



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



ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 2 /27/2021

Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16+



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 2(27) 2021

16 +

Учредитель

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

Редакция

Зав. редакцией
Дёмин Е.А.

Секретарь редакции

Змановская Е.В.

Дизайн и верстка журнала

Митрофанов М.Г.

Корректор

Шереметьева В.В.

Адрес издателя, редакции

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

Главный редактор

Чистяков С.Н.

Зам. главного редактора

Овечкина Т.Д.

Ответственный секретарь

Токарева И.В.,
кандидат филологических наук

Все права защищены.

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

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

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

На обложке: *Сатинов Алексей Владимирович* – победитель регионального этапа Всероссийского конкурса врачей в 2021 году в номинации «Лучший руководитель медицинской организации», главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница»

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

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

Дата выхода 23.06.2021 г.

Усл.печ. 83.

Тираж 50 экз.

Выходит раз в
три месяца

Цена
свободная

Отпечатано

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



Уважаемые коллеги!

Перед вами новый номер журнала «Здравоохранение Югры: опыт и инновации», который мы создаем в непростое время, когда система здравоохранения должна трансформироваться под влиянием пандемии новой коронавирусной инфекции.

Именно сейчас, как никогда, от консолидации усилий организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций независимо от их форм собственности и ведомственной принадлежности зависит реализация эффективных управленческих решений, спо-

собных обеспечить лидерство нашей системы здравоохранения в борьбе с COVID-19.

В этом номере журнала публикуются материалы о профилактике профессиональных заболеваний в условиях Севера с учетом неблагоприятных климатических факторов по результатам обязательных медицинских осмотров и внедрении методики оценки групп риска профессиональных заболеваний работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными или опасными условиями труда.

Также вы сможете узнать о возможностях использования новейших технологий в современной стоматологии, позволяющих вывести лечение заболеваний ротовой полости на качественно новый уровень.

Мы надеемся, что широкий обмен накопленным опытом и знаниями между ведущими специалистами в этой области, открытое и всестороннее обсуждение актуальных проблем современной медицины на страницах нашего журнала будут полезны и крайне необходимы для поиска оптимальных системных решений.

Редакция принимает к рассмотрению материалы, которые представляют собой законченный фрагмент исследования с экспериментально аргументированными результатами и выходом на практику.

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

Главный редактор журнала
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»
Чистяков С.Н.,

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

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

УДК 616.31

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ МИРОВОЙ СТОМАТОЛОГИИ НА ТЕРРИТОРИИ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

Чураков И.В.,

главный врач

БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника»,

Заболотских Ю.П.,

врач-стоматолог-терапевт

лечебно-профилактического отделения №1

БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника»

Одним из приоритетов в работе коллектива БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» является предоставление пациентам стоматологической помощи, соответствующей как высоким требованиям Инновационного центра Стоматологической Ассоциации России, так и мировым стандартам современной стоматологии. Особенно актуальным становится подведение итогов деятельности в год 45-летнего юбилея медицинской организации.

Ключевые слова: денальный микроскоп, реставрация зубов, технология отбеливания зубов Zoom4, фото-фиксация в стоматологии

В последнее время новейшие технологии более чем активно используются в медицине в частности в стоматологии. Это позволило вывести лечение заболеваний ротовой полости на качественно новый уровень.

На сегодняшний день современные технологии применяются как для диагностирования, так и для непосредственного лечения, профилактики, а также протезирования. К счастью, новшества не обошли и стоматологические клиники в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, в том числе, бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» (далее – учреждение). На базе учреждения было открыто на функциональной основе отделение по оказанию платных стоматологических услуг – Территория современной стоматологии, где врачи оказывают высококвалифицированную стоматологическую помощь, используя современные методики лечения, новейшее оборудование, материалы ведущих мировых стоматологических компаний – производителей, что позволяет обеспечить максимально эффективное лечение зубов и десен. Немаловажно, что стоматологическую помощь при этом пациенты получают в условиях, отвечающих современным требованиям комфорта и сервиса.

Эргономика кабинета продумана не только для удобства медицинского персонала, но и для пациентов.



Рис. 1. Территория современной стоматологии, корпус по ул. 60 лет Октября, 47

Наличие отдельного входа с улицы, уютной зоны ожидания и просторного лечебного кабинета позволяет пациенту ощущать себя комфортно, а продуманный до мелочей дизайн пространства кабинета делает логистику из одной зоны в другую интуитивно понятной.



Рис. 2. Кабинет Территория современной стоматологии, корпус 60 лет Октября, 47

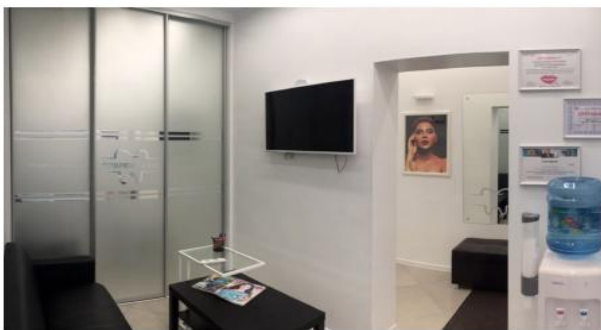


Рис. 3. Холл ожидания пациентов Территория современной стоматологии, корпус 60 лет Октября,-47

Среди самых прогрессивных технологий, используемых в Территории современной стоматологии, можно выделить следующее:

- Лечение зубов под денальным операционным микроскопом;
- Реставрация зубов с помощью инновационных композитных материалов;
- Реставрации зубов с помощью цельнокерамических реставраций;
- Отбеливание зубов системой ZOOM 4 WHITE SPEED;
- Профессиональное оборудование для фото- и видео- фиксации.



Рис. 4. Прием пациента Территории современной стоматологии

Рассмотрим данные технологии более подробно.

Лечение под микроскопом

Применение операционного микроскопа дает большие возможности в диагностике и лечении стоматологических заболеваний. Использование микроскопа является неотъемле-

мым фактором на пути соответствия мировым стандартам качества в современной стоматологии.

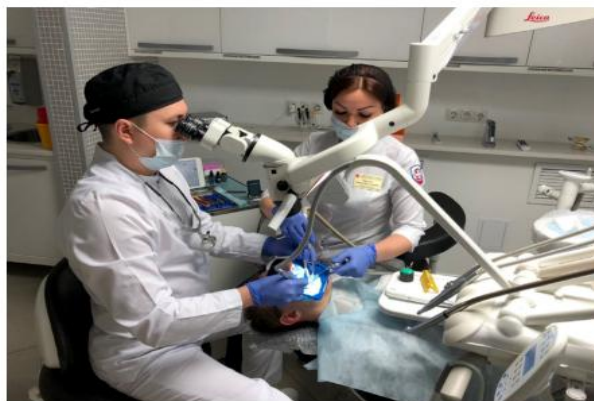


Рис. 5. Лечение пациента с помощью денального микроскопа

Данная технология и способность микроскопа многократно увеличивать изображение позволяет выявить кариес на самых ранних стадиях, увидеть скрытые кариозные полости, обнаружить микротрещины и перфорации на зубах. С помощью денального микроскопа возможно проводить даже самые сложные манипуляции, это особенно важно, когда речь идет о лечении каналов зубов. Благодаря мощной оптике, которой укомплектован микроскоп, врач имеет возможность максимально четко рассмотреть корневые каналы, увидеть мельчайшие анатомические особенности зуба и с ювелирной точностью препарировать исключительно пораженные ткани. Применение в практике денального микроскопа исключает любые возможные ошибки и просчеты во время лечения зубов. Использование микроскопа – это залог успешного и качественного лечения.

Реставрация зубов с помощью инновационных композитных материалов

Эстетическая стоматология – особое направление, в котором основные усилия направлены на возвращение натуральной красоты зубам. Одним из распространенных методов, применяемых с этой целью, является реставрация зубов композитными материалами. Процедура представляет собой установку современных, индивидуально подобранных пломб из фотополимерного материала, которые не отличаются от натуральных зубов. С помощью современных композиционных материалов

возможно изменить форму и цвет зубов. Врачи Территории современной стоматологии в своей ежедневной практике используют современные пломбировочные материалы мировых

фирм, таких как 3M ESPE (Filtek Z550, Z250, P60), Dentsply (cerem Shere TEC one), Tokuyama Denta (Estelite Asteria).



Рис. 6. Реставрация зуба во фронтальном участке до и после лечения



Рис. 7. Закрытие диастемы фотополимерным материалом до и после лечения

Реставрации зубов с помощью цельнокерамических реставраций

При наличии медицинских показаний к покрытию восстановленного зуба ортопедической конструкцией специалисты Территории современной стоматологии изготовят для пациента керамическую реставрацию согласно принципам минимальной инвазивности. Сегодня слова «винир», «керамическая коронка» стали синонимом белоснежных зубов. Отвечая высоким эстетическим требованиям наших пациентов, специалисты изготавливают и фиксируют на зубах красивые, прочные и долговечные керамические реставрации. Изготовление цельнокерамических реставраций (коронки, накладок и виниров) на сохранённые и восстановленные зубы позволяет логически завершить лечение пациента, не направляя его в другие кабинеты и отделения учреждения.

Расположение зуботехнической лаборатории непосредственно в стенах учреждения позволяет изготавливать современные цельнокерамические реставрации и индивидуализировать эстетические параметры совместно



Рис. 8. Восстановление зоны улыбки цельнокерамическими винирами до и после реставрации

с зубным техником, который имеет возможность оценить качество работы не только на модели, но и в полости рта, совместно с врачом-стоматологом-ортопедом.

Профессиональное отбеливание технологий ZOOM 4

Технология Zoom в настоящее время – одна из самых надежных и результативных методик отбеливания зубов для достижения голливудской улыбки, благодаря современным достижениям в науке, стала не только безопасной и щадящей, но и эффективной.

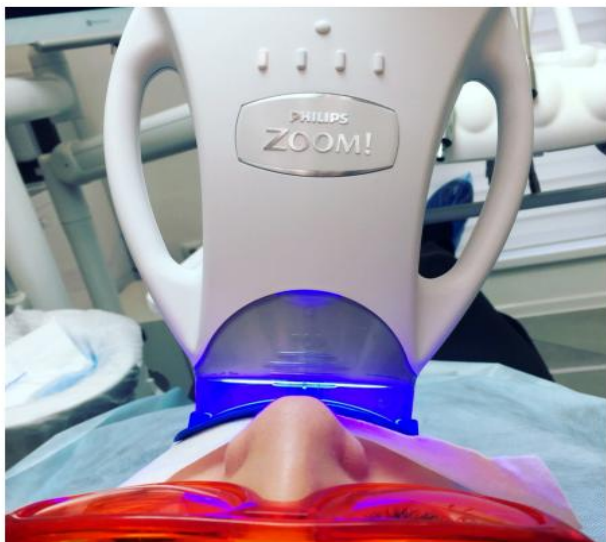


Рис. 9. Технология Zoom

В настоящее время сложно представить специалиста-стоматолога, нацеленного на высокие эстетические результаты работы, без фотокамеры. В кабинетах Территории современной стоматологии с 2019 года появилась возможность использовать в повседневной работе профессиональное оборудование для фото- и видео-фиксации результатов работ.



Рис. 11. Фото-фиксация в стоматологической практике

Технология Zoom 4, предлагаемая пациентам учреждения – это улучшенная версия отбеливания, при которой используются более эффективные и современные средства. Процедура эффективного отбеливания зубов системой ZOOM 4 успешно внедрена и проводится пациентам Территории современной стоматологии.



Рис.10. Технология Zoom:
улыбка до и после процедуры

Снимки позволяют иметь полное представление не только о цвете, но и о структуре и форме зубов. Использование фотокамеры позволяет:

- обеспечить контроль за качеством реставрационных работ;
- документировать этапы лечения в виде фотографий;
- объективно оценивать исходные и конечные результаты работы;
- оформлять результаты работы фото-протоколами, что повышает контроль качества стоматологической услуги.

Все применяемые технологии необходимы как врачу, так и пациенту для комфортного и качественного лечения в поликлинике.

В ближайшее время в арсенале команды Территории современной стоматологии появится уникальная CAD/CAM-система CEREC для изготовления высоко эстетичных и долговечных цельнокерамических реставраций

за одно посещение непосредственно у кресла пациента. Система позволяет за несколько минут, базируясь на данных сканирования, создать вариант реставрации, учитывая особенности морфологии зубов конкретного пациента. Наличие данной системы выводит учреждение на совершенно новый технологичный уровень в эстетической реставрации зубов, обеспечивая закономерно высокий рейтинг медицинской организации.

Территория современной стоматологии как учебная площадка

Необходимо отметить, что с момента начала деятельности Территория современной стоматологии осуществляет функцию учебной площадки, на которой проводятся мастер-классы, семинары приглашенными специалистами, являющимися авторитетом в определенном направлении стоматологии. Обучение медицинского состава учреждения носит постоянный характер. Бесспорно, что следить за появлением новых методик и материалов, овладевать спецификой работы с ними и внедрять в каждодневную деятельность – это неотъемлемая часть лечебного процесса, без которой в насто-

ящее время не представляется возможным оказание качественной медицинской помощи.

Территория современной стоматологии как учебная площадка дает возможность сотрудникам учреждения ознакомиться с особенностями работы современными материалами, отработать этапы технологического процесса и навыки работы до ювелирной точности. Только в этом случае стоматолог сможет предоставить своим пациентам услугу высочайшего качества.

В течение нескольких лет коллективу Нижневартовской городской стоматологической поликлиники удалось достичь убедительных результатов в деятельности Территории современной стоматологии, сочетающей качество государственной медицинской организации и признанные представления о комфорте и сервисе.

Подводя итог, уверенно можно говорить о том, что жителям Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в настоящее время доступна стоматологическая помощь инновационного уровня, достойная мировых стандартов и требований и соответствующая современным тенденциям качества сервиса медицинской организации.

© Чураков И.В., Заболотских Ю.П., 2021

**ПРОЖИВАНИЕ НА СЕВЕРЕ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ
АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ**

Билан Е.В.,

заместитель по онкологии БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск
руководитель онкологического центра

Бондученко Н.А.,

врач радиолог Ханты-Мансийского ООЦ

БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск

Асеев Н.И.,

зав. отделения медицинской физики Ханты-Мансийского ООЦ

БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре в 1998 году был зарегистрирован 1841 больной, впервые обратившийся по поводу злокачественного новообразования (ЗНО). В 2013 году обратилось 3501 человек, впервые заболевших ЗНО. Грубый показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 238,7 (по РФ в 2011 году аналогичный показатель составил 365,42). При этом стандартизованный показатель составил: в 2010 г. – 300,8 в 2011 г. – 285,9 в 2012 г. – 292,5. По РФ аналогичный показатель в 2011 г. составил 228,1. (9). Растет кумулятивный риск развития ЗНО среди населения округа (в 2008 г. – 21,24%, 2009 г. – 21,09%, 2010 г. – 27,97%, 2011 г. – 27,05%, 2012 г. – 28,48%, по РФ в 2011 г. – 23,94%).

В 2019 году аналогичные показатели уже составили: «грубый» показатель – 300,3 стандартизованный – 286,5.

По РФ в 2018 году «грубый» показатель заболеваемости ЗНО составил 425,5 при стандартизованном 246,8.

Ключевые слова: злокачественные новообразования (ЗНО), условия Крайнего Севера, полигиповитаминозы, влияние окружающей среды

Факторы внешней среды, повышающие риск возникновения ЗНО в условиях Крайнего Севера

На взгляд авторов огромную роль играет и фактор миграции, на что указывают исследования сотрудников Томского научного центра СО РАМН: «Обнаружено, что заболеваемость старожилков (северный стаж более 9 лет) выше чем мигрантов (до 9 лет)». Как показывают позднейшие исследования, в процесс адаптации к факторам Крайнего Севера вовлекаются все звенья макро- и микроциркуляции, активируются ангиотропные реакции, что способствует разобщению сосудистого русла как единой функциональной системы. Это является благоприятной основой для более раннего развития и тяжелого течения хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у жителей Крайнего Севера по сравнению с жителями средней полосы, особенно при наличии других традиционных факторов риска [8].

Одним из неблагоприятных условий проживания на Севере является нарушение циркадного ритма, и, как следствие, подавление секреции ночного гормона мелатонина. Полученные данные о стимулирующем влиянии постоянного освещения на развитие опухолей молочной железы и других органов у животных согласуются с результатами проведенного анализа эпидемиологических данных, показавшего, что у женщин, проживающих в странах, расположенных ближе к географическим полюсам, где население подвергается воздействию нарушенного светового режима (включая освещение в ночное время) отмечается увеличение заболеваемости раком молочной железы (в 2 раза), тела матки (в 2 – 2,5 раза), по сравнению со странами, расположенными у экватора [8].

Как показывают исследования [1], факторами, влияющими на организм человека в экстремальных условиях Севера, являются как природно-климатические (холод, специфическая фотопериодичность, нестабильность

барометрического давления, гипоксия и пр.), так и антропогенные, приведшие к дестабилизации северных экосистем. По данным ВОЗ 75-80% возникновения онкологических заболеваний связано с различными факторами внешней среды» [2]. Среди других неблагоприятных факторов, обусловленных неадекватным питанием и усиливающих риск формирования патологии на Крайнем Севере, необходимо отметить полигиповитаминозы [Сафонова 1981, Безродных 1983, Труфакин, Манчук 1997]. Установлено, что потребность в витаминах населения Крайнего Севера в 2 раза превышает их потребность в условиях средней полосы, пищевые же продукты не могут обеспечить организм витаминами в достаточном количестве. К важнейшим факторам, оказывающим влияние на региональные показатели здоровья населения, следует отнести продукты питания вследствие того, что их состав определяется в значительной мере географическими особенностями среды (минеральный состав продуктов и воды,

возможность земледелия, животноводства). Питание коренных народов на Севере характеризовалось преобладанием жира и белков животного происхождения при низком содержании углеводов. Для пришлого населения особенности питания, сложившиеся на Крайнем Севере: большее употребление мясных продуктов, меньшее употребление овощей и фруктов. Белок является одним из важнейших компонентов пищи человека, но его избыток вызывает повышенную нагрузку на почки, увеличивает риск возникновения развития ожирения и сахарного диабета. Есть данные о неблагоприятном влиянии на здоровье населения, в частности, на формирование онкологических заболеваний [3]. В результате комплексной оценки нутриционного статуса практически здоровых лиц, работающих в условиях Севера, только у 14,4% отмечено отсутствие недостатка витаминов и микроэлементов [6], что находит свое отражение в таблице 1.

Таблица 1

Заболееваемость по классам на 1000 населения

Территории	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	Тиреотоксикоз	Сахарный диабет
По округу 2010 г.	10,5	0,2	2,6
По округу 2009 г.	13,6	0,2	2,7
По округу 2008 г.	12,9	0,2	2,6
По округу 2007 г.	12,9	0,1	2,8
По югу Тюменской области 2009 г.	8,9	0,1	1,9
По Я-Ненецкому округу 2009 г.	14,8	0,2	2,8
По Тюменской области 2009 г.	12,0	0,2	2,4
По РФ 2009 г.	10,4	0,2	2,2

Как указывают некоторые авторы имеется тенденция к сочетанию сахарного диабета и злокачественных новообразований [4].

В таблице 2, представленной ниже, указано соотношение данных заболеваний в ХМАО-

Югра – заболеваемость ЗНО (грубый показатель на 100 тыс.) и сахарным диабетом (на 1 тыс.) по территориям округа в 2006 – 2010 гг. (средний показатель).

Показатели заболеваемости диабетом и злокачественными новообразованиями в округе в расчете на 100 тыс. населения за 2006-2010 гг.

Нозологии	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Диабет	242,5	283,2	259,1	272,7	261,8
Злокачественные новообразования	196,7	196,8	204,9	206,7	229,1

Таким образом рост заболеваемости диабетом за 5 лет отмечен на 7,9%, злокачественными новообразованиями – на 6,47% [5].

Для конкретизации такого фактора риска, как срок проживания в условиях Крайнего Севера, авторами было подвергнуто анализу 1150 анкет в которых помимо общих данных (возраст на момент диагностики ЗНО, нозологическая единица по МКБ 10, стадия на момент постановки диагноза, верификация и метод ле-

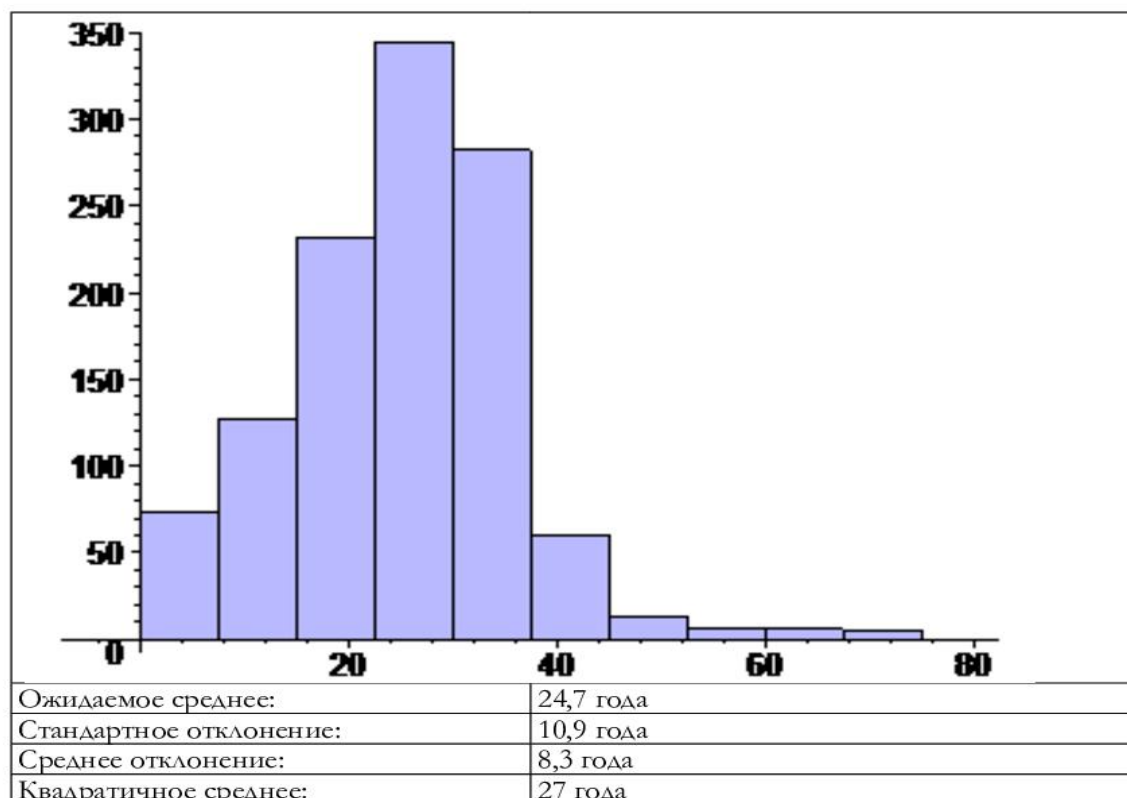
чения), также указывался и срок проживания в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре до момента возникновения заболевания.

Анкеты заполнялись сотрудниками Нижневартовского городского онкологического диспансера методом случайной выборки.

Результаты представлены на диаграммах, которые отражают зависимость частоты заболеваний от «северного стажа».

