь и специализированная оперативная реабилитация у новорожденных детей в БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» (Результаты работы за 2008-2019 гг).....22

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Урываев Ю.М., Шелудько С.В.** Выбор оперативных методов лечения стриктуры уретры у мужчин.....29  
**Шульгина И.В.** Траектория профессионального развития медицинских сестер психиатрического профиля .....34

- Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М., Мисников П.В.** Морфологические находки. Туберкулез.....39  
**Короткевич Т.В.** Динамика индикаторов алкогольных проблем в Беларуси.....41  
**Алибеков И.М., Гуз Д.Г., Чумак К.С., Джаилова А.А., Рамазанова А.Р., Перунова О.А., Зилфикарова Н.Р.** Ирригационная терапия в амбулаторной ринохирургии - Оценка эффективности и безопасности применения устройства «Аква Марис Лейка» в послеоперационном периоде.....45  
**Ершов В.И., Саманов Ю.М., Ишматова Д.А.** О вопросе дифференциальной диагностики острого коронарного синдрома и желудочно-кишечного кровотечения на догоспитальном этапе.....49  
**Зотова Е.П.** Новые психоактивные вещества – эпидемия XXI века?.....53  
**Никанорова А.А., Агаева М.А.** Роль вредных привычек в формировании зубочелюстных аномалий и способы их устранения.....57  
**Федин И.В., Чикун В.И., Дядичкина Н.В., Дуков Д.В.** Поиск взаимосвязи завершённого суицида с фазами луны, временем года и возрастом. Статистика суицида среди населения города Красноярск за 2016-2017 год.....63  
**Дорофеев В.В.** Опыт проведения тотальной внутривенной анестезии по целевой концентрации пропофолом.....68

### ТОЧКА ЗРЕНИЯ

- Рецдова Ю.А., Казакова В.А.** Официальные аккаунты медицинской организации государственной системы здравоохранения. Советы бывалого.....71

### ПОЗДРАВЛЯЕМ

- Творцы детских улыбок!.....76





### Уважаемые коллеги!

Предлагаем Вам опубликовать 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@miasugra.ru](mailto:zmanovskayaev@miasugra.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@miasugra.ru](mailto:zmanovskayaev@miasugra.ru).