Диаграмма 1

Распределение частоты возникновения ЗНО в зависимости от продолжительности проживания на севере. По всем локализациям



Распределение числа заболевших ЗНО 1 стадией по стажу проживания по всем локализациям в ХМАО-Югре

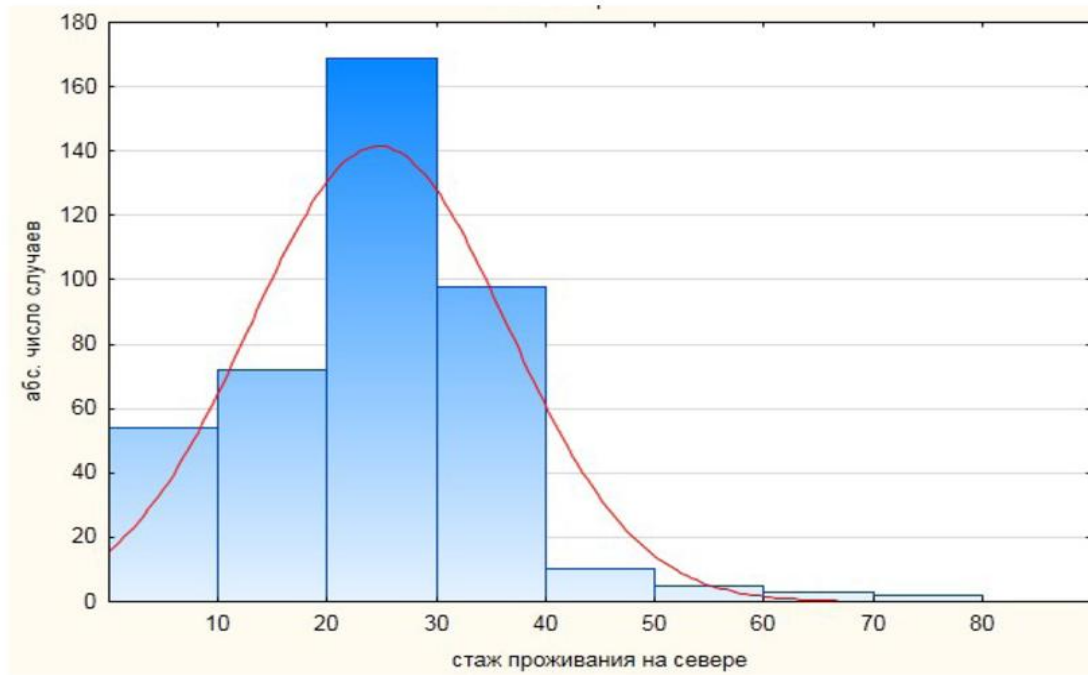
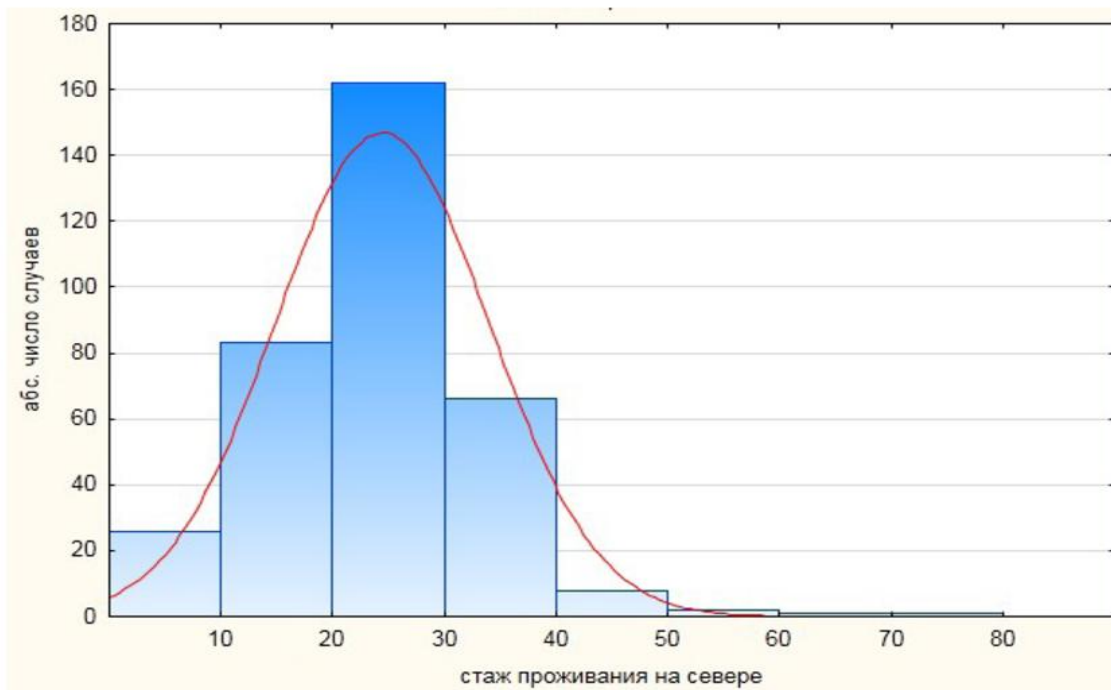


Диаграмма 3

Распределение числа заболевших ЗНО 2 стадией по стажу проживания по всем локализациям в ХМАО-Югре



Распределение числа заболевших ЗНО 3 стадией по стажу проживания по всем локализациям в ХМАО-Югре

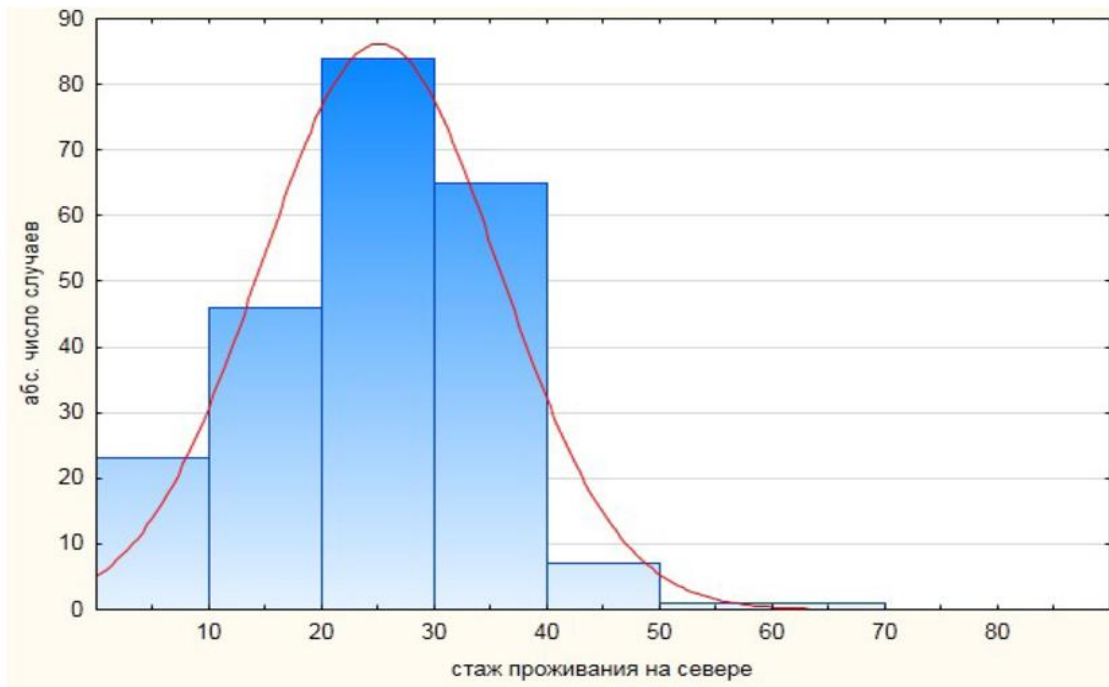
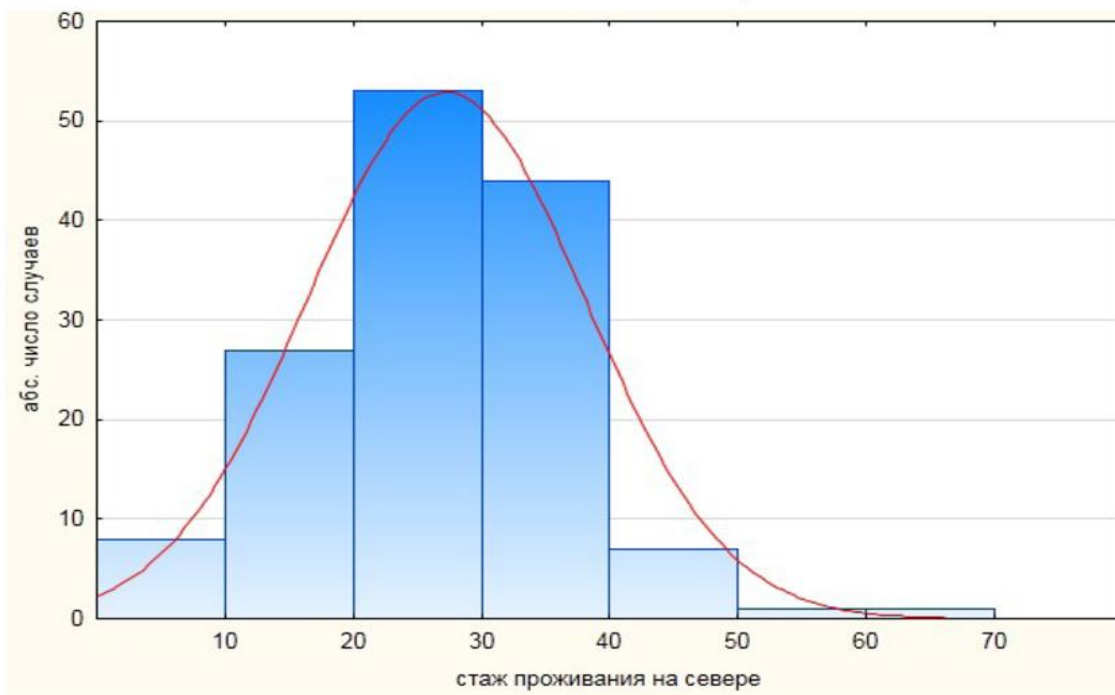


Диаграмма 5

Распределение числа заболевших ЗНО 4 стадией по стажу проживания по всем локализациям в ХМАО-Югре



Как видно из представленных диаграмм, стаж проживания на севере в пределах 25 лет является критическим для возникновения ЗНО, что может быть указано в общей лечебной сети как один из факторов риска заболеть ЗНО.

Литература

1. Поддубная, И.В., Аксель, Е.М. и соавт. Анализ состояния онкологической помощи в Республике Саха (Якутия) за 1991-2001 гг. // Современная онкология. – 2003. – 5(3). – С. 94-96.
2. Худолей, В.В., Дятченко, О.Т. с соавт. Злокачественные новообразования и канцерогенный риск факторов окружающей среды в Санкт-Петербурге / Юбилейный сборник научных работ онкологического диспансера Санкт-Петербурга. – СПб., 1996. – С.32.
3. Поливанова, Т.В., Манчук, В.Т. Роль питания в формировании здоровья населения Севера // Вестник Красноярского государственного университета. Гуманитарные науки. – 2006. – № 5. – С. 166.
4. Братчиков, Е.В., Халтурин, Е.В. Сочетание колоректального рака и сахарного диабета // Актуальные вопросы онкологии – СПб., 1996. – С.65.
5. Здоровье населения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры и деятельность учреждений здравоохранения: статистические материалы. – Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.
6. Денисова, С.С., Фролова, О.И. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в неорганизованной популяции промышленного города в условиях Севера // Медицинская наука и образование Урала – 2009. – №4. – С. 14-17.
7. Анисимов В.Н. с соавт. Световой режим, мелатонин и рак молочной железы // Белые ночи Санкт-Петербурга: IV международная конференция – 2007. – С. 48.
8. Данные окружного канцер-регистра.
© Билан Е.В., Бондученко Н.А.,
Асеев Н.И., 2021

УДК 613.98

ПРОФИЛАКТИКА ДЕГИДРАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Данилов А.Г.,

к.м.н., врач-терапевт БУ «Геронтологический центр», г. Сургут

В данной статье освещена проблема дегидратации гериатрических пациентов, причины возникновения данного синдрома, особенности ведения и профилактики дегидратации у пожилых лиц. Целью данной статьи является своевременное выявление признаков гипогидратации, превентивные мероприятия, улучшение качества жизни пациентов геронтологического профиля.

Ключевые слова: дегидратация, гериатрия, гидробаланс

Любая медицинская наука, в том числе гериатрия, развивается в соответствии с потребностями данного конкретного общества, что было постулировано еще два столетия тому назад корифеями русской терапевтической школы. В современном гуманном обществе, ставящем во главу угла человеческую личность как главную и непреложную ценность, начала бурно развиваться гериатрия – наука о патологии пожилого и старческого возраста. И это не удивительно, с учетом быстрого увеличения количества людей пожилого возраста, а также меняющегося во многом отношения многих обществ во многих странах к ним. Современная гериатрия коренным образом отличается от существующих

традиционных подходов. В основе оказания помощи гериатрическому пациенту находится функциональный, синдромальный подходы, ориентированные на распознавание врачом особых возраст-зависимых синдромов. Таких синдромов насчитывается более 65, но основными (то есть наиболее распространенными и значимыми в плане сохранения и поддержания независимости) являются такие синдромы как мальнутриции (недостаточности питания), падения, синдром когнитивного дефицита и деменции, саркопения, снижение слуха и зрения, пролежни, инконтиненция (недержание мочи), нарушения стула и прочие. Совокупность данных синдромов приводит к развитию основно-

го клинического состояния, которое ограничивает активность жизнедеятельности у пациентов старших возрастных групп – старческой астении, которая характеризуется снижением мышечной силы, потерей веса, значительным ограничением физической работоспособности и в целом жизненной силы. В нашей статье я хотел бы осветить одну из важных проблем гериатрической практики – поддержание водного баланса, профилактика дегидратации (гипогидратации) у пожилого и старческого контингента.

Изучение механизмов старения человека в гериатрии продолжается и по сегодняшний день. Известно, что в организме начинают происходить необратимые изменения, замедляется метаболизм, ухудшается эластичность сосудов, а также постепенно снижается количество воды в организме, что существенно влияет на физическое состояние и умственные способности. Поэтому важно понимать, что для пожилого человека норма воды в сутки отличается от показателей для людей другого возраста. Из-за этого мы тщательно следим за балансом поступающей и выделяемой жидкости, иначе возникает риск синдрома дегидратации. Питьевой режим определяет количество, характер и порядок употребления жидкости в течение суток в соответствии с потребностями организма, которые определяются внутренними и внешними факторами. Питьевой режим пожилого человека отличается от более молодого организма в виду уменьшения активности. Также на питьевой режим гериатрического контингента значительное влияние оказывают сопутствующие заболевания (сахарный диабет, почечная недостаточность, сердечно-сосудистые заболевания). Как правило, соблюдать правильный питьевой режим в данном возрасте требуется для снижения вероятности обострения хронических заболеваний.

У лиц пожилого и старческого возраста уменьшается количество общей воды в организме в основном за счет внутриклеточного сектора, кроме того, снижается гидратация тканей, уменьшается водный сектор внеклеточного пространства. Происходит снижение объема циркулирующей крови на 10-20%. С возрастом вследствие нарушения коллоидных структур и гемодинамической перегрузки значительно снижается толерантность организма к водной

нагрузке. У большинства пациентов преклонного возраста имеется хроническая гиповолемия, усиливающаяся даже при кратковременной иммобилизации. Гиповолемия и дегидратация, возникающие в результате каких-либо патологических процессов, значительно снижают перфузионное давление в жизненно важных органах. С возрастом страдает и обмен электролитов: усиливается дефицит внутриклеточного калия, особенно у лиц старше 70 лет. Больные старшей возрастной группы плохо переносят дополнительную нагрузку: массивное переливание жидкости часто вызывает отек легких, поэтому в гериатрии активный способ коррекции нарушений гомеостаза применяется по строгим показаниям. Реакция на кровопотерю у пожилых и старых больных замедлена, поступление жидкости из тканей в кровяное русло затруднено, снижена эластичность сосудов, что препятствует приспособительным реакциям кровообращения. Поэтому темп восполнения объема циркулирующей крови не должен быть форсированным.



В бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Геронтологический центр» по состоянию на 2021 год проживает более 200 человек пожилого и старческого возраста. В соответствии с утвержденной структурой Учреждения удовлетворение потребностей граждан пожилого возраста в не-

обходимых услугах обеспечивается в стационарных отделениях, предназначенных для обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов с различной степенью способности к самообслуживанию:

Геронтологическое отделение предназначено для стационарного обслуживания граждан пожилого возраста, способных к самообслуживанию.

Отделение «Милосердие № 1» и «Милосердие № 2» предназначено для стационарного обслуживания граждан пожилого возраста

с ограниченными возможностями в самообслуживании.

Отделение «Милосердие № 3» предназначено для стационарного обслуживания граждан пожилого возраста, полностью утративших способность к самообслуживанию.

Геронтопсихиатрическое отделение предназначено для стационарного обслуживания граждан пожилого возраста, имеющих возрастные изменения психики (сенильная деменция без дополнительных симптомов или с бредовой симптоматикой, болезнь Альцгеймера).

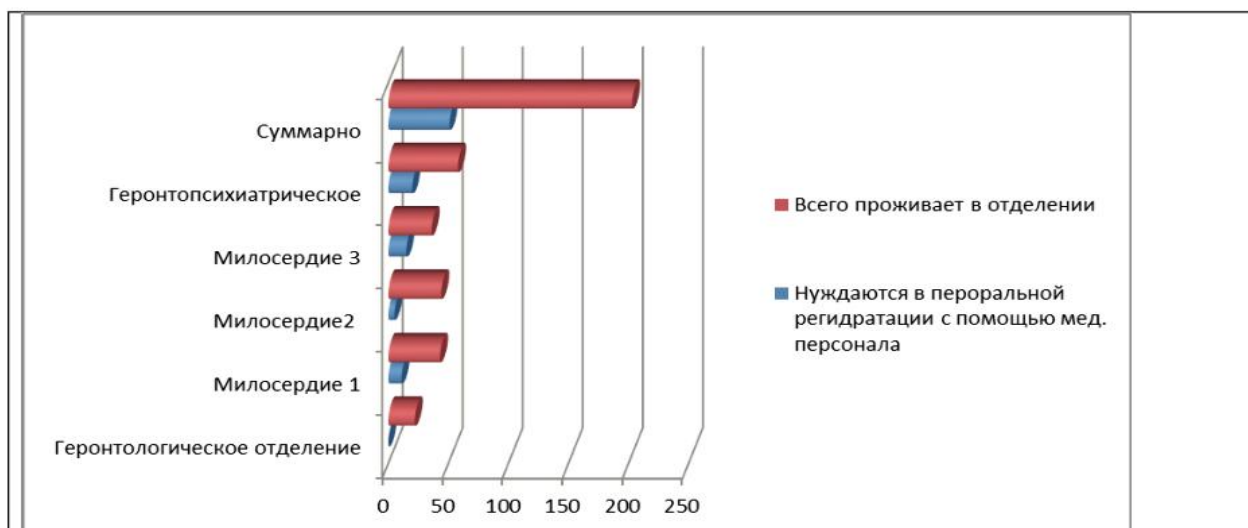


Рис.1. Оценка нуждаемости в пероральной регидратации в отделениях Геронтологического центра

В отделении «Милосердие № 1» проживает 43 человека, нуждаются в пероральной регидратации с посторонней помощью 11 человек, что составляет 26% от общего количества проживающих в отделении, в отделении «Милосердие № 2» – всего 44 человека, нуждается – 5 человек (около 11%), в отделении «Милосердие 3» проживает 36 человек, нуждается в регидратации 15 человек (42%), в Геронтопсихиатрическом отделении всего 58 человек, восполнение жидкости с помощью медицинского персонала необходима 20 пациентам (34%), в Геронтологическом отделении проживает 22 человека, в круглосуточной помощи медицинского персонала не нуждаются.

Учитывая данные, представленные на диаграмме, можно сделать вывод, что в перораль-

ной регидратации, постороннем контроле за профилактикой дегидратации возникает в отделениях, где преобладают пациенты с деменцией, маломобильные лица с последствиями перенесенного инсульта и со старческой астенией (это отделения «Милосердие 1», «Милосердие 3», «Геронтопсихиатрическое») (рис.1).

Потеря организмом всего 1% воды приводит к расстройствам работы всех систем и органов, а утрата 20 % грозит летальным исходом. К признакам обезвоживания относятся следующие проявления: 1) сухость во рту и вязкая слюна; 2) отсутствие мочеиспускания или редкие позывы; 3) слабость, апатия; 4) чувство постоянной усталости; 5) холодный пот; 6) бледность кожи; 7) затрудненное глотание; 8) головокружение.

При наступлении более высокой степени дегидратации может повыситься температура тела и появиться рвота, диарея. Также показателем является резкая потеря веса, иногда до нескольких килограммов за несколько дней. Такое состояние приводит к изменениям в биохимическом балансе организма, почечной недостаточности, развитию ишемии легких и головного мозга. Риск обезвоживания есть в любом возрасте, но особенно оно опасно для пожилых людей. Если вовремя не принять меры и не устранить критическую ситуацию, может случиться летальный исход.

Среди основных причин, которые увеличивают риск возникновения синдрома гиповолемии и гипогидратации у пожилых пациентов

Геронтологического центра можно назвать (рис.2):

- деменция различного генеза (сосудистая, смешанная, болезнь Альцгеймера) – 65%;
- последствия инсульта в виде двигательных нарушений (грубый спастический гемипарез) – 54%;
- последствия перенесенного ОНМК в виде выраженного когнитивного дефицита – 46%;
- синдром старческой астении, саркопении – 24 %;
- сосудистый паркинсонизм – 12%;
- депрессивные состояния (проявляются в виде отказа от еды, воды, утраты интереса к жизни), нарушения поведения и адаптации – 9 %.

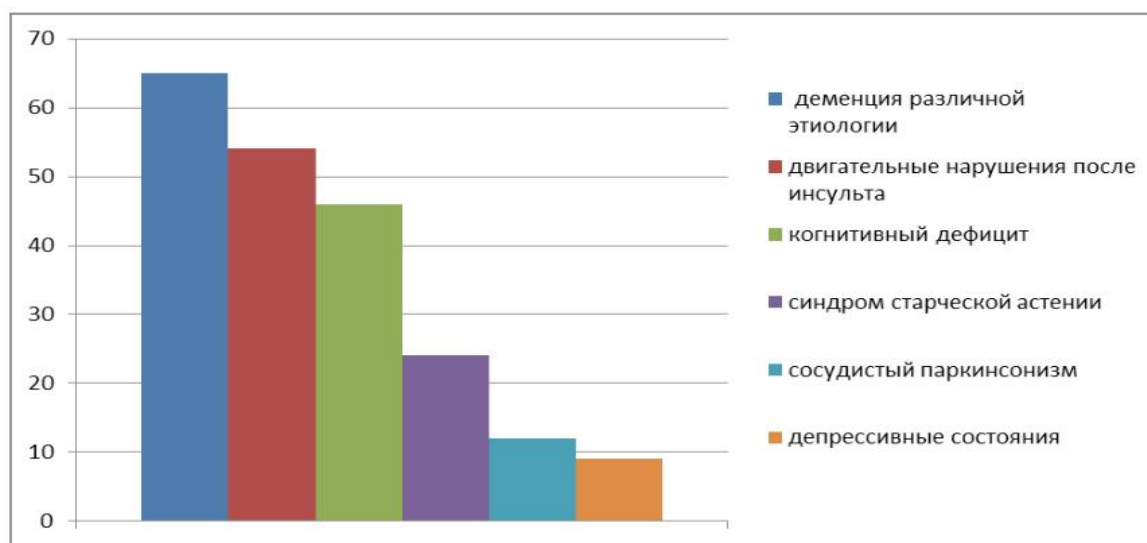


Рис.2. Структура заболеваний, ведущих к риску возникновения синдрома дегидратации у геронтологического контингента

Соблюдение питьевого режима – лучшая профилактика дегидратации. С наступлением преклонных лет доверять собственному чувству жажды и пить только тогда, когда хочется, уже нельзя. Всемирная организация здравоохранения установила норму объема принимаемой ежедневно жидкости, которая составляет 1500-2500 мл или 30 мл на 1 кг массы тела в сутки. Около 40% ежедневной потребности организма в воде удовлетворяется с пищей, остальное следует принимать в виде различных напитков (вода, сок, компот, отвар шиповника, чай). С возрастом наш организм теряет способность

ощущать жажду, что ведет к снижению употребления жидкости и развитию обезвоживания. Полезнее пить часто и понемногу, так как употребление большого количества жидкости за один прием влечет за собой большую нагрузку на сердце. Для поддержания баланса желательно пить именно воду. Конечно, жидкость содержится и в других напитках, но некоторые из них имеют обратный эффект. Например, некоторые виды чая обладают мочегонным действием, что может привести к обезвоживанию. Употребление соков грозит повышением уровня сахара в крови, а в травяных сборах обя-

зательно следует внимательно изучать состав. Поэтому, когда решается вопрос о том, сколько пить воды пожилым людям, следует учитывать, что не все напитки способны привести гидробаланс организма в норму.

Правила употребления жидкости таковы, что нашим пожилым людям мы рекомендуем большую часть суточной нормы выпивать до обеда, а вот на ночь лучше избегать потребления жидкости. Особенно это важно при наличии почечных и сердечных заболеваний. Нельзя выпивать суточную норму за один раз. Это не только не полезно, но и может привести к проблемам с самочувствием. Избыток воды также опасен, как и ее недостаток, поэтому медицинские работники Центра следят за соблюдением питьевого режима в течение дня.

В лечении нарушений водно-электролитного баланса мы придерживаемся следующих аспектов:

1) устранение вероятности прогрессивного развития угрожающего жизни состояния (кровотечение, гиповолемия, дизэлектролитные нарушения, в особенности, гипер- или гипокалиемия);

2) коррекция водно-солевого обмена. Наиболее часто для нормализации водно-солевого обмена назначаем такие препараты, как физиологический раствор хлорида натрия, раствор глюкозы 5%, 10%, коллоидные и кристаллоидные растворы, гидрокарбонат натрия;

3) предупреждение осложнений ятрогенного характера (побочные действия лекарственных препаратов, фармакологическое взаимодействие медикаментов при полипрагмазии и полифармакотерапии);

4) контроль уровня водно-солевого и кислотно-щелочного состояний, параметров гемодинамики, почечной функции на фоне проводимой инфузионной терапии.

Таким образом, риску гипогидратации наиболее подвержены лица пожилого и старческого возрастов с деменцией, выраженным когни-

тивным дефицитом, стойким неврологическим дефицитом в двигательной сфере, старческой астенией. В отделениях Геронтологического центра, где имеются пациенты с данными нозологиями, предусмотрены медицинские посты для оказания круглосуточной помощи. Для профилактики дегидратации и снижения риска обострения хронической патологии у пациентов гериатрического профиля медицинским персоналом проводится контроль за соблюдением питьевого режима, при отсутствии возможности пероральной регидратации (например, нежелание пациента принимать жидкость) назначается инфузионная терапия по строгим показаниям с учетом физиологической потребности, поддержания водно-солевого баланса, а также наличия хронической сердечно-сосудистой патологии.

Литература

1. Липовецкий, Б.М., Плавинская, С.И., Ильина, Г.Н. Возраст и функция сердечно-сосудистой системы. – Л., 2017. – С. 69-71.
2. Коркушко, О.В., Чеботарева, Д.Ф., Калиновская, Е.Г. Гериатрия в терапевтической практике. – Киев: Здоровье, 2016. – 427 с.
3. Клинические рекомендации по диагностике и коррекции нарушений пищевого статуса. // Консенсус экспертов. – М., 2015. – С. 117-119.
4. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых. / Под ред. Л.И. Дворецкого, Л.Б. Лазебника. – М.: Новая волна, 2012. – С. 78-80.
5. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 14 June, 2015).
6. Peel N, Bartlett H, McClure R. Healthy ageing: how is it defined and measured? *Australas J Ageing*. 2018;23(3):115–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00035.x>

© Данилов А.Г., 2021

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗРЕЗЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕГАЗОДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В КДП Г. СУРГУТ**Шкляева С.Н.,**

врач-профпатолог

заведующий поликлиническим отделением

консультативно-диагностической поликлиники

АУ «Югорский центр профессиональной патологии», г. Сургут

Лавриненко О.В.,

врач-профпатолог поликлинического отделения

консультативно-диагностической поликлиники

АУ «Югорский центр профессиональной патологии», г. Сургут

Бутерус М.В.,

врач-профпатолог поликлинического отделения

консультативно-диагностической поликлиники

АУ «Югорский центр профессиональной патологии», г. Сургут

Смирнова К.Е.,

врач-профпатолог поликлинического отделения

консультативно-диагностической поликлиники

АУ «Югорский центр профессиональной патологии», г. Сургут

Представлен анализ и структура выявленной соматической патологии, в том числе в разрезе болезней системы кровообращения у работников нефтегазодобывающей промышленности при прохождении обязательных медицинских осмотров.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения (БСК), инфаркт миокарда (ИМ), артериальная гипертензия, обязательные медицинские осмотры, церебро-васкулярные болезни (ЦВБ)

Введение

По данным ВОЗ от сердечно-сосудистых заболеваний в мире ежегодно умирают около 17,5 млн. человек. Государственная программа борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Федеральный проект 2018-2024 гг.), развитие медицины и информирование граждан рассчитана на снижение смертности от БСК с 587,6 в 2017 году до 450 случаев на 100 тыс. населения в 2024 году (на 23,4%; сохранение 798 тыс. жизней), в том числе снижение смертности от ИМ с 40,6 в 2017 году до 30,6 на 100 тыс. населения в 2024 году (на 24,6%). В Российской Федерации насчитывается около 31 млн. человек, которые страдают данным недугом, из этого числа почти 7 млн. страдают ишемической болезнью сердца. Примерно 2,5 млн. составляет количество постинфарктных больных. Если ранее привычным возрастом инфаркта миокарда считалось 55-65 лет, то в настоящее время стали частыми случаи наблюдения данной патологии у пациентов более раннего возраста, большинство

которых составляют мужчины. Еще одним из числа наиболее опасных сердечно-сосудистых диагнозов выделяется острый коронарный синдром. Но, необходимо отметить, что если сравнивать с западными странами, то в России данное заболевание пока не так распространено. В последних исследованиях также отмечается заболеваемость молодого поколения стенокардией и артериальной гипертензией. Осложнения, к которым приводит артериальная гипертензия, являются одной из актуальных проблем в России, которая несет не только медицинский характер, но и социально-экономический. По данным исследований, которые проводились в нашей стране за последние годы, по данной патологии высокие показатели отмечаются у мужчин – 41%, у женщин – 39%. Показатели, к сожалению, прогрессируют и остаются стабильными на протяжении последних десятилетий. Стоит отметить, что сердечно-сосудистые заболевания являются причинами огромных экономических затрат, которые перекладываются

на систему здравоохранения. Также, большие экономические и демографические проблемы испытывает государство в связи с тем, что из-за сердечно-сосудистых заболеваний повышается уровень смертности и количество инвалидов, что способствует упадку уровня экономически активного населения. По данным авторов с 2015 по 2019 гг. экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в РФ составил 8,7 трлн. рублей, что составляет 9,2% ВВП за указанный период. Демографическому состоянию на сегодняшний день из заболеваний данной категории особый урон наносят ИБС, ЦВБ, БСК, которые являются главными причинами высоких показателей смертности населения, и составили 74% из числа мужчин и 72% из числа женщин в возрасте от 25 до 64 лет. Последние годы наблюдается снижение показателей сердечно-сосудистых заболеваний, но проблема остается острой, и Россия находится на первом месте по заболеваемости, чем страны Евросоюза [1].

В 2020 году, в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции, общей тенденцией для всех регионов РФ стал рост общей смертности населения, в том числе от болезни системы кровообращения. По данным директора Департамента медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава РФ Е.В. Каракулиной по статистическим данным за 10 месяцев 2020 г. по РФ в сравнении с 10 мес. 2019 г. смертность от БСК выросла на 19,7%.

Согласно анализу Минздрава РФ 12,5% прироста смертности от БСК обусловлено COVID-19 и только 7,2% может быть отнесено к причинам, не связанным напрямую с COVID-19. Тенденция является общей для всех субъектов РФ и связана со снижением выявляемости заболеваний за счет приостановки диспансеризации, профосмотров, сокращения плановой помощи, кадрового дефицита за счет перепрофилирования квалифицированных сотрудников для борьбы с пандемией и сокращения ресурсов системы здравоохранения на выше обозначенные виды медицинской помощи. Немалую роль в развитии данной тенденции сыграл отказ пациентов обращаться за медицинской помощью в связи с риском инфицирования Covid-19.

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре за 12 месяцев 2020 г. смертность от

всех причин выросла в сравнении с 12 месяцев 2019 г. на 25,9% (+2654 человека), с 6,0 до 7,5 на 1000. Смертность от БСК возросла на 18,7% (+794 человека) и составила 291,6 на 100 тысяч населения, что выше целевого показателя на 42,6%. Целевой показатель смертности от БСК в рамках РП «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» составляет 249,0 на 100 тысяч населения.

Несмотря на это, следует отметить, что система здравоохранения ХМАО-Югры вошла в разряд устойчивых к негативным тенденциям по показателям смертности и летальности от острых и хронических форм БСК, в разрезе страны. В Югре данные показатели выражены в меньшей степени, чем в среднем по РФ.

С III квартала 2020 года в регионе возобновлены профилактические осмотры и диспансеризация определенных групп населения, а также проведение обязательных медицинских осмотров, которые позволяют выявить заболевания органов кровообращения на ранних стадиях и в скрыто протекающих формах. Данный факт, несомненно, позволит повлиять на основные демографические показатели в округе.

Цель работы

Представить анализ и структуру выявленной соматической патологии, в том числе болезней системы кровообращения среди трудоспособного населения работников нефтегазодобывающей промышленности при прохождении обязательных медицинских осмотров за 3 года.

Материалы и методы

При прохождении обязательных медицинских осмотров все работники, занятые на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда проходят объем исследований, регламентированный Приказом МЗ и СР РФ от 12.04.2011 №302н, в числе которых в 100% случаях всем проводится ЭКГ-исследование, исследование уровня общего холестерина и глюкозы крови. При проведении углубленных медицинских осмотров стажированным работникам, работающим в контакте с общей и локальной вибрацией, пониженной или повышенной температурой воздуха, тепловым излучением, физическими перегрузками дополнительно проводится УЗИ периферических сосудов.

За 3 года в подразделении осмотрено 98 436 чел, проведено 196872 лабораторных исследований по определению уровня холестерина и глюкозы крови, 10842 ЭКГ-исследования, 862 исследований УЗИ сосудов нижних конечностей. Показатели деятельности подразделения в части исследований функции органов кровообращения в рамках проведения обязательных

медицинских осмотров в динамике увеличивались в период 2018-2019 гг. с незначительным снижением за период 2019-2020 гг., связанным с приостановлением проведения обязательных медицинских осмотров в связи с эпидемиологической ситуацией в период пандемии коронавирусной инфекции.

Таблица 1

Количество и ранжирование установленных хронических соматических заболеваний с указанием класса заболеваний по международной классификации болезней за 2018 – 2020 гг.

№	Наименование классов и отдельных болезней	№ строки	Код по МКБ-10	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Ранг
	1	2	3	4	5	6	7
1	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5.0	E00-E89	18708 (30%)	24234 (33%)	32584 (38%)	I
2	Болезни глаза и его придаточного аппарата	8.0	H00-H59	10 158 (16%)	11502 (15%)	11813 (13%)	III-II
3	Болезни системы кровообращения	10.0	I00-I99	5 297 (8%)	5 450 (7%)	8056 (9%)	IV-III
4	Болезни органов пищеварения	12.0	K00-K92	12 528 (20%)	13077 (18%)	11250 (13%)	II

Согласно перечню хронических соматических заболеваний в 2020 г. всего зарегистрировано 86485 нозологических форм с ростом на 18% к показателям 2019 г. (2019 г. – 73228; 2018 – г. 62849 (345,9%) по отношению к 2017 г. – 14 093 чел.). Из них 12506 случая (15%) выявлено впервые (2019 г. – 11302 (15%); 2018 г. – 9 996 случаев (16 %), что в структуре в динамике с 2018 г. не претерпело значимых изменений, однако в динамике с 2017 г. (8% – 1 111 чел.) увеличилось в 2 раза (см. табл. 1).

Увеличение доли впервые выявленной патологии в динамике отчетного периода связано не только с увеличением объема, но и изменением структуры осмотренного контингента, когда впервые были осмотрены стажированные профвредники.

В среднем на 1 пациента, прошедшего осмотр в КДП г. Сургут в 2019 г. пришлось 2 заболевания, в 2020 г. практически 3 (2,7) случая заболевания (2018 г. – 1,9; 2017 г. – 1,8; 2016 г. – 1,7), что выше показателей 2019 г. и связано с увеличением объема углубленных медицин-

ских осмотров и проведением дополнительных видов исследований с выявлением скрытой бессимптомно протекающей патологии.

В структуре нозологий заболевания эндокринной системы, как и в 2019 г. – 24234 (33%) (2018 г. – 18 708,30%; 2017 г. – 3 228, 23%) занимают первое место 32584 (38%) с тенденцией к росту (+34%) к показателям 2019 г. Рост заболеваемости происходит за счет метаболических нарушений (ожирение, гиперлипидемия, нарушения углеводного обмена).

На втором месте в 2020 г. два класса заболеваний: связанных с болезнью глаз и его придаточного аппарата (11813) и заболевания органов пищеварения (11250).

Доля заболеваний органов пищеварения составила 13% в 2020 г., с динамикой снижения доли к показателям 2019 г. – 13077 (18%) и 2018 г. – 12 528 (20%). В 2017 г. заболевания органов пищеварения составили в структуре 25% (3 631). Снижение доли заболеваний органов пищеварения происходит за счет стоматологической.

Доля заболеваний глаз и его придаточного аппарата составила 13% (11813) и с третьего места в 2019 г. (11502-15%) переместилась на второе (2018 – 10 158 (16%); 2017 – 1 984 (14%)). Доля в общей структуре заболеваний данной группы нозологий не претерпела значимых изменений.

Третье место в структуре заболеваний в 2020 г. впервые заняли болезни системы кровообращения 8056 (9%) (2019 г. – 5 450 (7%); 2018 г. – 5 297 (8%); 2017 г. – 1519 (11%)) с тенденцией к росту + 47% к показателям 2019 г. за счет проведения углубленных медицинских осмотров.

Таким образом, в динамике за период 2018-2020 гг. структура установленных соматических заболеваний среди сотрудников предприятий, прошедших медицинские осмотры в КДП г. Сургут не претерпела значимых изменений: однако увеличился средний показатель количества нозологий на 1 работника с 1,8 в 2017 г. до 3 в 2020 г.

Ранговые места нозологических групп существенно не менялись. Однако заболевания системы кровообращения сместились на третье ранговое место (см. табл. 1).

Таблица 2

Количество и структура зарегистрированных болезней системы кровообращения за 2018 – 2020 гг.

№ строк	Наименование классов и отдельных болезней	2018	2019	2020	Уд. вес %
1	Болезни системы кровообращения всего,	5297	5450	8056	100
1.1	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	3086	3269	5037	63
	- в т.ч. впервые	502	641	773	
1.2	Ишемические болезни сердца	150	163	214	3
	- в т.ч. впервые	14	11	14	
1.3.	Другие болезни сердца	1660	1510	2010	24
	- в т.ч. впервые	334	359	418	
1.4	Цереброваскулярные болезни	100	101	122	2
	- в т.ч. впервые	16	17	19	
1.5	Заболевания сосудов нижних конечностей	301	407	673	8
	- в т.ч. впервые	81	94	89	

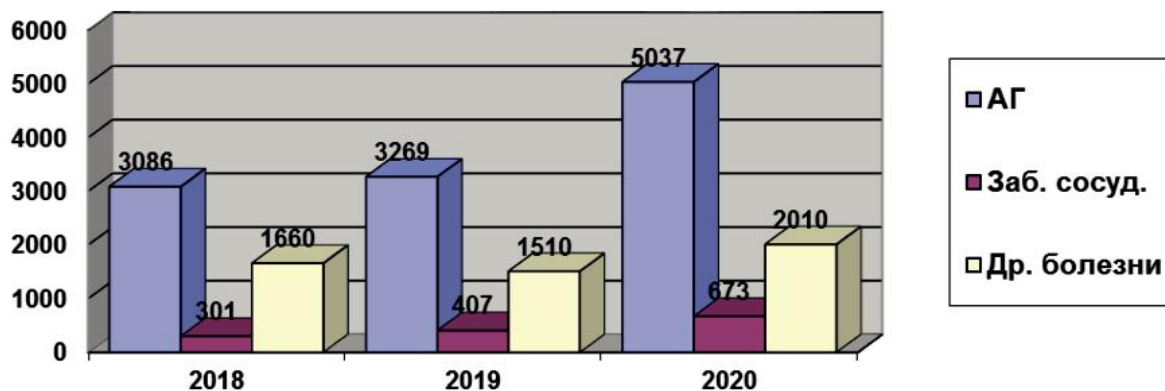


Рис. 1. Структура зарегистрированных болезней системы кровообращения

В структуре зарегистрированных болезней системы кровообращения за период 2018-2020 гг.: на первом месте Болезни, характеризующи-

ся повышенным кровяным давлением, доля которых составила в 2020 г. 63% с увеличением доли впервые выявленной патологии в

динамике на 54%. Это связано с увеличением выявления скрытых форм АГ при проведении медицинских осмотров. На втором месте - Другие болезни сердца (24%), рост которых в динамике составил + 21%, преимущественно за счет выявления изменений по ЭКГ, требующих верификации диагноза. На третьем месте – Заболевания сосудов нижних конечностей со значительным ростом в динамике в 2,2 раза, преимущественно за счет патологии вен нижних конечностей и облитерирующего тромбангиита, которые были выявлены при проведении УЗДГ сосудов нижних конечностей в рамках углубленного медицинского осмотра (см. табл. 2, Рис.1).

При реализации скрининговых кардиологических программ работников нефтегазодобывающей отрасли проводился комплекс лабораторно-инструментальных обследований, включающих в себя ЦДК брахиоцефальных сосудов, Эхокардиографию, ЭКГ в 12 отведениях, исследование липидограммы и натрийуретического пептида с последующей консультацией кардиолога. Целью программ являлось раннее выявление болезней органов кровообращения у профвредников, как социально-значимой патологии, влияющей на трудовое долголетие и демографические показатели. Всего было обследовано 413 человек, у которых зарегистрировано 602 заболевания. Впервые выявленная патология составила 4%. В среднем на 1 человека в процессе реализации программы было выявлено 1,5 случая заболевания. В структуре выявленной патологии 44% составили болезни эндокринной системы, 56 % составили БСК. В структуре выявленных болезней эндокринной системы преобладают ожирение и дислипидемии. В структуре БСК преобладают Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (47%).

Заключение

Анализ результатов проведенных обследований позволяет сделать вывод об увеличении выявляемой соматической патологии у работников при прохождении как обязательных медицинских осмотров, так и скрининговых программ. Так, средний показатель количества нозологий на 1 работника возрос с 1,8 в 2017 г. до 3 в 2020 г. Увеличение числа выявленной патологии происходит преимущественно за счет социально-значимых заболеваний: так по забо-

леваниям эндокринной системы рост составил +34% к показателям 2019 г., по болезням системы кровообращения рост + 47% к показателям 2019 г. На первом месте в структуре заболеваемости по классу болезней кровообращения неизменно находятся болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, доля которых составила в 2020 г. 63%, с увеличением доли впервые выявленной патологии в динамике на 54%, что полностью соответствует показателям в целом по округу.

Кроме этого отмечается рост числа выявленных изменений при проведении ЭКГ-исследований на 21%, которые требуют дообследования работников с верификацией диагноза. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о широкой распространенности соматической патологии, в том числе болезней эндокринной системы и болезней системы кровообращения среди трудоспособного контингента, работающего на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Активное выявление факторов риска при обращении пациентов за медицинскими услугами по любому поводу, особенно у мужчин трудоспособного возраста, с проведением рутинных инструментальных методов исследования являются актуальными и ключевыми критериями диагностики болезней системы кровообращения. Своевременное и качественное проведение обязательных медицинских осмотров, скрининговых диагностических программ с выявлением скрытых и ранних форм сердечно-сосудистых заболеваний позволяют сохранить трудовое долголетие населения и положительным образом повлиять на целевые демографические показатели.

Литература

1. Безверхов, А., Ищенко, О. Динамика смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за период 2015-2019 гг. // Norwegian Journal of development of the International Science. 2021. № 54. С. 35-38 [Электронный ресурс] / http://www.nor-ijournal.com/wp-content/uploads/2021/02/NJD_54_1.pdf
2. Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [Электронный ресурс] / https://xn--80aapampemcchfmo7a3c9ehj.xn--p1ai/projects/zdravookhranenie/borba_s_serdechno-sosudistymi_zabolevaniyami
©Шкляева С.Н., Лавриненко О.В., Бутерус М.В., Смирнова К.Е., 2021

ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭКЗОТОКСИКОЗАХ. ОПЫТ БУ «НИЖНЕВАРТОВСКАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Жевелик О.Д.,
заслуженный врач РФ, главный врач
БУ «Нижневарттовская психоневрологическая больница»

Ризванова Л.Н.,
заведующая клинико-диагностической лабораторией, биолог
БУ «Нижневарттовская психоневрологическая больница»

Коллектив лаборатории:
**Гумеров Адгам Ханифович, Кузнецова Екатерина Радиевна,
Шайкина Марина Васильевна.**

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневарттовская психоневрологическая больница» оказывает психиатрическую, наркологическую, психотерапевтическую и реабилитационную помощь населению. Основной задачей учреждения является осуществление мероприятий по профилактике психических заболеваний среди населения города, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, пропаганда здорового образа жизни.

Принципы организации лабораторной службы в учреждении определяются, прежде всего, конкретными задачами диагностики заболеваний, эффективностью контроля за состоянием больных, предупреждением развития осложнений. Клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ) учреждения работает в круглосуточном режиме, отделение оснащено необходимым основным и вспомогательным оборудованием. Полный набор исследований при поступлении в клинику позволяет обнаружить большинство как соматических, так и неврологических нарушений.

Ключевые слова: химико-токсикологические исследования (ХТИ), экзотоксикозы, клинико-диагностическая лаборатория

В КДЛ учреждения выполняются химико-токсикологические исследования (ХТИ) как для медицинских освидетельствований на состояние опьянения, так и в случае госпитализации пациентов с интоксикацией или при подозрении на отравление. Оснащенность лаборатории высокотехнологичным оборудованием позволяет выявлять наркотические, психотропные и лекарственные вещества в биологических средах организма человека, включая алкоголь, его суррогаты и летучие яды: иммунохимические анализаторы (ИХА); анализатор на базе газового хроматографа с пламенно-ионизационным детектором (ГХ-ПИД); анализаторы наркотических и сильнодействующих лекарственных веществ на базе газового хроматографа с масс-селективным детектором (ГХ-МС); анализатор наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов на базе высокоэффективного жидкостного хроматографа с масс-селективным детектором (ВЭЖХ-МС/МС) (см. рисунок 1). Маркер хронического злоупотребления алкоголем карбогидрат-дефицитный трансферрин (CDT) определяется

методом капиллярного электрофореза (см. рисунок 2).

Лаборатория БУ «Нижневарттовская психоневрологическая больница» ежегодно принимает участие в системе межлабораторных сравнительных испытаний химико-токсикологических и судебно-химических лаборатории, проводимых Ассоциацией специалистов по химико-токсикологическому и судебно-химическому анализу (ACTFCAS), в том числе проводя работу по отбору, составлению и исследованию контрольных проб.

Специалисты учреждения систематически участвуют в научных семинарах, конференциях и выставках окружного, федерального и международного уровня, читают лекции и проводят семинары на курсах повышения квалификации. По теме химико-токсикологических исследований опубликовано 19 работ в специализированных медицинских изданиях, из них 4 в международных. Лаборатория не только выполняет большой объем рутинных исследований, но и принимает активное участие в научно-методической деятельности.



Рис. 1. Кабинет химико-токсикологических исследований

Выявление случаев немедицинского (незаконного) потребления наркотических средств и психотропных веществ среди населения является актуальной и значимой задачей и одной из форм профилактики наркомании.

В последние годы в России, как и в мире, отмечалось распространение психоактивных синтетических соединений, так называемых «дизайнерских наркотиков». Большинство этих соединений нельзя обнаружить иммунохроматографическими экспресс-тестами, поэтому каждое химико-токсикологическое исследование становится ненаправленным и выполняется с применением хромато-масс-спектрометрического оборудования. Это привело к тому, что рутинный химико-токсикологический анализ стал в 2-3 раза более продолжительным по времени. Стала актуальной задача разработки методов, которые могли бы повысить информативность химико-токсикологического анализа и увеличить пропускную способность лаборатории.

Под руководством главного научного сотрудника института фармации Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.х.н. Савчука С.А. в работу



Рис. 3. Специалисты КДЛ Нижневартковской психоневрологической больницы с д.х.н. С.А.Савчуком. Нижневартковск, 2019 г.



Рис. 2. Система капиллярного электрофореза МиниКап (Себия)

лаборатории были внедрены методики: «Идентификация метаболитов синтетических каннабимиметиков в моче, волосах и сыворотке крови методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием», «Идентификация наркотических и психоактивных веществ в биологических жидкостях и волосах методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием», «Идентификация метаболитов синтетических каннабимиметиков в моче, волосах и сыворотке крови», «Определение летучих ядов и гликолей в биологических средах организма человека» (рисунки 3, 4).

В связи с вступлением в силу Федерального Закона от 13 июля 2015 г. № 230-ФЗ, в медицинских организациях системы здравоохранения при прохождении медицинского осмотра отдельных категорий граждан введено обязательное химико-токсикологическое исследование (ХТИ) с целью определения наличия в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов. Количество химико-токсикологических исследований, проводимых в рамках медицинских осмотров, возросло в 3-5 раз.



Рис. 4. Обучение приемам идентификации масс-спектров неизвестных органических соединений с д.х.н. С.А.Савчуком. Нижневартковск, 2019 г.

Основными задачами в условиях значительного роста нагрузки лаборатории стали: обеспечение максимальной производительности труда, эффективное использование аналитического оборудования и материальных ресурсов, предупреждение профессиональных заболеваний путем минимизации работ с токсичными веществами на всех этапах анализа. В клинико-диагностической лаборатории Учреждения были разработаны методические подходы, позволившие оптимизировать подготовку проб биологического материала и их анализ. С учетом результатов проведенных исследований были предложены три основных алгоритма химико-токсикологического исследования образцов мочи:

- алгоритм ненаправленного ХТИ, применяемый при интоксикации неизвестными соединениями, включающий в себя также определение летучих ядов и компонентов технических жидкостей (образцы биологического материала, взятые у пациентов в состоянии экзогенной интоксикации);

- алгоритм ХТИ для анализа проб, в которых заведомо предполагается наличие наркотических и психотропных веществ и/или их метаболитов (образцы мочи, взятые у обследуемых при проведении медицинских освидетельствований на состояние опьянения/одурманивания);

- алгоритм ХТИ для химико-токсикологического анализа проб, в которых заведомо предполагается отсутствие наркотических и психотропных веществ и/или их метаболитов (образцы мочи, взятые при проведении медицинских осмотров в связи с вступлением в силу Федерального Закона от 13 июля 2015 г. № 230-ФЗ);

Применение данных алгоритмов позволило значительно снизить трудозатраты и временные затраты на проведение ХТИ (в среднем, в 1,5 – 2 раза), причем без потери выявляемости целевых аналитов. Значительно снизился объем используемых при пробоподготовке токсичных летучих органических соединений (более чем в 3 раза), а это означает, что сократилось вредное воздействие паров этих веществ на персонал лаборатории.

В 2014 году в ряде регионов России отмечались массовые отравления неизвестным наркотиком. Специалистами учреждения в совместной научной работе с коллегами из других

регионов Российской Федерации (республика Чувашия, Свердловская область, Пермская область, ЯНАО, Кировская область, Москва) была проведена идентификация вещества и показана возможность выявлять в биологических средах организма человека метиловый эфир 2-(1-(4-фторбензил)-1H-индазол-3-карбоксамидо)-3,3-диметилбутановой кислоты (синоним: MDMB(N)Bz-F) в рутинном химико-токсикологическом анализе. В сентябре 2014 года образцы были переданы в ФБГУ ННЦ Наркологии Минздрава России, и результаты подтверждены методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-селективным детектированием.

Случаи интоксикации синтетическим каннабимиметиком метил-2-(1-(5-фторпентил)-1H-индазол-3-карбоксамидо)-3,3-диметилбутаноат (синоним: MDMB(N)-2201) были отмечены в ряде регионов России с 2015 года. Было обследовано 11 госпитализированных мужчин от 19 до 37 лет в состоянии интоксикации. Способ употребления ингаляционный. Ведущие симптомы интоксикации были: психоз, галлюцинации, нарушение координации, мириаза, дизартрия, учащение сердцебиения, гипертензия. В 3 случаях отмечалось состояние комы виду передозировки. Образцы мочи пациентов были собраны в первые 2 часа госпитализации. Для идентификации продуктов метаболизма из мочи применялся разработанный в лаборатории учреждения метод.

Во всех образцах мочи был найден общий метаболит MDMB(N)-2201 и 5F-ADB-PINACA – 3,3-диметил-2-(1-(5-фторпентил)-1H-индазол-3-карбоксамидо) бутановая кислота. Других психоактивных соединений в образцах мочи выявлено не было, что позволило исключить вероятность сочетанного воздействия нескольких наркотических веществ, употребленных в смеси. Таким образом, была показана возможность выявлять общий метаболит синтетических каннабимиметиков MDMB(N)-2201 и 5F-ADB-PINACA в рутинном химико-токсикологическом анализе, с применением методов ГХ-МС и ВЭЖХ-МС/МС.

Последовательность выполнения ненаправленного ХТИ, применяемого при интоксикации неизвестными соединениями, включая определение летучих ядов и компонентов технических жидкостей:

- 1) определение спиртов C1-C4 алкилнитритным методом;
- 2) определение летучих ядов (в том числе пропан-бутановых смесей) методом ГХ-ДИП с колонкой HP-Blood ALC (парофазный анализ);
- 3) определение летучих ядов (растворителей, компонентов моторных топлив) методом ГХ-МС с колонкой HP-FFAP (парофазный анализ);
- 4) определение гликолей и бутиролактона методом ГХ-МС с колонкой HP-FFAP (прямой ввод);
- 5) предварительный ИХА на основные классы наркотических и сильнодействующих веществ;
- 6) предварительное ВЭЖХ-МС/МС исследование методом прямого ввода;

- 7) пробоподготовка с целью изолирования и концентрирования целевых аналитов из биологической матрицы;
- 8) подтверждающие исследования методами ГХ-МС и ВЭЖХ-МС/МС;
- 9) определение гамма-гидроксипропаната методом ГХ-МС.

Как видно из схемы (см. рисунок 5), для предварительного исследования на наркотические средства и психоактивные вещества мы применяем два метода, один из которых – ВЭЖХ-МС/МС, дает возможность выявить также глюкурониды ряда целевых аналитов, что повышает надежность идентификации. Подтверждение также проводим двумя методами – ГХ-МС и ВЭЖХ-МС/МС.

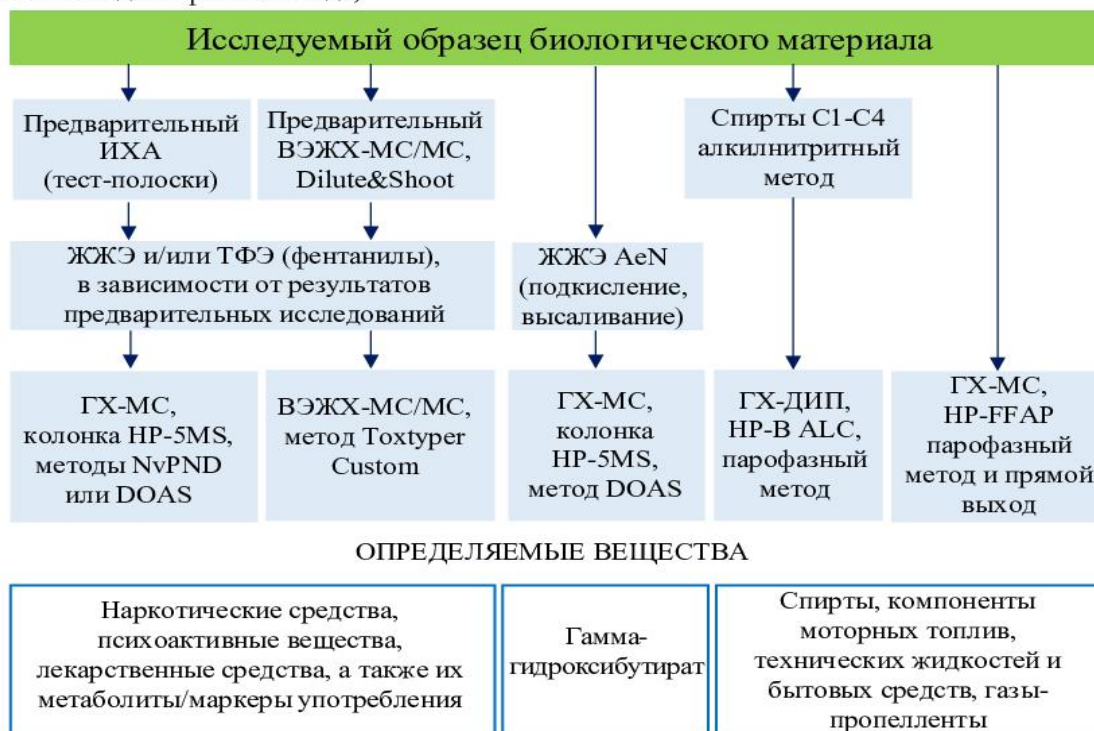


Рис. 5. Алгоритм ненаправленного химико-токсикологического исследования, применяемый в клинично-диагностической лаборатории БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница» для диагностики интоксикации неизвестным веществом

Данный алгоритм позволяет в течение 2-4 часов предоставить лечащему врачу информацию о соединении, ставшем причиной интоксикации пациента, и успешно применяется для диагностики экзотоксикозов в БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница».

Таким образом, рационально организованная лабораторная служба способствует своевременному и адекватному оказанию медицинской помощи при острых экзотоксикозах, обеспечивает рациональное и эффективное лечение.

© Жевелик О.Д., Ризванова Л.Н., 2021

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Черничук О.В.,
заведующий центром лабораторной диагностики
АУ «Югорский Центр профессиональной патологии»,
главный внештатный специалист
по клинической лабораторной диагностике
Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
Чернова О.О.,
биолог центра лабораторной диагностики
АУ «Югорский Центр профессиональной патологии»
г. Ханты-Мансийск

Методы клинической лабораторной диагностики, используемые для выявления РНК SARS-CoV-2 и определения антител к SARS-CoV-2.

Ключевые слова: РНК SARS-CoV-2, антигена SARS-CoV-2, антитела классов А, М, G (IgA, IgM и IgG) к SARS-CoV-2

Клиническая лабораторная диагностика занимает важное место среди диагностических служб современной медицины. Лабораторные исследования являются необходимыми для своевременного принятия правильного клинического решения и контроля эффективности проводимого лечения. По данным ВОЗ, с помощью лабораторных анализов специалист получает примерно до 80% точной информации о состоянии здоровья пациента. «Кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит» — это древнее изречение продолжает оставаться основой современной медицины.

Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным.

Лабораторная диагностика общая

Объем, сроки и кратность лабораторных исследований зависят от степени тяжести заболевания. В случае госпитализации по поводу среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения необходимо выполнить следующие исследования:

- общий (клинический) анализ крови;
- биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, альбумин, лактат, лактатдегидрогеназа тропонин, ферритин);

- С-реактивный белок (СРБ);
- гормональное исследование: прокальцитонин, мозговой натрий-уретический пептид – NT-proBNP/BNP;
- коагулограмма в объеме: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время, протромбиновое отношение, фибриноген, D-димер (количественным методом).

Прогностические лабораторные маркеры

У большинства пациентов с COVID-19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения, лимфопения присутствует у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19.

Возрастание D-димера в 3-4 раза более возрастной нормы и удлинение протромбинового времени, особенно при тяжелом течении (снижение % протромбина), увеличение фибриногена имеет клиническое значение. Необходимо учитывать возрастные особенности: D-димер повышается после 50 лет в связи с накоплением хронических заболеваний.

Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии. Концентрация СРБ увеличивалась у большинства

пациентов, одновременно с увеличением интерлейкина-6 (ИЛ-6) и СОЭ в разной степени. Отмечено увеличение острофазового белка ферритина при неблагоприятном течении заболевания.

При развитии ОРДС: каждые 48-72 часа до стойкого получения отрицательных уровней необходимо определять: ИЛ-6, D-димер, ферритин, фибриноген, С-реактивный белок, триглицериды, ЛДГ.

Лабораторные показатели прогрессирующего синдрома активации макрофагов: дву-трехростковая цитопения, нарастание уровня ферритина, СРБ, АЛТ, АСТ, ЛДГ, гипонатремия, гипофибриногенемия, снижение уровня антитромбина III, пролонгирование протромбинового времени и активированного частичного тромбопластинового времени.

Гипервоспаление при COVID-19 может манифестировать: цитопенией (тромбоцитопения и лимфопения), коагулопатией (тромбоцитопения, гипофибриногенемия и повышение D-димера крови), повреждением тканей/гепатитом (повышение уровня ЛДГ и аминотрансфераз сыворотки крови) и активацией макрофагов/гепатоцитов (повышение уровня ферритина сыворотки крови).

В диагностике и прогнозе течения сепсиса имеет значение уровень прокальцитонина: < 0,5 мкг/л – низкий риск бактериальной коинфекции и неблагоприятного исхода; > 0,5 мкг/л – пациенты с высоким риском, вероятно бактериальная коинфекция. Анализ на прокальцитонин при поступлении является дополнительной информацией для ранней оценки риска и исключения бактериальной коинфекции у пациентов с COVID-19.

Развитие сердечно-сосудистых осложнений при COVID-19 также сопровождается лимфопенией, тромбоцитопенией, повышением СРБ, МВ-фракции креатинкиназы, высокочувствительного тропонина и мозгового натрий-уретического пептида (NT pro-BNP).

Этиологическая лабораторная диагностика на SARS-CoV-2

Прямые методы диагностики

- Выявление РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции;
- Выявление антигена SARS-CoV-2 с применением иммунохроматографического метода.

Непрямые методы диагностики

- Выявление иммуноглобулинов классов А, М, G (IgA, IgM и IgG) к SARS-CoV-2 иммуноферментным методом и иммунохроматографическим методом.

Прямые методы диагностики COVID-19

Полимеразная цепная реакция

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) – высокочувствительный и высокоспецифичный метод исследования, который позволяет определить наличие нуклеиновых кислот (НК) в биологическом материале. Принцип метода заключается в многократном копировании (амплификации) специфических участков ДНК в процессе повторяющихся температурных циклов.

Технология постановки полимеразной цепной реакции состоит из 3 этапов:

1. Выделение РНК из биологического образца.
2. Проведение реакции обратной транскрипции.
3. Амплификация специфического фрагмента ДНК и детекция.

Real-Time ПЦР

Разновидность ПЦР, при которой происходит регистрация результатов накопления специфических участков искомой ДНК непосредственно в процессе реакции. Регистрация флуоресценции происходит с помощью детектора флуоресценции после каждого цикла амплификации. На основании считываемых данных происходит построение графика накопления флуоресцентного сигнала.

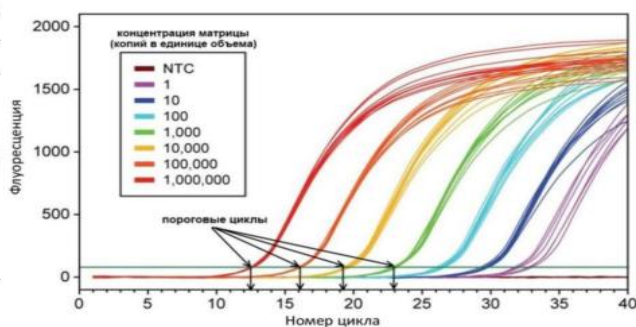


Рис.1 ПЦР в реальном времени. Источник: Ppt-online.org

Сигнал флуоресценции в ходе ПЦР возрастает пропорционально количеству продукта амплификации. Момент регистрируемого увеличения сигнала и отрыва его от фонового, так называемый пороговый цикл (Ct), зависит от исходного количества искомой ДНК. Чем больше количество ДНК в образце, тем раньше наблюдается начало роста сигнала флуоресценции и тем меньше пороговый цикл. Таким образом, значение Ct обратно пропорционально количеству искомой ДНК в реакции, то есть чем меньшее количество искомой ДНК находится в реакционной смеси, тем большее количество циклов необходимо для достижения порогового цикла (Ct) реакции. Рис.1

Результат считается достоверным только в случае прохождения положительных и отрицательных контролей амплификации и отрицательного контроля выделения ДНК.

Оснащение оборудованием для проведения ПЦР-исследований

Диагностика методом ПЦР требует оснащения дорогостоящим оборудованием, которое на начало пандемии имелось в недостаточном количестве.

В связи с пандемией COVID-19 в 2020 году проведена модернизация лабораторий ПЦР, что позволило увеличить производительность ПЦР-лабораторий с 1500 до 7500 исследований в сутки и обеспечить нормативный срок выполнения 48 часов.

Биологический материал и его транспортировка

Основным видом биоматериала для лабораторного исследования на РНК SARS-CoV-2 является материал, полученный при заборе мазка из носоглотки (из двух носовых ходов) и ротоглотки. Мазки со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки собираются в одну пробирку для большей концентрации вируса.

Подготовка пациента перед сдачей мазка со слизистой носа и зева:

- Минимум за 1 час до взятия мазков из ротоглотки (зева) нельзя употреблять пищу, не пить, не чистить зубы, не полоскать рот/горло.
- За три часа до исследования рекомендуется не употреблять жевательную резинку, лекарства и капли для носа.

- За 1 час до взятия мазков из ротоглотки (зева) нельзя курить.

Все образцы, полученные для лабораторного исследования, следует считать потенциально инфицированными, и при работе с ними должны учитываться требования СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности)». Медицинские работники, которые собирают или транспортируют клинические образцы в лабораторию, должны быть обучены практике безопасного обращения с биоматериалом, строго соблюдать меры предосторожности и использовать средства индивидуальной защиты (СИЗ).

Забор диагностического материала, его упаковка, маркировка и транспортировка осуществляется в соответствии с требованиями и правилами к работе с материалами, потенциально инфицированными возбудителями II группы патогенности, их хранении и транспортировке согласно СП 1.2.036-95 «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I-IV групп патогенности».

Срок выполнения исследования

Срок выполнения исследования на выявление РНК SARS-CoV-2 методом амплификации нуклеиновых кислот не должен превышать 48 часов с момента поступления биологического материала до получения его результата лицом, в отношении которого проведено соответствующее исследование.

Преимущества метода ПЦР

Высокая специфичность. Метод ПЦР определяет заданную последовательность нуклеотидов, присущую конкретному патогену. Таким образом, специфичность теста стремится к 100%.

Чувствительность. Для ПЦР достаточно всего несколько молекул ДНК патогена (или даже уже неактивных – разрушенных вирусных частиц, сохранивших специфические участки ДНК в достаточном количестве), чтобы он был обнаружен в ходе исследования.

Диагностика латентной инфекции. ПЦР-диагностика определяет возбудителя инфекции в инкубационном периоде и при скрытом течении заболевания.

Единственный серьезный «недостаток», связанный с методом полимеразной цепной реак-

ции, – его высокая технологичность. Исследования ПЦР требуют строжайшего соблюдения правил выстраивания технологических процессов и серьезной оснащенности лабораторного комплекса.

Иммунохроматографический анализ выявления антигена SARS-CoV-2

Данный тест основан на мембранной технологии. Нитроцеллюлозная мембрана sensibilizirovana monoklonal'nymi antitelami, napravlennymi protiv vysokokonservativnogo nukleoproteinovogo antigena SARS-CoV и SARS-CoV-2. При внесении образца в лун-

ку тест-кассеты происходит взаимодействие с конъюгатом, который связан с моноклональными антителами SARS-CoV-2. Если образец содержит SARS-CoV-2, комплекс конъюгат-SARS-CoV-2 останется связанным с антителом SARS-CoV-2, иммобилизованным на нитроцеллюлозной мембране.

Тест позволяет проводить масштабный скрининг пациентов, в соответствии с методическими рекомендациями. Разгружает лабораторию ПЦР. Наборы обладают хорошей чувствительностью (96%) и специфичностью (100%) (рисунок 2).



Рис. 2. Процедура теста на антиген SARS-CoV-2 Источник: Trial.test843.ru

Интерпретация результатов теста:

Результат выдается в качественном формате, при появлении или отсутствии цветных полос на тестовой линии (Т) и контрольной линии (С).

Контрольная линия (С) должна появляться на всех действительных тестах, независимо от того, положительный или отрицательный образец. Контрольная линия показывает, что образец был добавлен и жидкость перемещалась через испытательное устройство.

Непрямые методы диагностики COVID-19

Выявление антител к SARS-CoV-2 имеет вспомогательное значение для диагностики текущей инфекции и основное для оценки иммунного ответа на текущую или перенесенную инфекцию. Выявление антител к SARS-CoV-2 проводится с использованием иммунохимиче-

ских методов. Антитела класса А (IgA) начинают формироваться и доступны для детекции примерно со 2 дня от начала заболевания, достигают пика через 2 недели и сохраняются длительное время. Антитела класса М (IgM) начинают выявляться примерно на 7-е сутки от начала заражения, достигают пика через неделю и могут сохраняться в течение 2-х месяцев и более. Антитела класса G (IgG) к SARS-CoV-2 начинают определяться примерно с 3-й недели или ранее.

Особенностью гуморального ответа на инфекцию является небольшой временной промежуток между появлением антител IgM и IgG, а иногда и одновременное их формирование.

Иммунохроматографический метод выявления антител к SARS-CoV-2

Метод, основанный на разделении частиц методом парной связки и реакции между ан-

тигеном и соответствующим ему антителом в биологическом материале. Данный вид анализа проводится с помощью специальных экспресс-тестов, тест-полосок или тест-кассет.

При внесении исследуемой крови в специальную лунку теста она начинает мигрировать вдоль полоски по принципу тонкослойной хроматографии. Вместе с жидкостью движется конъюгат, содержащий антитела с красителем. Если в крови присутствует исследуемый анти-

ген, то происходит его связывание с антителом. При этом происходит накопление антител с красителем.

Визуально накопление антител с красителем проявляется в виде окрашивания тест-полоски. Свободные антитела с красителем мигрируют далее вдоль полоски и неизбежно взаимодействуют с вторичными антителами в контрольной зоне, где и наблюдается вторая окрашенная (контрольная) полоса (рисунок 3).



Рис.3 Процедура проведения экспресс-теста на определение антител к SARS-CoV-2
Источник: Silasluba.ru

Метод иммуноферментного анализа

Метод основан на высокоспецифической иммунологической реакции «антиген-антитело» с образованием иммунного комплекса. При этом один из компонентов конъюгирован с ферментом. В результате реакции фермента с хромогенным субстратом образуется окрашенный продукт, количество которого можно определить спектрофотометрически.

Интерпретация результатов исследований на антитела к SARS-CoV-2

Результаты исследований на специфические антитела к SARS-CoV-2 методом ИФА могут быть выражены как в форме титров, так и в виде оценки коэффициента позитивности (КП):

1. Титр образцов сыворотки крови – это максимальное разведение сыворотки крови, при котором еще выявляются антитела (обнаруживается положительный результат исследований), и выражается он в виде соотношения, например, 1:70, 1:200, 1:500 и т.п.

2. Величина КП (в некоторой степени зависит от концентрации антител в сыворотке

крови) – это соотношение оптической плотности пробы пациента к пороговому, предельно допустимому, значению. Данный показатель является универсальным и используется в качестве тестов, он характеризует степень позитивности, но не дает оценку сформированному иммунитету.

Результаты исследований на уровень специфических антител к SARS-CoV-2, полученные на автоматическом анализаторе (иммунохемилюминесцентный метод) указываются в условных единицах (например, МЕ/мл, Ед/л, и т.п.). С точки зрения терминологии, не совсем корректно называть эти результаты «титром антител» или «КП», так как речь идет о количестве антител к SARS-CoV-2 в конкретном образце сыворотки крови, определяемом автоматически в соответствии с калибровочным графиком, построенном на основе различных концентраций IgM и IgG в аликвоте.

Деятельность лабораторной службы ХМАО – Югры 2018-2020 гг.

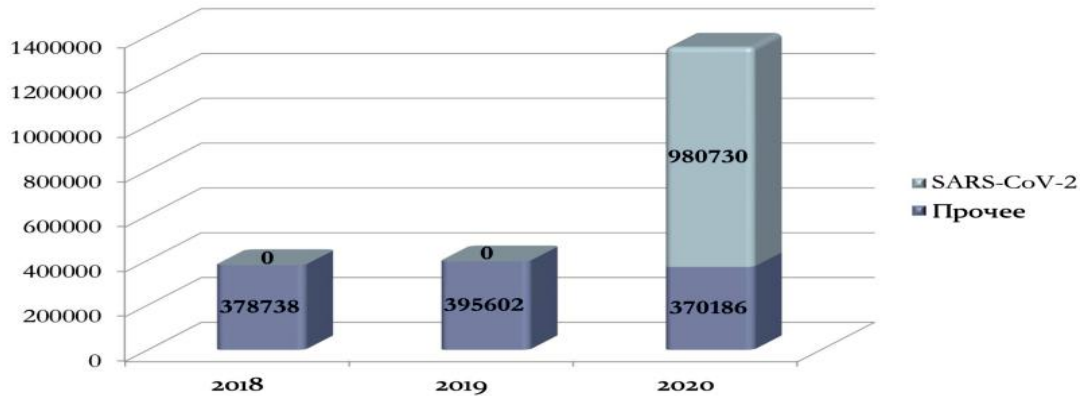
В 2020 году выполнено 1 350 916 исследование методом ПЦР, что на 241% больше, чем

в 2019 году (диаграмма 1). Диагностика инфекций, не вызывающих COVID-19 в 2020 году снизилась всего на 6,4%, значительное увели-

чение исследований произошло в связи с тем, что метод ПЦР является основным в диагностике SARS-CoV-2.

Диаграмма 1

Количество выполненных исследований методом ПЦР лабораториями медицинских организаций ХМАО – Югры



Показатели лабораторных исследований на SARS-CoV-2 методом ПЦР 2020-2021 годов

Анализируя статистические данные по выполнению исследований на SARS-CoV-2 мето-

дом ПЦР, наблюдается небольшое увеличение количества исследований в июне – июле 2020 года, значительное увеличение (пик) количества исследований пришелся на ноябрь 2020 года (диаграмма 2).

Таблица 1

Количество исследований на SARS-CoV-2, выполненные методом ПЦР лабораториями медицинских организаций ХМАО-Югры, ежемесячно с апреля 2020 года по апрель 2021 года

Период	SARS-CoV-2	из них "+"	% выявленных "+" проб
Апрель	24 584	209	0,9
Май	71 179	1 664	2,3
Июнь	110 271	7 452	6,8
Июль	128 043	12 748	10,0
Август	84 823	4 200	5,0
Сентябрь	95 709	5 404	5,6
Октябрь	155 865	23 090	14,8
Ноябрь	184 710	31 442	17,0
Декабрь	125 546	22 463	17,9
Январь	81 579	9 995	12,3
Февраль	68 389	5 547	8,1
Март	70 878	4 333	6,1
Апрель (2021)	60 693	2 950	4,9
Всего	1 262 269	131 497	10,4

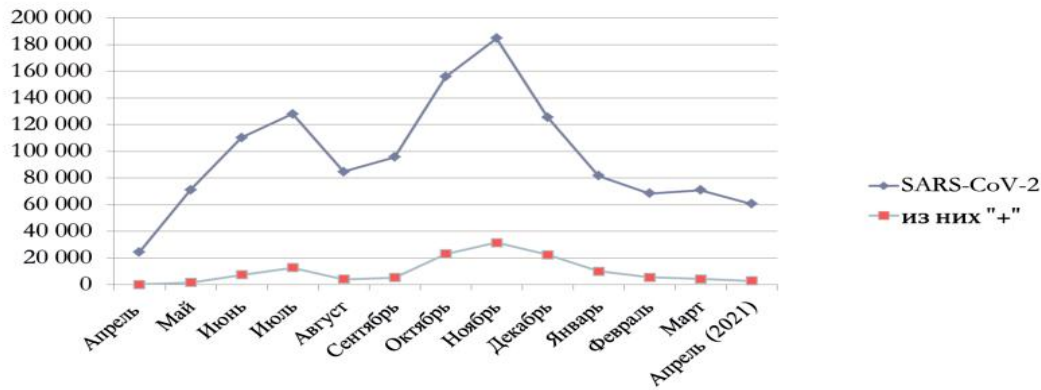
По количеству выявленных положительных проб на SARS-CoV-2 наблюдается аналогичная картина (таблица 1, диаграмма 2). В отличие от абсолютного количества, максимальный про-

цент выявленных положительных проб приходится на декабрь 2020 года, когда общее число исследований стало снижаться (таблица 1).

Показатели лабораторных исследований на SARS-CoV-2 методом ПЦР 2020 год

Диаграмма 2

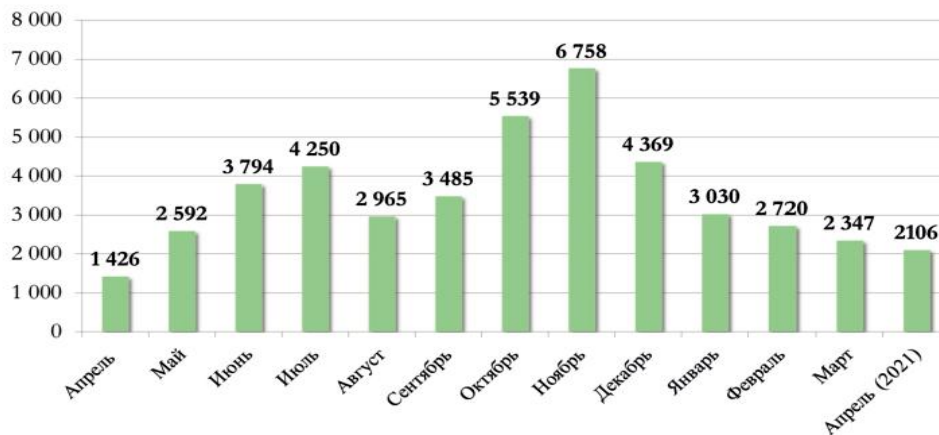
Количество исследований на SARS-CoV-2 и количество положительных проб, выполненных методом ПЦР лабораториями медицинских организаций ХМАО-Югры, ежемесячно с апреля 2020 года по апрель 2021 года



Число исследований на SARS-CoV-2, выполняемых ПЦР-лабораториями ХМАО-Югры в среднем за сутки

Диаграмма 3

Количество исследований на SARS-CoV-2, выполненных методом ПЦР в среднем за сутки лабораториями медицинских организаций ХМАО-Югры, ежемесячно с апреля 2020 года по апрель 2021 года



Проведенная модернизация лабораторий ПЦР медицинских организаций ХМАО – Югры позволила увеличить производительность от 1 426 исследований в сутки до 6 758 исследований в сутки, при необходимости это количество может быть увеличено до 7 500 тысяч (диаграмма 3).

Таким образом, анализируя представленные данные о проведении лабораторных исследований на SARS-CoV-2 методом ПЦР, выполненных лабораториями медицинских организаций ХМАО – Югры с апреля 2020 года по апрель 2021 года, наблюдаются два увеличения (пика) количества исследований, которые приходятся на июль 2020 года и ноябрь 2020 года.

Литература

1. Авдеев, С.Н., Адамян, А.В., Алексеева, А.И. и др. Временные методические рекомендации // Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19. Версия 10 (08.02.2021). – С.24-33.
2. Бугров, А.В., Долгов, В.В., Казаков, С.П. и др. Клиническая лабораторная диагностика: в 2т. Т. 1 / под ред. Профессора В.В. Долгова. – М.: ООО «Лабдиаг», 2017. – 464 с.
3. Бактышев, А.И. ПЦР-тестирование: как работает метод ПЦР в диагностике <https://citilab.ru/articles/ptsr-testirovanie-kak-rabotaet-metod-htsr-v-diagnostike/> 10.02.2021 год.
4. Флямер, И. Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии // <https://biomolecula.ru/articles/vazhneishie-metody-molekuliarnoi-biologii-i-gennoi-inzhenerii> 2011 год.
5. Зорина, В.В. Основы полимеразной цепной реакции (ПЦР) / Методическое пособие. ООО «ДНК-технология». Версия 083-4. – 148 с.
6. Клеточные и гуморальные механизмы защиты при коронавирусной инфекции // Практикум специалиста. Справочник заведующего КДА – 2021. – №5.
7. Методы исследования. Справочник анализов. <https://spravochnik.synevo.ua/ru/intro/method.html>.
8. 30-форма ежегодной статистической отчетности лабораторий. Таблицы 5300-5301. 2020.
© Черничук О.В., Чернова О.О., 2021

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ОБЗОР. РАЗВИТИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ХАНТЫ-МАНСЬИНСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ОКРУГА

Бондученко Н.А.,

врач-радиолог отделения радиотерапии Ханты-Мансийского ООЦ
БУ «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск

Всё мировое сообщество смотрит сейчас на Север как главную перспективу развития. Великий Менделеев сказал: «Россия – это страна, находящаяся к югу от Северного Ледовитого океана».

В соответствии с федеральным законом от 19 июня 1996 года № 78-ФЗ «Об основах государственного регулирования социально-экономического Севера Российской Федерации» установлено понятие «Север» как высокоширотная часть территории Российской Федерации, характеризующаяся суровыми природно-климатическими условиями и повышенными затратами на производство продукции и жизнеобеспечения населения.

Ключевые слова: район Крайнего Севера, онкологическая помощь, злокачественные новообразования (ЗНО)

Территория ХМАО-Югры относится к районам Крайнего Севера. Географически округ находится в срединной части Евразийского материка и России. Северная часть округа расположена в зоне вечной мерзлоты. Климат резко континентальный. Для округа характерна продолжительная холодная зима со средней температурой января от минус 18 °С на юге до минус 24 °С на севере округа. Абсолютный минимум составляет минус 62 °С. Из пяти зон, пригодных для проживания: экстремальная, дискомфортная, субкомфортная, прекомфортная и комфортная, территория ХМАО-Югры относится к дискомфортной.

Демографическая ситуация в округе характеризуется рядом специфических черт. В период нефтегазового освоения территория была местом массового наплыва молодежных групп. В 1979 году средний возраст населения составлял 26,4 лет, 1980 год – 26,0 лет, 1998 год – 30,4 лет, 2006 год – 32,8 года, 2020 год – 35,2 лет.

С середины 1980 гг. уровень рождаемости стал снижаться, но, тем не менее, этот уровень по-прежнему превышает «среднероссийский». Уникальная демографическая ситуация накла-

дывает свой отпечаток на уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) в положительную сторону, но стандартизованные показатели говорят об обратном. Дискомфортные климатогеографические условия проживания и связанные с ними особенности ритма жизнедеятельности, рациона питания, экзотический циркадный ритм, особенности северного типа метаболизма, полигиповитаминозы. Эти факторы, влияющие на здоровье человека, на территории ХМАО-Югры являются фактором риска заболеваемости ЗНО. Многолетние наблюдения показывают превышение стандартизованного показателя заболеваемости над средним по стране на 6-12%. В 2004 году «грубый» показатель заболеваемости ЗНО на 100 тыс. населения составил 183,7 при стандартизованном – 229,1. В 2019 году аналогичные показатели уже составили: «грубый» показатель – 300,3, стандартизованный – 286,5.

По РФ в 2018 году «грубый» показатель заболеваемости ЗНО составил 425,5, при стандартизованном – 246,8.

Изменения, произошедшие в ХМАО-Югре за 16 лет, показаны в таблице 1.

Югорские врачи - победители всероссийского конкурса «Лучший врач 2021 года»

I место



Наталья Калиняк
Нефтеюганская окружная клиническая больница
имени В. И. Яцкив
«Лучший участковый врач-терапевт», 1 место



Валерий Панкратов
Сургутский окружной клинический центр
охраны материнства и детства
«Лучший акушер-гинеколог», 1 место

II место



Ирина Иванова
Клинический врачебно-физкультурный диспансер
в Сургуте
«Лучший врач медицинской реабилитации», 2 место

В Министерстве здравоохранения подведены итоги Всероссийского конкурса «Лучший врач 2021 года»

На третий этап Всероссийского конкурса врачей в 2021 году поступило 609 работ из 58 субъектов Российской Федерации и 8 федеральных органов исполнительной власти. 16 июня 2021 года Центральная конкурсная комиссия Министерства здравоохранения Российской Федерации подвела итоги и определила победителей Всероссийского конкурса врачей.

III место



Максим Чирков
Сургутская окружная клиническая больница
«Лучший врач-анестезиолог», 3 место



Наталья Биринцева
Няганская городская детская поликлиника
«Лучший офтальмолог», 3 место

С Днём **МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА!**

От всей души поздравляю с профессиональным праздником!

День медицинского работника – праздник людей с большой буквы: ежедневно вы несете бремя огромной ответственности за каждого человека, встаете на пути у недуга, помогаете обрести здоровье и жизненные силы. Эта профессия требует высокой самоотдачи, великих знаний и постоянного самосовершенствования, она востребована на любом этапе человеческой жизни.

В этот знаменательный день разрешите выразить вам искреннюю признательность и благодарность за каждодневный, кропотливый труд и любовь к избранной профессии.

Желаю вам крепкого здоровья, успехов в благородном деле по спасению жизни и возвращению здоровья югорчанам, счастья и душевного тепла в доме, комфортных условий труда, мира, добра и благополучия! С праздником!

*Директор БУ «Медицинский
информационно-аналитический центр»
Роберт Хамилевич Акназаров*

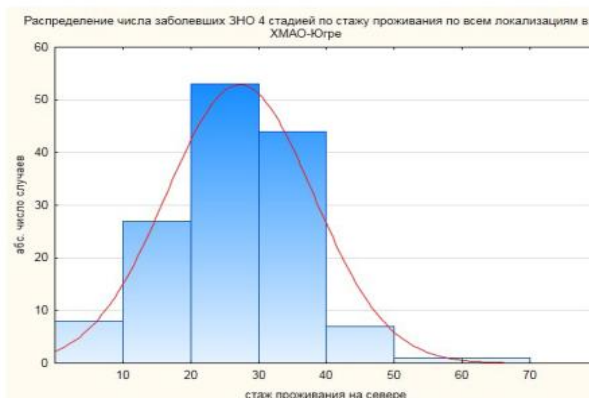
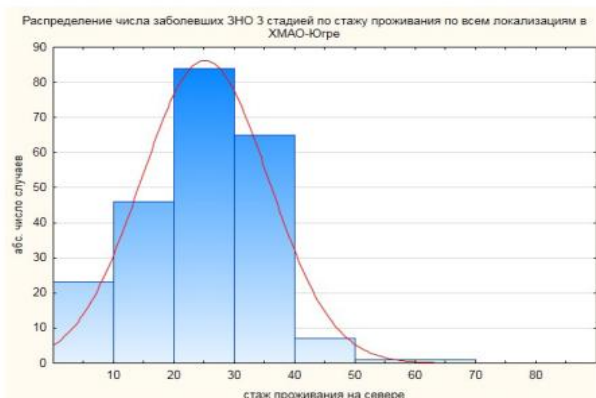
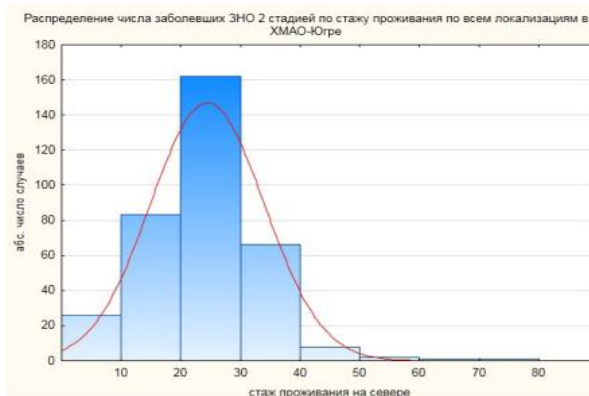
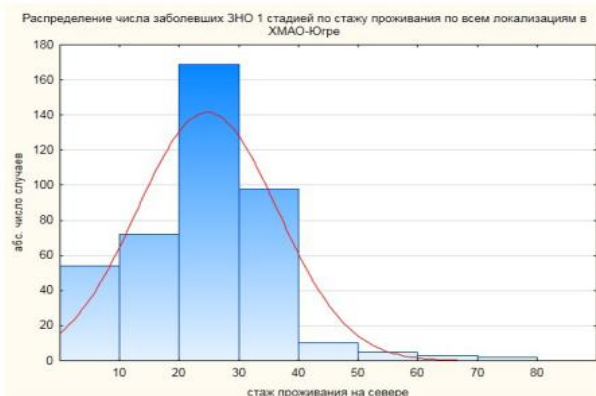


Локализация	ХМАО 2005 г.		РФ 2005 г.		ХМАО 2019 г.		РФ 2018 г.	
	грубый	станд.	грубый	станд.	грубый	станд.	грубый	станд.
Все локализации	197,0	238,0	330,51	215,79	300,3	286,5	425,5	246,8
губы	1,2	1,96	2,83	1,73	0,3	0,3	1,53	0,78
языка	0,6	1,05	1,48	1,01	1,3	0,9	2,33	1,43
больших слюнных желез	0,5	0,82	0,75	0,51	0,8	0,7	0,90	0,55
полость рта	2,0	2,52	2,28	1,58	2,8	2,1	3,41	2,13
ротоглотка	0,3	0,09	1,31	0,93	0,7	1,1	1,90	1,20
носоглотка	0,3	0,42	0,36	0,27	0,6	0,5	0,38	0,26
гортаноглотка	0,55	0,46	1,16	0,81	0,5	0,4	1,68	1,04
пищевода	3,7	5,66	4,99	3,17	4,3	3,3	5,63	3,18
желудка	13,6	16,61	30,56	18,97	17,3	16,5	25,16	13,55
ободочной кишки	10,1	15,4	20,89	12,69	22,1	23,9	29,47	15,58
прямой кишки	11,0	13,82	16,61	10,30	14,4	13,2	21,09	11,63
печени	6,8	7,73	4,57	2,89	7,9	8,3	6,00	3,31
желчного пузыря	1,1	15,88	2,23	1,31	2,7	5,1	2,53	1,28
поджелуд. железы	4,8	7,2	9,36	5,86	7,1	7,1	13,05	7,02
полость носа	0,3	0,99	0,64	0,43	0,5	0,4	0,67	0,41
гортани	2,4	3,44	4,55	3,14	2,8	2,2	4,95	2,91
легкого	25,0	32,03	40,60	26,22	33,4	30,5	42,01	23,64
костей и суст. хрящ.	0,7	0,84	1,41	1,16	1,0	0,8	0,96	0,83
соед. и др. мягких тканей	1,4	2,41	2,32	1,73	1,7	1,7	2,52	1,75
меланома кожи	3,3	3,50	5,10	3,54	4,1	4,3	7,76	4,73
Другие ЗНО кожи	16,6	21,08	37,71	22,31	26,4	28,8	53,60	27,46
молочной железы	23,8	24,54	65,08	40,89	39,1	33,3	48,57	29,76
шейка матки	9,2	7,0	16,98	11,98	19,4	15,5	22,57	15,80
тело матки	12,7	15,1	22,47	13,90	12,3	17,7	34,23	18,79
яичника	11,7	10,25	16,21	10,54	14,4	10,1	18,19	11,14
предстат. железа	6,2	14,36	25,61	20,08	44,6	60,9	62,43	41,45
яичка	2,3	1,75	1,93	1,61	1,9	1,5	2,32	1,94
почки	10,7	11,19	11,08	7,64	14,3	13,4	16,54	10,01
мочевой пузырь	4,4	6,27	8,94	5,49	7,9	7,2	11,87	6,41
головной мозг	3,4	2,79	3,97	3,39	3,7	3,0	6,08	4,45
щитовид. железа	6,5	6,25	5,99	4,42	6,8	6,0	9,02	6,36
лимфатич. и кроветв.	8,8	10,27	15,51	11,94	16,2	17,4	20,20	14,16
ЛГМ	2,7	2,54	2,28	1,98	1,8	1,6	2,18	2,03
острый лимфолейкоз	0,7	1,99	1,45	1,65	1,4	1,8	1,25	1,64
Другие лимфолейкозы	1,1		2,34	1,49	1,7	1,5	2,94	1,65

Для прогнозирования дальнейшего роста заболеваемости ЗНО на территории округа коллективом окружного онкологического центра был проведен анализ заболеваемости жите-

лей округа в зависимости от срока проживания на территории округа.

Результаты анализа 1100 историй амбулаторных карт представлены на графиках:



Графики показывают наличие группы риска как предельный срок проживания на территории Севера до момента срыва возможностей адаптации организма к экстремальным условиям жизнедеятельности.

Анализ процессов заболеваемости, запущенности, инвалидизации, смертности от ЗНО продолжается. В 2021 г. в журнале «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» опубликованы результаты двух лет работы по изучению причин поздней диагностики злокачественных новообразований на территории округа. Сформированы группы риска для планирования мероприятий, нацеленных на снижение запущенности и смертности от злокачественных новообразований.

Произошедший резкий рост заболеваемости ЗНО руководство здравоохранением округа (директор окружного территориального медицинского управления ОТМУ Вильгельм В.Д.) сумело предвидеть. В 2002 году Думой округа была утверждена «Окружная целевая комплексная медико-социальная программа «Онкология» на 2002-2006 гг.».

Среди прочих мер было выделено финансирование строительства радиологического корпуса в окружном центре, которое закончилось в 2012 году.

Для приближения специализированной помощи к населению с учетом территориальных особенностей округа (обширные пространства, специфическая транспортная сеть) в 2006 году (Приказ ДЗ № 96 от 17.03.2006 г. «О совершенствовании онкологической помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре») были созданы три онкологических центра в муниципальных центрах, в том числе в окружной столице на базе Окружной клинической больницы, позволяющие оказывать необходимую помощь в кратчайшие сроки.

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре к созданию окружного популяционного ракового регистра на базе Окружной клинической больницы приступили в 2000 году. Первый руководитель – Пьянкин С.Г. В качестве программного обеспечения была выбрана программа Санкт-Петербургского НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. В 2001 году была

создана база данных больных злокачественными новообразованиями, проживающих в округе. В программу были введены данные на 15 тысяч больных. В 2021 году в базе данных насчитывается 32137 человек. В первые 2 года работы окружного регистра информация поступала в окружной регистр на бумажных носителях (регистрационная карта больного злокачественным новообразованием, в. №030-6/ГРР). В 2004 году автоматизированной программой были обеспечены заинтересованные ЛПУ всех муниципальных образований округа и с 2005 года работа с территориями по сбору и обмену информацией стала осуществляться по электронной почте. Внедрение автоматизированной программы «Популяционный раковый регистр» позволило рассчитывать стандартизованный показатель заболеваемости и смертности, кумулятивный риск развития злокачественного новообразования, средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом и наиболее качественно и объективно проводить оценку состояния онкологической службы как в целом по округу, так и по отдельным территориям. Оценка уровня заболеваемости по «грубому» показателю показала, что он значительно ниже среднероссийского и положение с онкологической заболеваемостью всегда считалось благополучным. При оценке стандартизованного показателя заболеваемости оказалось, что он превышает стандартизованный показатель в среднем по России. Менее благоприятными, чем в среднем по РФ, являются и другие показатели, полученные при работе с базой данных окружного регистра. Так, средний возраст впервые заболевших по округу (оба пола) составляет 53,3 года (по РФ – 63,4), кумулятивный риск развития злокачественного новообразования – 23,66 (по РФ – 22,95).

На основе информации, аккумулированной в канцер-регистре, процесс и характерные особенности заболеваемости ЗНО в округе непрерывно анализировались. Первая попытка анализа, посвященная ЗНО печени как краевой

патологии, состоялась на первой краевой конференции хирургов под руководством профессора Хрячкова В.В. в 1999 году. Основой для публикации послужили контрольные карты на умерших от ЗНО за предыдущие 10 лет. Как показали данные первого анализа первоначальной причиной смерти 10% больных ЗНО жителей г. Ханты-Мансийска послужил «Рак печени», а больных ЗНО жителей Ханты-Мансийского района в 15%.

В 2008 году накопленный массив данных послужил для привлечения внимания врачей первого контакта с больным (хирурги и дерматологи) к проблеме меланомы. Результаты обсуждения были опубликованы в 2010 году. В 2008 году в 1–2 стадиях заболевания было диагностировано 42% от всех меланом в округе. В 2020 году 1 и 2 стадии составили 70,7%. В том же 2008 году в г. Санкт-Петербурге состоялось обсуждение выживаемости больных раком молочной железы. Пятилетняя выживаемость была несколько ниже по сравнению с Краснодарским краем: 64,9 против 67,9, но годовичная выживаемость непрерывно росла: с 90,1 в 2002 году до 95,0 в 2006 году.

Ценность работы канцер регистра наиболее ярко проявилась при анализе кумулятивного риска заболевания ЗНО отдельных локализаций. Так риск заболеть ЗНО ободочной кишки почти в 2 раза (1,9 к 1) превышает среднероссийский. Полученная в результате углубленного анализа информация послужила основой для организационных решений по ранней диагностике рака толстой кишки. По итогам проведенной работы по ранней диагностике рака толстой кишки (РТК) в 2005 г. в 1 и 2 стадии рак толстой кишки диагностировано 38,0%. В 2020 году этот показатель составил 49,7%.

Наряду с прочими проблемами онкологов окрбольницы волновала также и проблема экономических потерь от злокачественных новообразований. Структура первичного выхода на инвалидность в ХМАО-Югре представлена в таблице 2.

Таблица 2

Класс болезней	2008 г.	%	2009 г.	%	Ранговое Место
Всего	4314	100	4640	100	
Болезни системы кровообращения	1321	30,6	1337	28,8	1
Злокачественные новообразования	1008	23,4	1090	24,5	2

Удельный вес основных классов заболеваний из числа первично признанных инвалидами у взрослых лиц (таблица 3).

Таблица 3

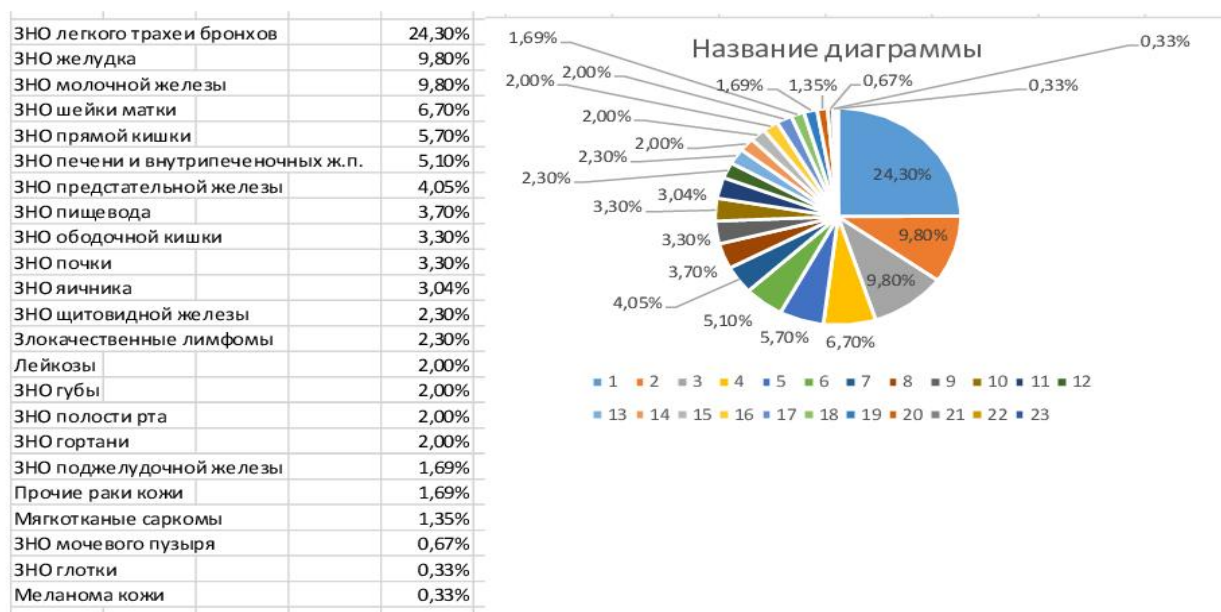
Годы	ЗНО	БСК
2001	16,1	33,1
2002	15,4	35,6
2003	15,4	37,8
2004	15,5	37,6
2005	17,1	38,7
2006	19,1	35,6

Особое внимание руководство Окружной клинической больницы и Ханты-Мансийского онкологического центра обращало и обращает внимание на заболеваемость злокачественными новообразованиями представителей малочисленных народов Севера. Официальное понятие «Коренные малочисленные народы» (КМНС) – это народы, проживающие на терри-

ториях традиционного расселения своих предков, сохраняющие традиционный образ жизни, хозяйствование, промыслы, насчитывающие не более 50 тыс. человек и считающие себя самостоятельными этническими общностями. В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (ХМАО-Югре) проживают из малочисленных народов кроме ханты и манси, селькупы, зыряне, ненцы, коми. Население ХМАО-Югры составляет более полутора миллионов, из них количество малочисленных народов Севера (КМНС) более 30 тыс. По данным переписи 2010 года численность Ханты составляла 19 068 человек, Манси – 10 977, Ненцы – 1 438. По данным Росстата на 01.01.2019 г. численность КМНС в округе составляла 30 646 человек. Заболеваемость злокачественными новообразованиями КМНС по многолетним данным в своей структуре соответствует заболеваемости всего населения ХМАО-Югры, представлена на диаграмме 1.

Диаграмма 1

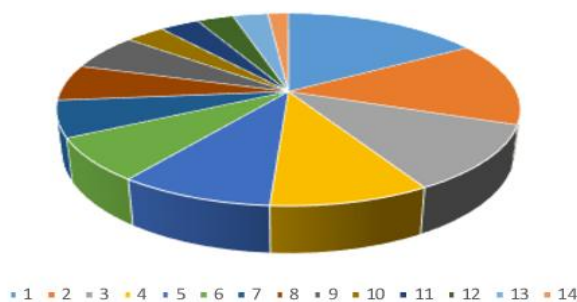
Структура заболеваемости ЗНО КМНС в ХМАО-Югре



В «доковидном» 2019 году структура заболеваемости населения ХМАО-Югры представлена на диаграмме 2.

Структура онкологической заболеваемости округа в 2019 году

ЗНО молочной железы	12,90%
ЗНО трахеи бронхов легкого	11,10%
Прочие раки кожи	8,80%
ЗНО ободочной кишки	7,40%
ЗНО предстательной железы	7,18%
ЗНО желудка	5,70%
ЗНО лимфатической и кроветворной ткани	4,80%
ЗНО почки	4,80%
ЗНО прямой кишки ректосигмоидного соединения ануса	4,80%
ЗНО печени и внутрипеченочных желчных протоков	2,60%
ЗНО мочевого пузыря	2,60%
ЗНО поджелудочной железы	2,40%
ЗНО щитовидной железы	2,30%
Меланома кожи	1,35%



Определенные различия в структуре заболеваемости КМНС и всего населения округа вероятно могут быть объяснены отсутствием необходимости адаптации организма к условиям проживания, а также наличием такого фактора риска как массовая инвазия внутри и внепеченочных желчных протоков *opisthorchus felinus* вследствие употребления сырой или недостаточно прошедшей термическую обработку местных пород рыбы, что недостаточно учитывается как онкологами так и медицинскими работниками первого контакта.

На этапе проектирования окружного онкологического центра закладывались самые передовые методы диагностики и лечения злокачественных новообразований, что давало населению округа определенные гарантии объема и качества оказания специализированной, в том числе и высокотехнологической помощи.

С момента открытия онкологического центра как составной части Окружной клинической многопрофильной медицинской организации перед коллективом были поставлены самые высокие планки как в диагностике, так и лечении злокачественных новообразований.

Первым руководителем онкологического центра ОКБ, Филимоновым А.В., была поставлена задача оказания помощи на международном уровне. Особое внимание было уделено «ядерной медицине» как передовому направлению медицинской науки 21 века.

Уже на догоспитальном этапе жители округа получают полный спектр диагностических процедур, необходимых для принятия решения о тактике и особенностях лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента. Практически нет такого вида диагностической процедуры на международном уровне, которой не оказывалось бы в окружной столице. Каждый житель округа в тяжелую минуту не остается без помощи высококвалифицированного специалиста. Такие, достаточно редкие виды помощи как «Гамма-нож» или внутритканевая терапия с помощью изотопов стронция в повседневной деятельности окружной больницы стали реальностью.

Сегодня, благодаря слаженному коллективу диспансера, населению округа оказывается полный спектр всех видов медицинской помощи при лечении онкологической патологии.

© Бондученко Н.А., 2021

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛКОГОЛИЗМА В БЕЛАРУСИ В КОНТЕКСТЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

Разводовский Ю.Е.,

Институт биохимии биологически активных соединений
Национальной академии наук Беларуси, г. Гродно

Цель: динамический мониторинг алкогольной ситуации в Беларуси с использованием эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов в контексте государственных антиалкогольных программ. **Методы:** проведен анализ динамики эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов в Беларуси в период с 1990 по 2020 годы. **Результаты:** анализ показал, что уровень связанных с алкоголем проблем резко вырос в первой половине 1990-х гг., стабилизировался на высоком уровне в течение первого десятилетия 2000-х гг., после чего стал снижаться. В ходе анализа были обнаружены существенные различия между трендами эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов, что указывает на низкое качество данных официальной статистики. **Выводы:** улучшение алкогольной ситуации в Беларуси могло быть следствием сочетанного влияния целого ряда факторов, включая меры по снижению экономической доступности алкоголя и улучшение макроэкономической ситуации. Повышение надежности данных официальной статистики является необходимым условием проведения мониторинга алкогольной ситуации в стране.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольные психозы

Введение

Злоупотребление алкоголем, по-прежнему, остается одной из самых острых медико-социальных проблем в Беларуси [1-4]. Согласно оценке экспертов ВОЗ, общий уровень потребления алкоголя для мужчин и женщин старше 15 лет составляет соответственно 22,8 и 7,9 литра (в пересчете на абсолютный алкоголь) в год; распространенность «тяжелого» эпизодического потребления алкоголя среди мужчин и женщин составляет соответственно 40,5 и 12,2; распространенность алкогольной зависимости среди населения составляет 11% (19,6 и 3,8% для мужчин и женщин соответственно) при средневропейском показателе 3,7% [5].

В Беларуси разработан комплекс мер, направленных на снижение уровня связанных с алкоголем проблем. В частности, в течение последних двух десятилетий были реализованы четыре государственных антиалкогольных программы [2]. Постановлением Совета Министров Беларуси №1332 от 23 августа 2000 г. была утверждена «Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2000–2005 гг.». Программа предусматривала введение запрета на рекламу алкогольной продукции, сокращение объемов производства крепких алкогольных напитков и одновременно увеличение

выпуска высококачественных вин, пива, а также безалкогольных напитков.

Далее, постановлением Совета Министров №556 от 27 апреля 2006 г. была утверждена «Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006–2010 гг.» Особое значение в программе придавалось совершенствованию законодательства по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма и их последствий, ужесточению ответственности за распитие, реализацию алкогольных напитков несовершеннолетними.

Очередная государственная антиалкогольная программа на период с 2011 по 2015 гг. была утверждена постановлением Совета Министров Республики Беларусь №27 от 11 января 2011 г. Основной целью реализации программы являлось снижение уровня потребления алкоголя населением и уменьшение негативных последствий его потребления для общества. Данную цель планировалось достичь, главным образом, пропагандой здорового образа жизни, включая информирование населения о вредных последствиях употребления суррогатов алкоголя.

В период с 2016 по 2020 гг. в Беларуси реализовывалась подпрограмма «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма» Государственной программы «Здоровье народа и

демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы. Программа предусматривала пропаганду здорового образа жизни в средствах массовой информации, вовлечение молодежи в спортивно-массовые мероприятия, укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь.

Конечной целью, безусловно, является снижение негативного влияния алкоголя на самого зависимого от алкоголя, на группы риска [6, 7], а также улучшение психологического состояния и благополучия в каждой семье [8, 9]. Тем не менее, одним из ключевых аспектов алкогольной политики является мониторинг алкогольной ситуации в стране с использованием косвенных индикаторов алкогольных проблем, который позволяет оценить эффективность проводимых антиалкогольных мероприятий [10–13].

Целью настоящей работы был динамический мониторинг алкогольной ситуации в Беларуси с использованием эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов в контексте государственных антиалкогольных программ.

Материалы и методы

Проведен анализ динамики эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов в Беларуси в период с 1990 по 2020 годы. Анализировали следующие показатели: первичная заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя (ПЗА) (совокупность первично установленных диагнозов в данном отчетном году); первичная заболеваемость алкогольными психозами (ПЗАП); общая заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя (ОЗА) (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 заболеваемость алкогольными психозами (ОЗАП); число пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, пролеченных в стационаре (ПА); число пациентов, пролеченных в стационаре по поводу алкогольного психоза (ПАП) в расчете на 100 тысяч населения. Исползованные в настоящей работе данные получены из официальных отчетов наркологической службы Беларуси.

Результаты

В 2020 г. в государственных организациях здравоохранения было зарегистрировано 173218 пациентов (136903 мужчин и 36315 женщин) с синдромом зависимости от алкоголя и 2355 пациентов (1827 мужчин и 528 женщин) с алкогольными психозами. Впервые в жизни диагноз «синдром зависимости от алкоголя» был установлен 12220 пациентам (9534 мужчин и 2686 женщин). Диагноз «алкогольный психоз» впервые в жизни был установлен 734 пациентам (566 мужчинам и 168 женщинам). В этом же году медицинская помощь в стационарных условиях была оказана 35466 пациентам с синдромом зависимости от алкоголя и 3770 пациентам с алкогольными психозами.

В период с 1990 г. по 2020 гг. показатель ПЗА вырос в 1,5 раза (с 87,9 до 129,3 на 100 тыс. населения), показатель ОЗА вырос на 29,1% (с 1419,1 до 1832,6 на 100 тыс. населения), показатель ПА вырос на 13,7% (с 246,1 до 279,9 на 100 тыс. населения), показатель ПЗАП вырос на 21,9% (с 6,4 до 7,8 на 100 тыс. населения), показатель ОЗАП вырос в 2 раза (с 12,6 до 24,9 на 100 тыс. населения), показатель ПАП вырос в 2,4 раза (с 18,4 до 44,8 на 100 тыс. населения).

Графические данные, представленные на рисунке 1, говорят о том, что динамика эпидемиологических параметров алкогольной зависимости была схожей в 1990-х гг. и несколько различалась в 2000-х гг.: ПЗА росла вплоть до 2006 г., после чего стала снижаться; ОЗА росла вплоть до 2010 г., после чего наметилась тенденция к снижению данного показателя; показатель ПА практически линейно рос во второй половине 1990-х и первом десятилетии 2000-х гг., достигнув своего пика в 2011, после чего стал снижаться.

Анализ графических данных, представленных на рисунке 2, свидетельствует о том, что тренды эпидемиологических параметров алкогольных психозов в 1990-х гг. были практически параллельными, в то время как в 2000-х гг. они существенно различались: ПЗАП росла вплоть до 2000 г., после чего стала снижаться; ОЗАП росла вплоть до 2000 г., затем стабилизировалась, а после 2006 г. стала снижаться; показатель ПАП линейно рос вплоть до 1999 г., после чего стабилизировался, а затем, начиная с 2011 г., стала резко снижаться.

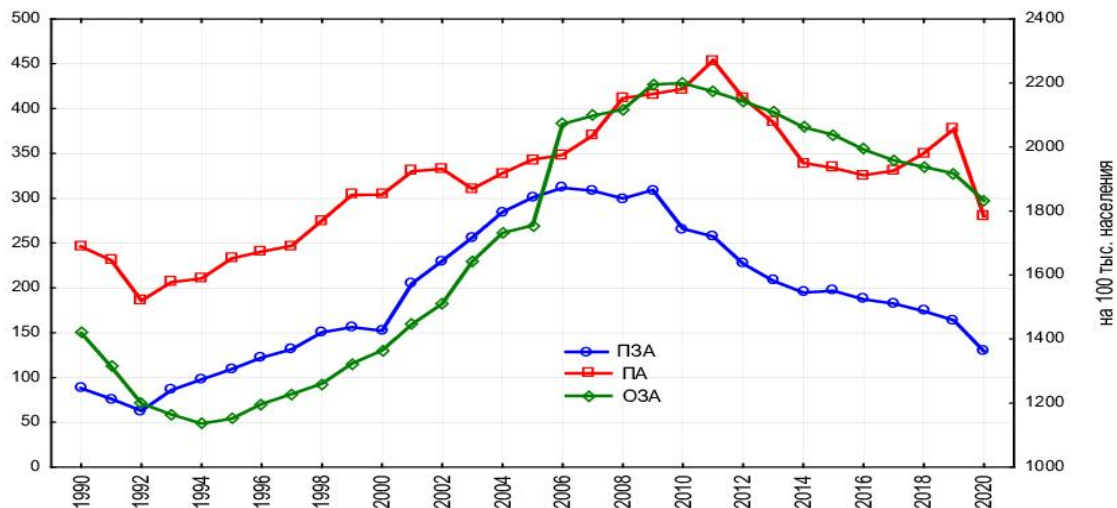


Рис. 1. Динамика уровня первичной заболеваемости алкогольной зависимостью (ПЗА)(левая шкала), общей заболеваемости алкогольной зависимостью (ОЗА)(правая шкала), числа пациентов с алкогольной зависимостью, пролеченных стационарно (ПА)(левая шкала) в Беларуси в период с 1990 по 2020 гг.

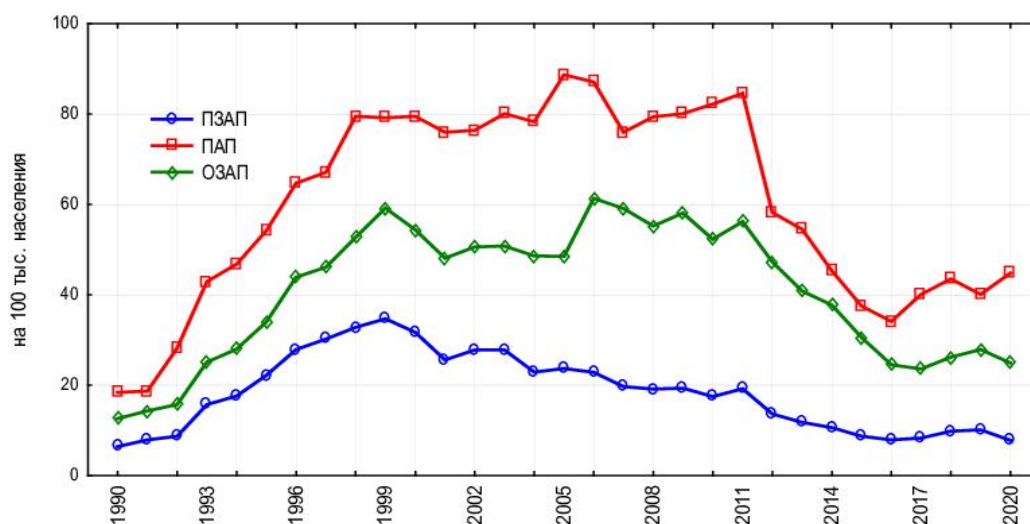


Рис. 2. Динамика уровня первичной заболеваемости алкогольными психозами (ПЗАП), общей заболеваемости алкогольными психозами (ОЗАП), числа пациентов с алкогольными психозами, пролеченных стационарно (ПАП) в Беларуси в период с 1990 по 2020 гг.

Сравнительный анализ графических данных говорит о том, что тренды эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов были схожими во второй половине 1990-х гг. и в последнее десятилетие рассматриваемого периода, в то время как в течение первого десятилетия 2000-х гг. они значительно различались.

Обсуждение

Анализ динамики эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов свидетельствует о резком росте уровня связанных с алкоголем проблем в 1990-е годы, что, по всей видимости, было обусловлено ростом доступности алкоголя после отмены государственной алкогольной монополии в

1992 г. [3, 14]. Динамика изучаемых показателей дает противоречивую картину алкогольной ситуации в течение первого десятилетия нынешнего века. Эпидемиологические параметры алкогольной зависимости говорят о росте уровня связанных с алкоголем проблем в этот период, в то время как динамика эпидемиологических параметров алкогольных психозов указывает на стабилизацию уровня алкогольных проблем.

Следует отметить, что надежность косвенных индикаторов алкогольных проблем различается. Ранее было показано, что эпидемиологические параметры алкогольных психозов являются более надежными косвенными индикаторами алкогольных проблем, нежели эпидемиологические параметры алкогольной зависимости, поскольку последние в значительной степени зависят от «неалкогольных» факторов, таких, например, как активность наркологической службы по выявлению лиц, страдающих алкогольной зависимостью и качество оказания наркологической помощи. При этом наиболее надежным индикатором уровня алкогольных проблем является показатель ПАП [10]. Ориентируясь на данный показатель, можно говорить о стабилизации алкогольной ситуации в Беларуси в первое десятилетие 2000-х гг.

Судя по содружественной динамике эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов, уровень связанных с алкоголем проблем в Беларуси в течение последнего десятилетия рассматриваемого периода существенно снизился. Сложно объективно оценить, в какой степени улучшение алкогольной ситуации в этот период, может быть атрибутировано к реализации антиалкогольных программ. В пользу того, что оздоровительный эффект программ был умеренным, косвенно свидетельствует тот факт, что снижение уровня связанных с алкоголем проблем отмечалось только в период реализации двух последних программ, хотя по своему антиалкогольному потенциалу программы практически не отличались.

Данное обстоятельство указывает на причастность к улучшению алкогольной ситуации в стране каких-то дополнительных факторов. Одним из таких факторов могло быть снижение экономической доступности алкоголя

вследствие резкого ежегодного повышения акциза на алкогольную продукцию, начиная с 2011 г., которое было предпринято в рамках гармонизации акцизной политики внутри Единого Экономического Пространства (ЕЭП) и не имело никакого отношения к антиалкогольной программе [2]. Гипотетическим фактором улучшения алкогольной ситуации могло быть улучшение макроэкономической ситуации, поскольку ранее была показана тесная связь между динамикой уровня валового внутреннего продукта и уровня связанных с алкоголем проблем [4].

В заключении следует отметить, что имеющиеся различия в динамике эпидемиологических параметров алкогольных психозов могут быть связаны с проблемой надежности данных официальной статистики. Поскольку ПЗАП является целевым параметром статистической отчетности наркологической службы, данный показатель может быть подвержен статистической манипуляции, что негативно сказывается на качестве данных и является существенным методологическим ограничением данного исследования.

Таким образом, анализ данных статистической отчетности наркологической службы Беларуси показал, что уровень связанных с алкоголем проблем резко вырос в первой половине 1990-х гг., стабилизировался на высоком уровне в течение первого десятилетия 2000-х гг., после чего стал снижаться. Улучшение алкогольной ситуации в стране, отмечавшееся на протяжении последнего десятилетия рассматриваемого периода, могло быть следствием сочетанного влияния целого ряда факторов, включая меры по снижению экономической доступности алкоголя и улучшение макроэкономической ситуации.

В ходе анализа были обнаружены существенные различия между трендами эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов, что указывает на низкое качество данных официальной статистики. Поэтому повышение надежности данных статистической отчетности является необходимым условием проведения динамического мониторинга алкогольной ситуации в стране, который необходим для разработки и реализации государственной алкогольной политики.

Литература

1. Андреева, Л.А. Терехович, Т.И. Медицинская профилактика синдрома алкогольной зависимости // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 51-56.
2. Разводовский, Ю.Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 35-42.
3. Немцов, А.В., Давыдов, К.В., Разводовский, Ю.Е. Сравнительный анализ алкогольной ситуации в Беларуси и России // Наркология. – 2009. – Том 1, – № 85. – С. 52-60.
4. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь как фактор гендерного градиента ожидаемой продолжительности жизни городского и сельского населения Беларуси // Академический журнал Западной Сибири. – 2019. – Т. 15, – № 3. – С. 42-44.
5. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva. 2018.
6. Сомкина, О.Ю. Гендерный аутоагрессивный профиль зависимых от алкоголя лиц // Девиантология. – 2018. – Т. 2, – № 2. – С. 30-37.
7. Бохан, Н.А., Приленский, Б.Ю., Асаинов, Р.Р., Бухна, А.Г. Особенность клинической картины и психологического статуса лиц, имеющих соматические осложнения от злоупотребления алкоголем в период длительной ремиссии // Академический журнал Западной Сибири. – 2016. – Т. 12, – № 6. – С. 32-36.
8. Яшечкина, Н.Н. Связь наличия алкогольной зависимости у родителей с аддиктивными расстройствами потомства // Научный форум. Сибирь. – 2017. – Т. 3, – № 1. – С. 77-79.
9. Парамонова, Ю.А., Небыбаев, И.Ю., Меринов, Н.А. Распространённость аддиктивной патологии у лиц, воспитанных в семьях лиц, страдающих алкогольной зависимостью // Девиантология. – 2019. – Т. 3, – № 2. – С. 13-19.
10. Авербах, Я.К., Шамота, А.З. Потребление алкоголя и некоторые показатели алкоголизации населения // Вопросы наркологии. – 1992. – № 2. – С. 32-37.
11. Иванова, А.Е., Семенова, В.Г., Гаврилова, Н.С., Евдокушкина, Г.П., Гаврилов, Л.А. Российская смертность в 1965-2002 гг.: основные проблемы и резервы снижения // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2004. – № 1. – С. 20–30.
12. Разводовский, Ю.Е., Смирнов, В.Ю., Зотов, П.Б. Прогнозирование уровня суицидов с помощью анализа временных серий // Суицидология. – 2015. – № 3. – С. 41– 48.
13. Родяшин, Е.В., Зотов, П.Б., Габсалямов, И.Н., Уманский, М.С. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 21–23.
14. Zaridze, D., Maximovitch, D., Lazarev, A., Igitov, V., Boroda, A, et al. Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies // Int J Epidemiol. 2009. № 38. С. 143–153.

© Разводовский Ю.Е., 2021

УДК 616-07

АУДИТ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Чуркина Л.Е.,

заведующий ОМО БУ «Покачевская городская больница»

В статье приведены результаты внутреннего аудита преаналитического этапа лабораторного исследования БУ «Покачевская городская больница», проведенного под руководством ООО «Лабораторный проект».

Ключевые слова: преаналитический этап лабораторного исследования, клинические лабораторные исследования, достоверность и правдоподобие результатов исследований

«Клинические лабораторные исследования являются общим делом клинического и лабораторного персонала. Разделение функций и ответственности между ними заключается в том, что лабораторный персонал выполняет необходимые аналитические процедуры, оце-

нивает достоверность и правдоподобие результатов исследований, а клинический персонал осуществляет назначение лабораторных тестов, подготовку пациентов к их проведению, взятие образцов биоматериалов, окончательную интерпретацию результатов исследований и

принятие на их основе клинических решений» [ГОСТ Р 53079.3-2008 Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Национальный стандарт РФ].

С целью контроля исполнения регламента ведения преаналитических процедур средним медицинским персоналом в БУ «Покачевская городская больница» проведен внутренний аудит преаналитического этапа лабораторного исследования под руководством ООО «Лабораторный проект».

Задачи:

Выявить и зафиксировать ошибки, допускаемые при ведении процедур преаналитического этапа; сформулировать основные проблемы, разработать корректирующие действия.

Основные методы работы:

наблюдение, сбор информации, фиксация нарушений.



Рис.2. Ресурсы лаборатории



Рис.3. Оценка качества проб

В процессе аудита проанализировано 221 проба. Основные ошибки: гемолиз, недостаточный объем проб. Уровень гемолиза определялся количественным способом по шкале



Рис.1. Этапы лабораторного исследования

Мейо, определяющей визуальную оценку степени гемолиза в мг/дл; гемолиз выявлен в двух пробах (0,9% от общего количества проб). Наиболее выражен гемолиз в пробах с активатором свертывания. Нарушение соотношения кровь/антикоагулянт, выявлено пять проб, что соответствует 2,26% от общего количества проб. Использование шприцев для взятия крови. Переливание пробы крови из шприца в вакуумную пробирку. Заполнение пробирок пробями крови не до метки.

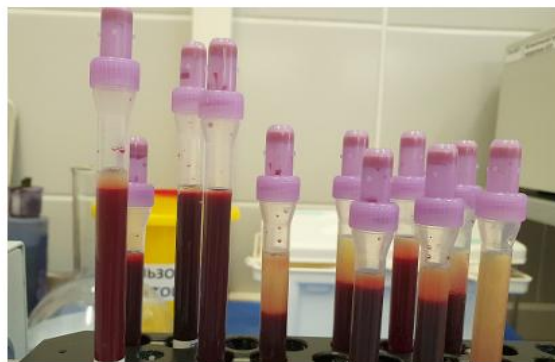


Рис. 4. Пробы с уровнем больше допустимого



Рис. 5. Гемализированные образцы

Выводы. Рекомендации

Проблема	Влияние проблемы на лабораторный процесс	Рекомендации по корректирующим действиям
1. Нарушение техники взятия проб венозной крови	1. Использование шприцев при взятии крови и последующее переливание пробы крови из шприца в пробирку является одной из основных причин гемолиза или недозаполнения пробирок (критично для проб с антикоагулянтами).	1. Обеспечить пункты сбора крови полными комплектами системы взятия крови и исключить получение образцов через шприц.
2. Гемолиз в пробирках для получения сывороток	2. Качество пробы не отвечает критерию приемлемости при исследованиях ЛДГ, АСТ, АЛТ, глюкозы и других аналитов.	2. Подготовить СОП по процедуре венопункции с учетом действующих нормативных документов, в том числе, регламентирующих комплектность системы взятия крови.
3. Недозаполнение пробирок с антикоагулянтами КЗЕ и цитратом натрия 3,8% и 3,2%	3. Прямые показания к выбраковке проб: отказ в проведении исследования. 4. Дополнительные финансовые расходы на системы взятия крови и вспомогательные материалы для проведения повторной венопункции. 5. Снижение качества обслуживания населения.	3. Разработать и внедрить регламент контроля качества проб в КДЛ по признаку гемолиза (критерий приемлемости или отказа в приеме проб) 4. Организовать обучение работников по процедуре взятия крови на постоянной основе.

По результатам внутреннего аудита разработан план корректирующих действий. С целью повышения качества и эффективности процесса регистрации и идентификации проб запланировано внедрение сквозного штрих-кодирования и госпитальных/лабораторных информационных систем (электронная форма бланк-заказа). Разработаны стандартные операционные процедуры (СОП) взятия материала и подготовка пациента, транспортировка прием, регистрация и контроль качества биоматериала лабораторией. Проведен мастер-класс, на котором были рассмотрены основные принципы взятия крови из вены при помощи вакуумной системы и профилактики осложнений.

Обучение среднего медицинского персонала правилам преаналитического этапа лабораторных исследований обеспечивает правильность преаналитического этапа, что является необходимым при выполнении любого лабораторного исследования, так как именно на этот этап приходится наибольший процент ошибок.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств». – М.: Стандартинформ, – 2015.
3. Национальный стандарт Российской Федерации. ГОСТ Р 53079.4-2008 «Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Часть 4. Правила ведения преаналитического этапа». – М.: Стандартинформ, – 2009.
4. Национальный стандарт Российской Федерации. ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности». – М.: Стандартинформ, 2015.
5. Национальный стандарт Российской Федерации. ГОСТ Р 56395-2015 ISO/TS 22367:2008 «Лаборатории медицинские. Снижение ошибок посредством менеджмента риска и постоянного улучшения». – М. Стандартинформ, 2015.

© Чуркина Л.Е., 2021

БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ПЕЧЕНИ

Кузьмичев Д.Е.,заведующий Восточным отделом, врач – судебно-медицинский эксперт
секретарь Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»**Раннев А.Ю.,**заведующий патологоанатомическим отделением – врач – патологоанатом
БУ «Мегионская городская больница»**Скребов Р.В.,**начальник, врач – судебно-медицинский эксперт
председатель Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»**Вильцев И.М.,**заведующий филиалом «Отделение в г. Мегион»,
врач – судебно-медицинский эксперт Восточного отдела,
член Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Уникальность печени, ее большой потенциал и высокая способность к регенерации – это палка о двух концах. Благодаря своей «терпеливости», печень обращает на себя внимание, когда изменения уже необратимы. Именно поэтому так важно регулярное профилактическое обследование состояния печени до появления каких-либо симптомов.

Ключевые слова: рак печени, злокачественные новообразования, симптомы поражения печени

Разнообразие функций, выполняемых печенью, обуславливает множество симптомов, возникающих в связи с заболеваниями этого органа. Условно все симптомы поражения печени делятся на: неспецифические и специфические. К неспецифическим симптомам относятся усталость, слабость, незначительное повышение температуры, ухудшение аппетита, тошноту, рвоту, боль в правом подреберье. К специфическим симптомам поражения печени можно отнести желтуху (окраска кожи, слизистых оболочек и склер в разные оттенки желтого цвета), склонность к кровотечениям и кровоизлияниям (носовые кровотечения, гематомы даже при незначительных ударах и т.д.), кожный зуд.

Всего насчитывается более 50 патологий этой железы, и, как отмечают в Европейской ассоциации по изучению печени, около 30 миллионов европейцев страдают в настоящее время от ее хронических заболеваний.

На основании многолетнего опыта хирургического лечения заболеваний печени и желчных путей Б.И. Альперович предлагает следующую классификацию заболеваний печени

и желчных путей, требующих хирургического лечения.

А. Заболевания печени. 1. Врожденные аномалии развития. 2. Травмы печени. 2.1. Открытые повреждения. 2.1.1. Колотые и резаные раны. 2.1.2. Огнестрельные ранения. 2.2. Закрытые травмы печени (разрывы). 3. Очаговые заболевания. 3.1. Воспалительные заболевания. 3.1.1. Неспецифические (абсцессы). 3.1.2. Специфические (туберкулез, сифилис и др.). 3.2. Опухоли печени. 3.2.1. Доброкачественные опухоли. 3.2.2. Злокачественные опухоли. 3.3. Непаразитарные кисты. 4. Паразитарные заболевания. 4.1. Эхинококкоз. 4.2. Альвеококкоз. 4.3. Описторхоз. 4.4. Аскаридоз. 5. Диффузные заболевания (циррозы), осложнения которых требуют хирургической коррекции (портальная гипертензия).

Б. Заболевания желчевыводящих путей и желчного пузыря. 1. Аномалии развития (атрезии). 2. Травмы желчного пузыря и желчевыводящих путей. 2.1. Ранения желчного пузыря и желчевыводящих путей. 2.2. Ятрогенные повреждения желчевыводящих путей. 3. Желчнокаменная болезнь. 4. Острый холецистит.

5. Опухоли желчного пузыря и желчевыводящих путей. 6. Паразитарные заболевания. 6.1. Описторхоз (хирургические осложнения). 6.2. Аскаридоз (хирургические осложнения).

Предложенная классификация не претендует на полноту, но помогает практическому врачу ориентироваться среди множества различных нозологических форм, встречающихся в его повседневной деятельности.

Наблюдение из практической деятельности

Клинические сведения. Пациентка К. 66 лет находилась на стационарном лечении в отделении терапии с диагнозом основное заболевание «Цирроз печени класс С по Чайлд-Пью (токсического генеза)», осложнения «Печеночная энцефалопатия 2 ст. ПКН 2 ст. Вторичная тромбоцитопения средней степени тяжести. Токсическая нефропатия». При поступлении в стационар предъявляла жалобы: на боли в эпигастрии, в правом подреберье, постоянные, ноющего характера, не связанные с приемом пищи. Анамнез заболевания: за неделю до настоящей госпитализации обращалась за медицинской помощью в приемный покой хирургического корпуса, осмотрена хирургом, отправлена лечиться амбулаторно, по УЗИ ОБП – гепатомегалия. Назначено лечение – уточнить не может, на этом фоне состояние без динамики, нарастали вышеописанные жалобы. Анамнез жизни: в условиях Севера с 1985 года. Вредные привычки: периодически алкоголь запойными формами. Общее состояние при поступлении: относительно удовлетворительное. Сознание: ясное. Поведение: спокойное. Положение: активное. Кожные покровы и видимые слизистые: физиологической окраски. Тургор: сохранен. Влажность: нормальная. Сыпь: нет. Система пищеварения: язык сухой; налет: нет. Живот мягкий. Болезненность: в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины: нет. Печень + 15 см, плотная, поверхность гладкая, селезенка: +3 см. Стул: регулярный, оформленный. Система мочевого выделения: область почек: не изменена. Пальпация безболезненная. Симптом поколачивания: отрицательный. Мочепускание: не учащенное, свободное, безболезненное; диурез: в норме. Результаты обследований: **ОНКОМАРКЕРЫ:** Альфа-фетопротейн (АФП) - 3,3 нг/мл, Раковый антиген

19-9 (СА 19-9) - 244,4 Ед/мл; ИФА на HBsAg: HBsAg - не обнаружено; Кровь на ВИЧ: ВИЧ-1/2 и антиген р24 Ag/At – Отрицательный; Коагулограмма: МНО - 1,39 ", Протромбиновый индекс - 76,1 %; билирубин 80 мкмоль/л; Коагулограмма: МНО - 1,22 ", Протромбиновое время - 14,9 сек., Протромбиновый индекс - 84,5 %. Состояние пациентки прогрессивно ухудшалось, нарастала мозговая симптоматика - последовательно сопор, кома. На 17-й день госпитализации несмотря на проводимую терапию пациентка умерла. Заключительный клинический диагноз. Основной «Цирроз печени алкогольного генеза класс С по Чайлд-Пью», осложнения «Печеночная энцефалопатия 3 степени, декомпенсация. ПКН 2 ст. Вторичная тромбоцитопения средней степени тяжести. Токсическая нефропатия, ХБП С3бА1. (СКФ 41 мл/мин/1,73м²). Нарушение белкового обмена, гипоальбуминемия. Синдром холестаза».

Патоморфологические сведения. Труп пожилой женщины, пониженного питания. Кожные покровы и слизистые оболочки желтушные. Выраженный отек головного мозга. Умеренный отек легких. Печень резко увеличена, край на 15 см ниже реберной дуги. Печень плотно-эластичной консистенции. Практически вся печень представлена атипичной диффузно распространенной тканью серо-желтого цвета с очаговыми кровоизлияниями, лишь в левой доле печени участок ткани печени коричневого цвета размерами 7х5х3,5 см, визуально не пораженный опухолевой тканью. В протоках печени вязкая желчь коричневого цвета, камней нет. Желчный пузырь грушевидной формы не увеличен, толщина стенки 0,2 см, слизистая оболочка шероховатая, в полости пузыря коричневого цвета вязкая желчь, камней нет. Листки плевры и брюшина гладкие желтушные. Поджелудочная железа дольчатого вида без участков атипии. Визуально во внутренних органах метастазов нет. При гистологическом исследовании печени выявлен – печеночно-клеточный рак.

Выводы

1. В ходе исследования обнаружена морфологическая находка – «Печеночно-клеточный рак», от которого и наступила смерть женщины.
2. Неоднократно при проведении вскрытий нами наблюдалось несоответствие клиники и

площади поражения печени опухолевой тканью – «Злокачественное новообразование печени» часто протекает бессимптомно вплоть до терминальной стадии, а на вскрытии обнаруживается субтотальное диффузное поражение печени опухолевой тканью.

Литература

1. Кузьмичев, Д.Е., Скребов, Р.В., Кожан, И.Г., Ильина, М.П., Чирков, С.В., Вильцев, И.М. Основы морфометрии печени // Методическое пособие. – Ханты-Мансийск, 2017. – 62 с.
 2. Актуальные вопросы судебной медицины: материалы межрегиональной научно-практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно-медицинских экспертов: сборник научных статей / под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. – Ханты-Мансийск, 2018. – 171 с.
 3. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.
 4. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.
 5. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.
 6. health-ua.org/faq/gepatologiya/101.html;
 7. <https://www.kp.ru/guide/pechen-cheloveka.html>;
 8. <https://medbe.ru/materials/khirurgiya-pecheni/klassifikatsiya-zabolevaniy-pecheni/>.
- © Кузьмичев Д.Е., Раннев А.Ю., Скребов Р.В., Вильцев И.М., 2021

УДК 616.72-002.77

РИНОХИРУРГИЯ – МАЛОИНВАЗИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Алибеков И.М.,

Заслуженный врач РФ., кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий курсом оториноларингологии медицинского института БУ ВО ХМАО-Югры СурГУ,
заведующий дневным стационаром БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3»

Гуз Д. Г.,

Заслуженный врач ХМАО, главный врач БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»,
врач высшей категории, отличник здравоохранения РФ

Чумак К.С.,

врач оториноларинголог дневного стационара
БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3»,
преподаватель кафедры хирургических болезней СурГУ

В статье представлены результаты внедрения в практику малоинвазивных методов лечения при патологии носа и околоносовых пазух. Проведен анализ работы с применением эндоскопических и радиохирургических технологий в амбулаторных условиях за 2016-2020 гг. Разработаны и внедрены в практику амбулаторной ринохирургии этапы отбора, подготовки, режимы работы и методы анестезии при соблюдении организационных, медицинских и социальных аспектов.

Ключевые слова: малоинвазивные методы лечения, патологии носа и околоносовых пазух, ринохирургия

В условиях Севера с учётом неблагоприятных климатических факторов заболеваемость верхних дыхательных путей составляет более 70% [1]. Распространенность заболеваний оториноларингологического профиля в структуре общего количества заболеваний у жителей

г. Сургута по итогам 2013 года составляет 13,9%. Структура заболеваемости носа и околоносовых пазух – 72,6%, вазомоторный ринит – 7,9%, хронический ринит – 12,6%, киста верхнечелюстной пазухи – 2,1%, по ХМАО-Югре структура та же [2].

Значительно возрастает группа пациентов, страдающих патологией околоносовых пазух – киста гайморовой пазухи, и патологией носовых раковин – хронический ринит, нуждающихся в современных малоинвазивных методах лечения [5,6]. Нередко из-за нарушения носового дыхания, гипертрофии носовых раковин, сохраняющихся в межприступном периоде, чаще всего являющихся причиной образования и развития кист околоносовых пазух, требует применения хирургических методов лечения [7,8,9,10].

Цель работы

- поиск и внедрение в практику современных малоинвазивных и безопасных методик оперативного лечения с оториноларингологической патологией в амбулаторных условиях;
- оценить эффективность оперативного лечения кисты гайморовой пазухи и вазомоторного ринита с применением видео-эндоскопических и радиоволновых технологий в амбулаторных условиях.

Задачи

- организовать отбор пациентов с кистой гайморовой пазухи и хроническим ринитом на плановые операции в амбулаторных условиях;
- разработать перечень показаний для проведения плановых хирургических вмешательств с кистой гайморовой пазухи и хроническим ринитом в амбулаторных условиях;
- организовать оптимальную анестезию при проведении хирургических вмешательств с кистой гайморовой пазухи и хроническим ринитом.

Материалы и методы исследования

Работа проводилась на базе БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3». В дневном стационаре поликлиники 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 патологией носа и околоносовых пазух. [4]. Анестезиологическое пособие при выполняемых операциях: аппликационная; местная; инфильтрационная; проводниковая; в/венная и сочетанный метод обезболивания. Отрабо-

тана 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 [3].

В работу включались пациенты с кистой гайморовой пазухи и хроническим ринитом. Возраст больных от 20 до 50 лет. Длительность заболевания от 1 года и более. Всем больным ранее проводили консервативное лечение, которое не имело эффекта.

Результаты

Клинический материал

Прооперировано с кистой гайморовой пазухи и хроническим вазомоторным ринитом за 2016-2020 г.г. – 1289 пациентов. Мужчин – 488 (37,9%), женщин – 801 (62,1%).

Оперированы: киста гайморовой пазухи – 120 пациентов, из них мужчин – 75 (62,5%), женщин – 45 (37,5%). Вазотомия нижних носовых раковин – 1169 пациентов, из них мужчин – 413 (35,3%), женщин – 756 (64,7%).

После обследования и предоперационной подготовки больным в амбулаторных условиях под местной анестезией выполнялись операции: микрогайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий с диагнозом: Киста гайморовой пазухи и подслизистая вазотомия нижних носовых раковин; с применением радиоволновой хирургии с диагнозом: Хронический ринит. Режим 3.5. Всем больным ранее проводили консервативное лечение, которое не имело эффекта.

Таблица 1

	2016	2017	2018	2019	2020
Киста верхнечелюстной пазухи	24	21	30	24	21
Хронический ринит	236	253	214	225	241

После обследования и предоперационной подготовки больным в амбулаторных условиях под местной анестезией выполнялась операция «Микрогайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий и подслизистая вазотомия нижних носовых раковин».

Проводились операции следующими методами:

1. Под верхней губой в области «собачьей ямки» проводился прокол троакаром, затем под контролем видеэндоскопа 0° инструментально – через прокол киста гайморовой пазухи удалялась посредством инструмента «Blakesley» и аспиратора, с взятием её на гистологическое исследование, с последующей ревизией гайморовой пазухи.

2. Вазотомия с использованием радиохирургии. Режим – 3.5. Операцию дополняли смещением нижней носовой раковины латерально (латерпозиция раковины).

В послеоперационном периоде больные наблюдались лечащим врачом амбулаторно, выполнялся туалет полости носа, орошение слизистой полости носа солевыми растворами (морской водой), назначались препараты, улучшающие мукоцилиарный клиренс в пазухе и полости носа. Больные находились под наблюдением до завершения послеоперационных репаративных процессов, в последующем осуществлялось динамическое наблюдение.

Улучшение наступало на 3-5 день после операции: прекращались жалобы на заложенность носа, чувство давления в гайморовой пазухе, снижалось количество отделяемого из носа, улучшалось носовое дыхание. Об эффективности лечения судили по клиническим и риноскопическим данным. По итогам последующего динамического наблюдения среди оперированных пациентов достигнуто клиническое выздоровление более 89-90%. Побочных эффектов не наблюдалось.

Выводы

- внедрены в амбулаторную практику и доступны современные малоинвазивные методы лечения при ринологической патологии;

- наш опыт позволяет рекомендовать видеэндоскопическую микрогайморотомию и радиоволновую хирургию как щадящий, эффективный метод оперативного лечения пациентов с кистой гайморовой пазухи и хроническим ринитом, учитывая достигнутые нами положительные результаты в амбулаторной хирургии. Это свидетельствует об их целесообразности и перспективности.

1. Показатели состояния здоровья населения города Сургута и деятельности муниципальных учреждений за 2011 г. – Сургут: Комитет по здравоохранению, 2011. – С. 16.
2. Отчет о результатах деятельности «БУ Сургутская городская клиническая поликлиника №3» за 2013 г. – Сургут: бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника №3».
3. Алибеков, И. М., Чесноков, А. А., Гуз, Д. Г. и др. Анестезия и оперативная оториноларингология в амбулаторных условиях: материалы // I Петербургский Форум оториноларингологов в России. – СПб., 2012. – Т. 1. – С. 7-10.
4. Алибеков, И. М., Абдулкеримов, Х. Т., Чесноков, А. А. Амбулаторная оперативная оториноларингология в условиях городского центра Западной Сибири. Десятилетний опыт работы // Рос. оторинолар. – 2014. – № 3 (70). – С. 3-5.
5. Алибеков, И.М., Гуз, Д.Г., Гацко, Ю.С., Чумак К.С., Фатахова, М.Т. Опыт внедрения и оптимизация хирургического лечения ЛОР патологии на базе БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3» // Вестник Сур.ГУ. Медицина. – 2017. – №2 (32). – С. 19-22.
6. Пальчун, В. Т., Михалева, Л. М., Гуров, А. В., Мужичкова, А. В. Клинико-морфологические особенности хронического воспаления верхнечелюстной пазухи // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 7. – С. 42-49.
7. Апанасенко, Б. Г. Специализированная амбулаторная хирургия. – СПб., 1999. – С. 14.
8. Чесноков, А. А., Алибеков, И. М., Гуз, Д. Г. и др. Организация и эффективность амбулаторной хирургической ЛОР-помощи в дневном стационаре-ЦАХ в условиях севера Западной Сибири // XIII Российский Конгресс оторинолар.: материалы . рос. науч.-практ. конф. оторинолар. – М., 2014. – С. 39-40.
9. Characteristics and risk factors of mucosal cysts in the paranasal sinuses / I.J. Moon et al. // Rhinology. – 2011. – Vol. 49, № 3. – P. 309-314.
10. Clinical features of patients with paranasal sinus cysts / K. Tsuzuki et al. // Nihon
11. Jibiinkoka Gakkai Kaiho. – 2009. – Vol. 112, № 12. – P. 801-808.

© Алибеков И.М., Гуз Д. Г., Чумак К.С., 2021

УДК 616.89-008.441.44

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ТЮМЕНСКОМ РЕГИОНЕ В 2005-2020 ГГ.

Гарагашева Е.П.,
аспирант кафедры онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ, г. Тюмень
Вельчева А.И.,
ассистент кафедры онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ, г. Тюмень
Спадерова Н.Н.,
доцент кафедры медицинской информатики и биологической физики с сетевой секцией биоэтики
ЮНЕСКО ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ, г. Тюмень
Калашников А.А.,
начальник бюро СМЭ ГБУЗ ТО Областное бюро СМЭ, г. Тюмень
Тальчук О.В.,
руководитель центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО Областная КПБ, г. Тюмень
Кузьмин О.Н.,
специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО Областная КПБ, г. Тюмень

Представлен анализ уровня суицидов в Тюменском регионе в 2005-2020 гг. Показано, что в течение всего периода наблюдения наблюдается стабильное снижение показателей суицидальной смертности. Это отражает улучшение социально-экономической ситуации, уровня жизни населения и психического здоровья. В столице региона (г. Тюмень), начиная с 2014 года, регистрируется низкий уровень показателя самоубийств. Менее выраженная динамика в южных, преимущественно сельских территориях Тюменской области, свидетельствует о необходимости более глубокого анализа ситуации. Одним из путей решения проблемы – разработка Суицидологического паспорта территории, в том числе изучение территориально значимых факторов и групп риска, а также разработка программ с более дифференцированными мерами превенции и подготовкой по суицидологии специалистов в области психического здоровья.

Ключевые слова: суицид, суицидальная смертность, Тюмень, Тюменская область

Актуальность

Суицидальная смертность относится к одному из важнейших медико-социальных показателей, отражающих самые различные аспекты качества жизни населения, включая психическое и соматическое здоровье, материальное и социальное благополучие, психологическое состояние отдельного индивида и общества в целом и др. [1, 2].

Снижение уровня самоубийств является приоритетной задачей систем здравоохранения большинства стран мира [3, 4]. Среди признанных мер превенции – снижение уровня потребления алкоголя и наркотиков [5, 6], доступа к средствам суицида (оружие, отравляющие средства и др.) [7, 8, 9], лечение депрессии, а также профилактическая работа по выявлению групп и факторов риска [10, 11].

Предложенные ВОЗ критерии (до 10 случаев – низкий, 10-20 – средний, 20-30 – высокий, >30 самоубийств на 100 000 населения – «запредельный») позволяют оценить динамику, а также сравнить различные территории и страны [1, 3].

В Тюменской области в течение последних 10 лет проводится комплексная работа по ор-

ганизации системы регистрации и учета суицидальных действий, системному анализу факторов риска и разработке мер эффективной профилактики [12, 13], в том числе в период пандемии COVID-19 [14].

Цель

Оценить динамику показателей суицидальной смертности в Тюменском регионе в 2005-2020 г. в сравнении с данными Федеральной статистики.

Материалы и методы

Доступные данные Федеральной статистики (rosstat.gov.ru), данные Областного бюро судебно-медицинской экспертизы (г. Тюмень) за исследуемый период. Оцениваемые показатели рассчитывались на 100 000 населения и сравнивались по территориям.

Результаты

Рассчитанные относительные показатели на 100 000 населения по г. Тюмени, югу Тюменской области и Российской Федерации в 2005-2020 г. представлены в таблице 1, более наглядно – на рисунке 1.

Динамика показателей суицидальной смертности в г. Тюмени, юге Тюменской области и Российской Федерации в 2000-2020 г. (на 100 тыс. населения)

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Юг ТО		44,0	38,6	32,2	32,3	31,9	22,2	20,8	19,9	14,7	17,2	15,2	14,4
Тюмень		27,1	25,3	19,8	16,9	21,7	8,1	10,6	10,5	6,4	8,1	10	8,4
РФ	39,1	32,1	23,4	21,8	20,8	20,1	18,5	17,4	15,8	13,8	12,4	11,7	

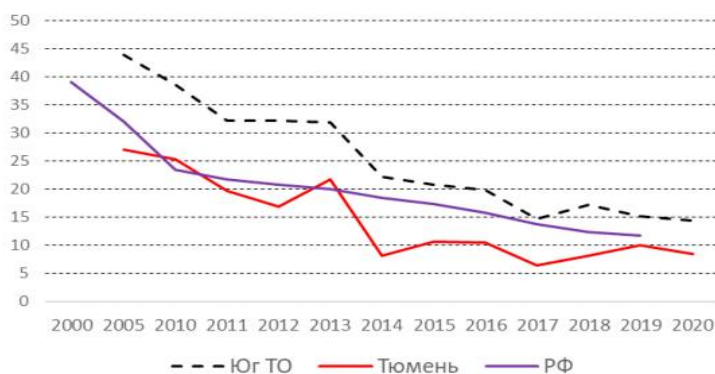


Рис. 1. Динамика показателей суицидальной смертности в г. Тюмени, юге Тюменской области и Российской Федерации в 2000-2020 г. (на 100 тыс. населения)

Можно отметить, что максимально высокие показатели за весь период исследования в сравнимых территориях были зарегистрированы на юге Тюменской области в 2005 году – 44,0 на 100000 населения, что, согласно классификации ВОЗ, относится к «запредельному, угрожающему выживанию нации». Количественно, это, практически, на треть превышало показатели в г. Тюмени (29,3%) и на 18% в среднем по стране. Территориально – Юг области – преимущественно сельские поселения за исключением небольших городов (гг. Тобольск, Ишим, Заводоуковск), что в целом, отражает общую по стране тенденцию преобладания суицидов среди селян и согласуется с данными по другим территориям России [15, 16, 17].

Начало нулевых годов XXI века в России – период экономической и политической нестабильности. Последующее улучшение ситуации в стране, повышение уровня и качества жизни населения сопровождалось снижением числа самоубийств. Оценка показателей в динамике свидетельствует о том, что в последующие 15 лет уровень суицидальной смертности снижался по всем территориям. Ключевой критерий перехода в более низкую категорию – ниже 20 случаев на 100 тыс. населения («средний» по ВОЗ) был преодолен в г. Тюмени в 2011 году (19,8) и

имел более значительные регрессивные уровни, чем на юге Тюменской области и в среднем по Российской Федерации. Уже в 2014 г. был отмечен последующий переход в «низкую» категорию – ниже 10 случаев на 100000 населения, который с некоторыми отклонениями сохраняется в течение последних семи лет (2014-2020 гг.).

Южные территории Тюменской области также демонстрировали снижение смертности, но с меньшей регрессией. Сравнение с показателями средними по РФ в этот период свидетельствует о стабильном превышении уровня на 30-40%. Переход в категорию «средний» (ниже 20 случаев) отмечалось лишь в 2016 году – на пять лет позже, чем в Тюмени и на два года позже достижения этого рубежа Российской Федерацией в целом. Показателей ниже 10 на 100000 населения за исследуемый период на Юге области не наблюдалось.

Представленные цифры отражают стабильную положительную динамику снижения суицидальной смертности в Тюменском регионе в течение последних двух десятилетий. При этом более значительные изменения наблюдаются в г. Тюмени – областном центре, с достаточно развитой социальной и производственной сферой, медицинским сервисом, что вполне обоснованно можно отнести к ведущим факторам

более лучшей суицидальной ситуации. Объективные социально-экономические показатели и условия проживания населения свидетельствуют о высоком уровне качества жизни горожан.

Южные территории Тюменской области, с проживающей половиной населения региона, демонстрируют более высокие показатели суицидальной активности как относительно среднероссийских, так и в отношении столицы региона – Тюмени. Это может указывать на присутствие значимых факторов риска, выявление и работа с которыми может иметь большое медико-социальное значение. Среди последних – уровень потребления алкоголя, трудовая занятость, стабильность и уровень доходов, система организации досуга для населения различных возрастов, а также уровень оказания и доступность медицинской помощи.

Заключение

Тюменский регион в течение последних полудесятилетий демонстрирует стабильное снижение уровня суицидальной смертности, что, безусловно, отражает улучшение социально-экономической ситуации, уровня жизни населения и психического здоровья. В столице региона (г. Тюмень), начиная с 2014 года, регистрируется низкий уровень показателя самоубийств. Менее выраженная динамика в южных, преимущественно сельских территориях Тюменской области, свидетельствует о необходимости более глубокого анализа ситуации. Одним из путей решения проблемы – разработка Суицидологического паспорта территории [18], в том числе изучение территориально значимых факторов и групп риска, а также разработка программ с более дифференцированными мерами профилактики и подготовкой по суицидологии специалистов в области психического здоровья [19].

Литература

1. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.
2. Положий, Б.С. Современные подходы к превентивной суицидологии // Суицидология. – 2021. – Т. 12, – № 1. – С. 73-79. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-73-79
3. Предотвращение самоубийств: справочное пособие для консультантов. ВОЗ, 2006.
4. Любов, Е.Б., Зотов, П.Б., Носова, Е.С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов // Суицидология. – 2019. – Т. 10, – № 2. – С. 23-31.
5. Хохлов, М.С. Суицидальный анамнез потребителей синтетических психостимуляторов // Научный форум. Сибирь. – 2019. – Т. 4, – № 2. – С. 87-88.
6. Полкова, К.В., Меринов, Н.А., Новичкова, А.С. Суицидологическая оценка женщин, страдающих алкогольной зависимостью // Девиантология. – 2019. – Т. 3, – № 2. – С. 20-26.
7. Скрыбин, Е.Г., Аксельров, М.А., Зотов, П.Б., Любов, Е.Б., Сахаров, С.П., Кичерова, О.А., Спадерова, Н.Н. Суицидент среди пациентов травматологического центра // Суицидология. – 2020. – Т. 11, – № 2. – С. 101-117.
8. Зотов, П.Б., Любов, Е.Б., Герасименко, В.И., Зотова, Е.П., Петров, И.М., Скрыбин, Е.Г., Приленский, А.Б. Уксусная кислота среди средств суицидальных действий // Суицидология. – 2020. – Т. 11, – № 1. – С. 160-181. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-160-181
9. Зотов, П.Б., Любов, Е.Б., Абузарова, Г.Р., Скрыбин, Е.Г., Кляшев, С.М., Петров, В.Г. Парацетамол среди средств суицидальных действий в России и зарубежом // Суицидология. – 2019. – Т. 10, – № 4. – С. 99-119.
10. Любов, Е.Б., Шматова, Ю.Е., Голланд, В.Б., Зотов, П.Б. Десятилетний эпидемиологический анализ суицидального поведения психиатрических пациентов России // Суицидология. – 2019. – Т. 10, – № 1. – С. 84-90. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-84-90
11. Любов, Е.Б., Зотов, П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска // Сообщение I. Суицидология. – 2018. – Т. 9, – № 1. – С. 23-35.
12. Зотов, П.Б., Родяшин, Е.В., Ряхина, Н.А. Системный учет суицидальных попыток: первый опыт работы суицидологического регистра в Тюменской области // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 44-45.
13. Куценко, Н.И., Курзин, А.В., Зотов, П.Б. Тактика курации суицидоопасного контингента в амбулаторной службе Тюменской областной клинической психиатрической больницы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 2. – С. 30-32.
14. Зотов, П.Б., Калашников, А.А., Скрыбин, Е.Г., Гарагашева, Е.П., Спадерова, Н.Н. COVID-19 у погибших от суицида в 2020 году в Тюмени (Западная Сибирь) // Академический журнал Западной Сибири. – 2021. – Т. 17, – № 1. – С. 27-32.
15. Чубина, С.А., Любов, Е.Б., Куликов, А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области // Суицидология. – 2015. – Т. 6, – № 4. – С. 66-75.

16. Торкунов, П.А., Положий, Б.С., Рыбакина, А.В., Рагозина, Н.П., Литус, С.Н., Шабанов, П.Д., Земляной, А.В. Анализ суицидальной активности жителей Псковской области и факторов, влияющих на её динамику // Девиантология. – 2020. – Т. 4, – № 1. – С. 33-44.
17. Положий, Б.С., Васильев, В.В., Каменщиков, Ю.Г. Влияние социально-экономических и психопатологических факторов на динамику суицидальной смертности в Удмуртской Республике // Академический журнал Западной Сибири. – 2021. – Т. 17, – № 1. – С. 5-14.
18. Зотов, П.Б. Суицидологический паспорт территории как этап развития системы суицидальной превенции // Суицидология. – 2013. – Т. 4, – № 4. – С. 55-60.
19. Любов, Е.Б., Зотов, П.Б. Суицидология в учебе и практике медицинского персонала // Академический журнал Западной Сибири. – 2020. – Т. 16, – № 3. – С. 31-34.
- © Гарашева Е.П., Вельчева А.И., Спадерова Н.Н., Калашников А.А., Тальчук О.В., Кузьмин О.Н., 2021

УДК 616-091.5

КАРДИОМИОПАТИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИТАНИЯ

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 г. Мегион»,
врач – судебно-медицинский эксперт Восточного отдела,
член Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Мисников П.В.,

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

Кардиомиопатии (КМП) – заболевания миокарда неизвестной этиологии, ведущими признаками которых являются кардиомегалия и недостаточность кровообращения. Для КМП характерно прогрессирующее течение, резистентность к терапии, высокий риск внезапной сердечной смерти.

Ключевые слова: кардиомиопатии (КМП), кардиомегалия, недостаточность кровообращения

Классификация согласно МКБ-10: I42 Кардиомиопатия I42.0; Дилатационная кардиомиопатия I42.1; Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия I42.2; Другая гипертрофическая кардиомиопатия I42.3; Эндомиокардиальная (эозинофильная) болезнь I42.4; Эндокардиальный фиброэластоз I42.5; Другая рестриктивная кардиомиопатия I42.8; Другие кардиомиопатии I42.9; Кардиомиопатия неуточненная. Клиническая классификация кардиомиопатий - дилатационная (ДКМП), гипертрофическая (ГКМП), с обструкцией, без обструкции; рестриктивная (РКМП), первичная миокардиальная форма, вторичная – при амилоидозе, гликогенозах, узелковом периартериите, системной склеродермии, саркоидозе, облитерирующая - эндокардиальный фиброз (болезнь Девиса), болезнь

Леффлера (фибропластический гиперэозинофильный эндокардит Леффлера); аритмогенная КМП правого желудочка.

Кардиомиопатии делятся на:

- первичные КМП: изолированное (или превалирующее) повреждение миокарда;
- вторичные КМП: миокардиальное повреждение является частью генерализованных системных (мультиорганных) заболеваний.

Существует также классификация кардиомиопатий (Европейская ассоциация кардиологов) по форме – гипертрофическая кардиомиопатия; дилатационная кардиомиопатия; рестриктивная кардиомиопатия; аритмогенная дисплазия ПЖ. По типу – семейные/генетические; из них генетический дефект не установлен и генетический дефект установлен; несе-

мейные/негенетические, из них идиопатические и генетический дефект установлен.

Остановимся на редком случае в судебно-медицинской практике. Труп женщины Е., 38 лет поступил в судебно-медицинское отделение на исследование. В первую очередь обращало на себя внимание – резко пониженное питание женщины, масса умершей была 34 кг. Из катанестических данных известно, что женщина «с пристрастием» следила за своей фигурой, кушала мало, была вегетарианкой.

Клинические сведения были скудными, какие-либо хронические заболевания отсутствовали, обращения были эпизодическими по поводу ОРЗ.

Секционные данные были более информативные. Длина тела 162 см. Индекс массы тела – 14 кг/м², дефицит массы тела (норма 18,5-24,9). Трупное окоченение выражено слабо, резкое истощение. Скулы резко выдаются, глаза глубоко запавшие, приоткрыты. Над- и подключичные ямки, межреберья, живот резко западают. Кости конечностей резко вырисовываются из-под тонкой, на большем протяжении сухой, кожи. Вещество головного мозга отечное. Подкожно-жировая клетчатка отсутствовала, скелетные мышцы гипотрофированы. Кишечник равномерно сужен. Посторонние запахи от полостей и органов не отмечались. Забрюшинная жировая клетчатка не выражена. Слизистая оболочка пищевода неравномерного кровенаполнения, резко отечная. Пищевод без патологических образований, его просвет на всем протяжении равномерно сужен. В полости сердечной сорочки большое количество светлой прозрачной жидкости, объемом 50 мл. Сердце вес 245 грамм, на ощупь дряблое, шаровидной формы, с закругленной верхушкой. Полости предсердий и желудочков расширены и заполнены тёмно-красной жидкой кровью. Мышца сердца на разрезе дряблая, глинистого вида, тусклая, светло-коричневого цвета, неравномерного кровенаполнения. Желудок сокращен, резко уменьшен в размерах, со следовым количеством слизи, слизистая оболочка отечная. Двенадцатиперстная кишка пуста, слизистая оболочка отечная. В просвете тонкого кишечника пусто, в просвете толстого кишечника небольшое количество слизи. Слизистая оболочка кишечника отечная, с множественными точечными кровоизлияниями, складчатость сглажена. В желчном пузыре пусто. Истоще-

ние висцеральных жировых депо. Все органы уменьшены в размерах, малокровны и неравномерного кровенаполнения.

Гистологически: выраженная белковая дистрофия внутренних органов, малокровие органов и тканей, характерные для кардиомиопатии изменения в сердце.

Выводы

Таким образом, был установлен окончательный диагноз «Кардиомиопатия при расстройстве питания», которая развилась на фоне длительного белкового голодания с развитием «Кахексии», что в свою очередь привело к сердечной недостаточности и наступлению смерти. Случай представляет определенный интерес, так как редко встречается в нашей практике. По всей видимости, у женщины на каком-то этапе «диеты» развилась нервная анорексия, с которой она уже не смогла справиться.

Литература

1. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Раннев, А.Ю. Голодная смерть в 21 веке (случай из практики) / Актуальные вопросы судебно-медицинской науки и практики. Посвященный 60-летию образования государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы». – Тюмень, 2013. – С. 57-60.
2. Актуальные вопросы судебной медицины. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно-медицинских экспертов: сборник научных статей / под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. – Ханты-Мансийск, 2018. – 171 с.
3. Актуальные вопросы судебной медицины: сборник научно-практических статей – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.
4. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.
5. Актуальные вопросы судебной медицины (сборник научно-практических статей) – Вып. 4. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2020. – 272 с.

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

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Антоненко Д.А.,
заведующий-врач-профпатолог
заведующий мобильно-диагностическим комплексом
консультативно-диагностической передвижной поликлиники
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
г. Ханты-Мансийск

Использование методики формирования групп риска развития профессиональных заболеваний и комплекса мероприятий по их профилактике при проведении обязательных медицинских осмотров работников. Опыт внедрения методики по результатам периодических медицинских осмотров за период 2018–2020 г.г.

Ключевые слова: периодические медицинские осмотры, оценка риска, профессиональные заболевания

В настоящее время вопрос о профилактике профессиональных заболеваний является одним из самых важных для экономического развития современного государства, так как состояние здоровья работников – это одно из основных условий для повышения производительности труда и экономического роста. Приоритетными задачами медицины труда в наше время являются: охрана здоровья работников и безопасность условий труда; развитие механизмов, направленных на предупреждение развития профессиональных заболеваний; совершенствование оказания специализированной медицинской помощи работникам предприятий, в том числе занятым на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Одну из основных ролей в профилактике и изучении процессов воздействия вредных условий труда на организм человека занимает медицина труда.

Медицина труда – это область, изучающая трудовую деятельность человека и производственную среду, которая охватывает все аспекты здоровья и безопасности на рабочем месте. С точки зрения их влияния на организм, специалисты разрабатывают меры и гигиенические нормативы, направленные на оздоровление условий труда и предупреждение профессиональных заболеваний. В наше время здоровье работников перестало быть исключительно их личным вопросом. Каждый работодатель заинтересован в удовлетворительном состоянии здоровья своего работника. Уже проведено

много исследований, говорящих о снижении эффективности труда и больших финансовых затратах работодателя, если на производстве есть сотрудники с хроническими заболеваниями, которые не следят за состоянием своего здоровья. Существенно повышаются риски осложнений заболеваний на производстве с вредными и (или) опасными производственными факторами и работами, выполняемыми вахтовым методом в необжитых, отдаленных районах и районах с особыми природными условиями. Поэтому всем работникам рекомендовано проведение предварительных, периодических медицинских осмотров.

Обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу проводятся с целью определения соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе. Периодические медицинские осмотры проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса на состояние здоровья работников в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ. Для работников, занятых на работах во вредных и (или) опасных условиях труда, при стаже работы 5 лет и более рекомендовано про-

водить периодические медицинские осмотры в центре профпатологии не реже одного раза в пять лет.

Для оценки риска профессиональных заболеваний в АУ «Югорский центр профессиональной патологии» с 2017 года используется методика «Формирование групп риска развития профессиональных заболеваний в ходе периодических медицинских осмотров для проведения восстановительных мероприятий», описанная в 2014 году в Саратовском научно-медицинском журнале Бушмановым А.Ю., Кретовым А.С., Касымовой О.А., Мамоновой Е.Ю., Герворкян Э.В [1]

Методика состоит из трех этапов:

- 1) формирование группы риска развития профессионального заболевания;
- 2) определение категории риска развития профессионального заболевания;
- 3) формирование рекомендаций для работодателя по профилактике профессиональных заболеваний у данного работника.

Первый этап методики заключается в анализе списков работников и формировании группы риска развития профессионального заболевания. В АУ «Югорский центр профессиональной патологии» специалистами информационно-аналитического отдела разработано программное обеспечение, позволяющее автоматизировать работы по вводу, обработке, анализу и хранению медицинской информации. Программа в автоматическом режиме относит работников в группу риска развития профессионального заболевания, при загрузке файлов

работников в программу «1С: Предприятие» если у работника есть вредный и (или) опасный производственный фактор из приложения № 1 к приказу № 302н Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. (далее – Приказ). В случаях, когда в направлении на медицинский осмотр и (или) поименных списках отсутствуют вредные производственные факторы, предусмотренные Приказом, следует говорить об отсутствии у данного работника риска развития профессионального заболевания на данном рабочем месте.

Второй этап методики заключается в определении категории групп риска развития профессионального заболевания. Проводится только в отношении работников, включенных в группу риска развития профессиональных заболеваний, и заключается в определении категории риска развития профессионального заболевания в отношении каждого работника, у которого в направлении и поименных списках на медицинский осмотр работодателем указаны вредные производственные факторы, предусмотренные приказом по медицинским осмотрам и стаж работы во вредных условиях труда.

Для реализации второго этапа методики используется следующая информация: наличие вредных и (или) опасных производственных факторов и результаты предварительных и периодических медицинских осмотров.

Определение категории риска профессионального заболевания осуществляется путем сопоставления имеющейся информации с таблицей 1.

Таблица 1

Категория риска развития профессионального заболевания

Категория риска развития профессионального заболевания	Вредный класс условий труда	Достижение необходимого стажа работы с производственным фактором	Наличие клинических признаков, схожих с клиническими признаками профессионального заболевания
Низкий	+	-	-
Средний	+	+	-
Высокий	+	-	+
Очень высокий	+	+	+

У каждого врача, который состоит во врачебной комиссии, в информационной системе отображается информация о вредных производственных факторах и стаже работы в контакте с данными вредными производственными факторами работника. Поэтому врач по окончании осмотра работника имеет возможность определить риск развития профессионального заболевания и наличие признаков ожидаемых нозологических форм профессиональных заболеваний. Формирование перечня ожидаемых нозологических форм профессиональных заболеваний осуществляется путем сопоставления вредных производственных факторов, указанных в направлении и поименном списке,

с перечнем профессиональных заболеваний приказ Минздравсоцразвития России от 27 апреля 2012 г. № 417н.

Сопоставив результат после проведенного медицинского осмотра и информацию из таблицы, работника относят к одной из категорий риска развития профессионального заболевания.

Третий этап методики определения групп риска развития профессионального заболевания заключается в формировании рекомендаций для работодателя по профилактике профессиональных заболеваний у данного работника путем сопоставления установленной категории риска развития профессионального заболевания с таблицей 2.

Таблица 2

Категория риска развития профессионального заболевания	Принципиальный перечень мероприятий
Отсутствует	целевое санитарно-гигиеническое воспитание; диспансерные медицинские осмотры; курсы профилактического лечения/оздоровления, включая лечебное питание, лечебную физкультуру, массаж, санаторно-курортного лечение; медико-психологическая адаптация
Низкий	Мероприятия по снижению класса условий труда, проведение обязательных медицинских осмотров, неспецифические и специфические профилактические мероприятия
Средний	Мероприятия по снижению класса условий труда, проведение обязательных медицинских осмотров, неспецифические и специфические профилактические мероприятия, рассмотрение вопроса о прекращении контакта с производственным фактором
Высокий и очень высокий	Внеочередной периодический медицинский осмотр в центре профессиональной патологии для решения вопроса о наличии профессионального заболевания и возможности продолжения профессиональной деятельности. Вне зависимости от результата экспертизы профессиональной пригодности рекомендуются мероприятия по снижению класса условий труда, неспецифические и специфические профилактические мероприятия, проведение обязательных медицинских осмотров, рассмотрение вопроса о прекращении контакта с производственным фактором

По результатам оценки риска развития профессионального заболевания при проведении обязательных медицинских осмотров работнику и работодателю сообщается следующая информация:

1. Категория риска развития профессионального заболевания (очень высокий, высокий, средний, низкий, отсутствует);

2. Возможные нозологические формы профессиональных заболеваний, которые следует ожидать, в соответствии с действующим перечнем профессиональных заболеваний;

3. Индивидуальные рекомендации по профилактике профессиональных заболеваний.

Также для работодателя формируется заключительный акт, в котором дополнительно

отображается информация о категории риска профессионального заболевания и даны все необходимые рекомендации по профилактике профессиональных заболеваний.

В качестве примера хочу представить наш опыт внедрения данной методики оценки групп риска профессиональных заболеваний при проведении периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, на нефтегазодобывающем предприятии, которое осуществляют свою деятельность в ХМАО-Югре. Период исследования, который вошёл в анализ нашей работы, – 2018-2020 гг.

В 2018 году прошли периодический медицинский осмотр 5844 работника этого предприятия. Распределение по группам риска развития профессионального заболевания выглядит следующим образом:

- Нет риска – 3541 человек;
- Низкий риск – 1179 человек;
- Средний риск – 1071 человек;
- Высокий риск – 3 человека;
- Очень высокий риск – 50 человек.

В 2019 году прошли периодический медицинский осмотр 6999 работников этого предприятия. Распределение по группам риска развития профессионального заболевания выглядит следующим образом:

- Нет риска – 4150 человек;
- Низкий риск – 1230 человек;
- Средний риск – 1500 человек;
- Высокий риск – 6 человек;
- Очень высокий риск – 113 человек.

В 2020 году прошли периодический медицинский осмотр 6452 работника этого предприятия. Распределение по группам риска развития профессионального заболевания выглядит следующим образом:

- Нет риска – 3773 человека;
- Низкий риск – 1095 человек;
- Средний риск – 1469 человек;
- Высокий риск – 10 человек;
- Очень высокий риск – 105 человек.

Все работники, которые попали в среднюю, высокую и очень высокую категорию риска, должны быть направлены в стационарное профпатологическое отделение для оказания специализированной медико-санитарной

помощи, где пациенты проходят необходимые обследования, курс лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на предупреждение и прогрессирование имеющихся заболеваний. При выявлении признаков профессионального заболевания подаётся экстренное извещение в «Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека», и пациент направляется в центр профессиональной патологии для проведения экспертизы связи заболевания с профессией с пакетом документов по приказу МЗ РФ от 31.01.2019г. № 36н.

Внедрение методики определения категории риска профессиональных заболеваний в практику нашего Центра позволило нам при проведении обязательных медицинских осмотров оценить индивидуальный риск развития профессиональных заболеваний и сформировать необходимый перечень профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья работника. С апреля 2019 года начало работу стационарное профпатологическое отделение автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», развернутое на базе лечебно-оздоровительного комплекса «Югорская долина». Во время пребывания в профпатологическом отделении пациентам доступен широчайший спектр диагностических исследований на современном оборудовании, консультации всех необходимых специалистов: терапевта, невролога, травматолога-ортопеда, офтальмолога, пульмонолога, эндокринолога, сурдолога, аллерголога и других.

Лечебно-оздоровительные мероприятия помогают:

- предупредить прогрессирование имеющихся заболеваний;
- обеспечить успешное прохождение периодического медосмотра, особенно в сложных и конфликтных случаях;
- пройти углубленное обследование на предмет выявления ранних форм онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний (профилактика инфаркта и инсульта).

Ежегодный оздоровительный курс в нашем стационарном отделении – это залог продления профессионального долголетия.

Литература

1. Формирование групп риска развития профессиональных заболеваний в ходе предварительных и периодических медицинских осмотров для проведения восстановительных мероприятий / А.Ю. Бушманов, А.С. Кретов, О.А. Касимова, Е.Ю. Мамонова, Э.В. Геворкян // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – № 10 (4). – С.754-758.
2. Измеров, Н.Ф. Профессиональная патология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 784 с.
3. Измеров, Н.Ф. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. («Стратегия 2020») и сохранение здоровья работающего населения России // Медицина труда и промышленная экология. – 2012. – № 3. – С.1-9.
4. Измеров, Н.Ф., Денисов, И.Э. Профессиональный риск для здоровья работников: руководство. – М.: Тривант., 2003. – 448 с.
© Антоненко Д.А., 2021

УДК 618.14-006.36

МИОМА МАТКИ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ В СОЧЕТАНИИ С ТУБООВАРИАЛЬНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Дели А.Д.,

врач акушер-гинеколог отделения гинекологии
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Каспарова А.Э.,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
БУ ВО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»,
профессор кафедры патофизиологии и общей патологии
БУ ВО «Сургутский государственный университет»

Вишнякова И.А.,

заведующий гинекологическим отделением
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

В практике каждого врача найдется немало примеров пациенток с миомой матки. Нет сомнений, что каждый такой случай – бесценный опыт, который не только полезен самому клиницисту, но и может стать своеобразным «учебным пособием» для коллег. В данном клиническом наблюдении речь идет об опыте сургутских коллег гинекологического отделения БУ «СОКБ», где продемонстрирована тактика ведения пациентки – адекватная желаемому лечебному эффекту.

В статье рассматривается клинический случай сочетания миомы матки гигантских размеров, осложненной тяжелой постгеморрагической анемией и наличием двусторонних тубоовариальных образований. В предложенном материале авторы поднимают ряд серьезных вопросов для обсуждения – почему в условиях внедрения «медицины будущего» 5П, которая основана, в первую очередь, на глубоком индивидуализированном подходе к пациенту и стремлении к профилактике заболеваний, больная поступает на стационарное лечение в тяжелом состоянии. При этом миома матки является наиболее распространенной, легко диагностируемой доброкачественной опухолью женских половых органов. При своевременном обращении женщины за медицинской помощью и ее качественной диспансеризации, формирование сочетанной патологии, каждая из которых угрожала жизни женщины (миома матки гигантских размеров, анемия тяжелой степени, тубоовариальные образования с двух сторон) было не возможным, и радикального объема медицинского вмешательства можно было избежать.

Ключевые слова: медицина 5П, миома матки, быстрый рост, анемия, аномальное маточное кровотечение, тубоовариальное образование

Введение

Миома матки наиболее распространенная доброкачественная опухоль женских половых органов. Распространенность миомы матки, по данным отечественной и зарубежной литерату-

ры, составляет от 25 до 40 %; а в перименопаузальном периоде более чем у 50 % женщин [5], при этом на возраст 44-50 лет приходится самая высокая частота оперативных вмешательств – 65-90 %.

За последние годы, благодаря современным достижениям молекулярной биологии, гистохимии, изменений взглядов на реализацию репродуктивной функции, представления о патогенезе миомы матки претерпели ряд инновационных изменений. Наряду с традиционными знаниями о миоме матки как о гормонально-зависимом образовании, развитие которого обусловлено взаимодействующим действием эстрогенов и прогестерона [12], появились данные о том, что первопричиной возникновения миомы матки являются хромосомные аберрации и/или определенные генные мутации. При этом ключевую роль в развитии и росте этой опухоли играют гормональные факторы, процессы неангиогенеза и цитогенетические нарушения.

Возникновение подавляющего большинства хронических заболеваний, по мнению В. Е. Радзинского и др. [7] связано с образом жизни, и сегодня можно говорить о новой типологии заболеваемости «цивилизованного» человека. В настоящее время большинство исследователей сходятся во мнении, что в возникновении и росте миомы матки важную роль играют факторы внешней среды. В качестве внешних причин развития миомы матки могут выступать как химические и физические, так и экологические, и инфекционные. При этом все экзогенные факторы агрессии имеют общий неспецифический механизм воздействия: вызывают необходимость компенсаторной перестройки структур и функций на уровне биосистемы гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. В ряде исследований выявлено, что росту миомы матки предшествует оксидантный (экологический) стресс, который оказывает свое действие на фазы митотического клеточного цикла [1]. В исследованиях Н. Вао и др. [9] в развитии опухолевого процесса матки отмечена значимость гипоксии на фоне микроциркуляторных нарушений, что по мнению авторов обуславливает компенсаторные изменения гладкомышечных клеток с последующими дистрофическими изменениями и секрецией ими компонентов экстрацеллюлярного матрикса. В исследованиях С. А. Дворянского и др. [2], касающиеся качества здоровья у жительниц Севера отмечено, что городские жительницы Северных территорий болеют миомой матки в 3 раза чаще по сравнению с сельскими. Частота возникно-

вения миомы матки у женщин, приехавших из других регионов и живущих в условиях Севера (пришлое население), значительно выше по отношению к коренному населению (90 % и 10 % соответственно). Авторы связывают данные процессы с высокой степенью психоэмоционального напряжения и оксидантного стресса у женщин, проживающих в несвойственной им территории.

В современной научной литературе отмечено, что триггерными факторами для развития миомы матки, являются обильные менструации, высокая частота медицинских аборт, инфекционно-воспалительные заболевания матки и придатков [4, 7]. Именно многофакторность в генезе миомы матки объясняет столь частое ее распространение с повышением возраста, при наличии осложненного гинекологического и соматического анамнеза, различных гормональных отклонений или без них.

В настоящих условиях миома матки легко диагностируемая опухоль, размеры которой могут варьировать от микроскопического образования до гигантского миоматозного узла. Оказание помощи при миоме матки, алгоритм диагностики и лечения систематизирован и регламентирован современными протоколами [6]. При этом становится понятным, что радикальное хирургическое лечение с проведением гистерэктомии – это вынужденная мера, которая используется при несвоевременной диагностике и неправильном ведении пациенток. В исследовании, проведенном в США, были представлены данные о ведении более 3 тыс. женщин после гистерэктомии по поводу гиперпластических процессов матки, и показано, что альтернативные методы лечения (хирургические и гормональные) были использованы недостаточно [11].

На современном этапе развития медицины своевременная постановка правильного диагноза позволяет использовать органосохраняющие методы лечения, включающие малоинвазивные хирургические вмешательства (консервативная миомэктомия, эмболизация артерий, кровоснабжающих миому, и ФУЗ-абляция узла) и медикаментозную терапию (селективные модуляторы прогестероновых рецепторов, средства антипрогестинового ряда, аГнРГ) [3, 5, 7]. При этом не вызывает сомнения, что для оказания высокотехнологичной, персонифи-

цированной медицинской помощи пациент должен обратиться за ней в медицинскую организацию.

Несколько слов о медицине 5П, которая является трендом современного здравоохранения. 5П – это предиктивная (предсказательная, прогнозирующая медицина), персонализированная (предполагает индивидуальный подход), профилактическая (речь о том, что не к нам пациент приходит, а больше мы с обращением к нему), превентивная (предупреждение заболеваний) и партисипативная (работа врача и пациента в тандеме) медицина [8]. Внедрение этой платформы медицины на примере данного клинического случая позволило бы улучшить клинические показатели как минимум двух медицинских организаций, принимающих участие в профилактике и лечении, а также, что является первостепенным, качество здоровья и жизни пациентки.

Цель

Представить сложный клинический случай миомы матки гигантских размеров, осложненной аномальным маточным кровотечением, анемией тяжелой степени в сочетании с тубовариальными образованиями при отсутствии наблюдения в медицинской организации.

Материалы и методы

Проведен анализ оказания медицинской помощи у пациентки Т. 48 лет с симптомной миомой матки, осложненной аномальным маточным кровотечением, анемией тяжелой степени в сочетании с тубовариальными образованиями в отделении гинекологии БУ «Сургутская окружная клиническая больница» (СОКБ).

Диагностические и лечебные мероприятия были согласованы с больной, подписано письменное согласие на оказание медицинской помощи.

Изучение анамнестических данных включало: предрасположенность к опухолевым, обменно-эндокринным, гинекологическим заболеваниям, а также особенностей преморбидного фона и клиники заболевания, а также наследственность. Детально изучалась менструальная функция женщин: возраст менархе, характер менструального цикла в период полового созревания, его изменение с началом половой жизни, после родов и абортот, при смене климатогеографических условий.

Согласно нормативным протоколам проведены клинико-биохимические, гемостазиологические и другие лабораторные исследования. Для объективной оценки величины матки (узлов) использовали результаты ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза с использованием двухмерного и трехмерного картирования. Эхографию осуществляли на аппарате «Voluson-730 Expert». Цветовое доплеровское картирование производили в области сосудистых пучков матки с обеих сторон, а также исследовали состояние сосудов миометрия и эндометрия.

Оперативное лечение проведено в объеме катетеризации верхних мочевыводящих путей, лапаротомии пангистерэктомии с придатками с экспресс биопсией полученного материала. Во время операции проведена экспресс-биопсия удаленного материала, с повторной морфологической верификацией в послеоперационном периоде.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Результаты и их обсуждение

Пациентка Т. 48 лет, домохозяйка, обратилась в гинекологическое отделение в экстренном порядке с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, наличие плотного образования и боли ноющего характера в нижних отделах живота, слабость, головокружение. Пациентка женскую консультацию не посещала в течение 6 лет, вышеуказанные жалобы отмечает в течение месяца, динамически не наблюдалась.

Среди перенесенных заболеваний аднексит, за медицинской помощью не обращалась. Наследственность не отягощена. Анализ репродуктивной функции показал, что менархе с 13 лет, регулярные, продолжительностью 8 дней, обильные, умеренно болезненные. Детородная функция была реализована однократно – отмечает одни консервативные роды в срок, сделано 3 медицинских аборта в сроке первого триместра, без осложнений. Использовала внутриматочную контрацепцию в течении 10 лет, сроки удаления контрацептива указать не может.

При объективном осмотре, рост – 162 см, вес – 63 кг, ИМТ 24,2. Общее состояние тяжелое, обусловленное сочетанной патологией. Через брюшную стенку, пальпировалось плотное образование неправильной формы до

16 недель беременности, чувствительное при пальпации. При осмотре в зеркалах шейка матки не визуализировалась, в куполе влагалища определялось новообразование округлой формы с выраженной сосудистой сетью. При бимануальном исследовании – новообразование до 16 см, плотное, с неровной поверхностью представленное с маткой и придатками единым несмещаемым болезненным орган-конгломератом.

По результатам УЗИ органов малого таза трансабдоминальным и трансвагинальным доступом, трансвагинальная эхография была неинформативна. Было выявлено, что шейка матки не визуализировалась, тело матки представлено многоузловым образованием общим размером: длиной 159 мм, толщиной 112 мм, шириной 145 мм, объемом 1355 см³. Эндометрий не дифференцировался. Придатки с двух сторон представлены конгломератами неоднородной смешанной структуры размерами в трех измерениях 95–87–58 мм и 78–65–60 мм. Отдельно яичники не визуализировались. Свободная жидкость в брюшной полости не выявлялась. При ЦДК в узлах определялись сигналы кровотока. Вынесено заключение: Миома матки гигантских размеров, рождающийся миоматозный узел. Тубоовариальные образования с двух сторон.

Результаты предоперационных исследований показали критическое снижение гемоглобина (32 г/л); выраженные изменения в системе гемостаза: протромбиновый индекс (ПТИ) 40 %, фибриноген 8,9 г/л. Отмечалось повышение С-реактивного белка (СРБ) – 159 мг/л, при отсутствии острых воспалительных изменений в крови.

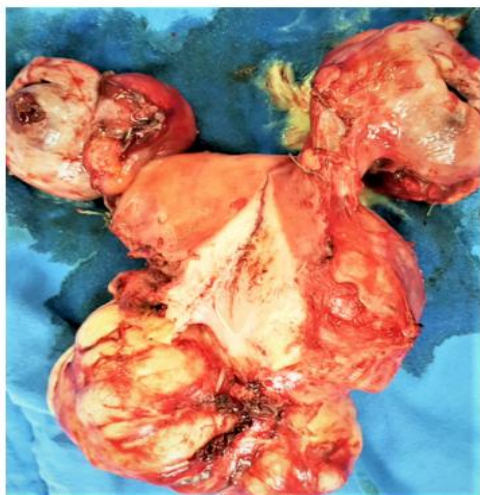


Пациентка в экстренном порядке была осмотрена анестезиологом, трансфузиологом. Учитывая лабораторные показатели постгеморрагической анемии на фоне миомы матки, клинические признаки гемической гипоксии, предстоящее оперативное вмешательство, была проведена коррекция кислородно-транспортной функции крови донорской одногруппной эритроцитосодержащей средой по фенотипу.

С учетом клинико-anamnestических, объективных данных, а также возраста пациентки (период перименопаузы) была определена тактика ведения, в которой было предусмотрено радикальное оперативное лечение в объеме лапаротомии, пангистерэктомии, с возможным расширением объема оперативного вмешательства (в зависимости от интраоперационной картины). Перед проведением хирургического лечения врачом-урологом проведена катетеризация верхних отделов мочевыводящих путей. Расширен состав операционной бригады, включая уролога.

В экстренном порядке, под комбинированным наркозом, нижнесрединным доступом выполнена лапаротомия. При вскрытии брюшной полости обнаружено, что к передней брюшной стенке подпаян конгломерат из левых придатков, сальника, петель кишок. Для доступа к органам малого таза был выполнен адгезиолизис. При осмотре – матка была увеличена до 16 недель беременности, бледно-розовая, плотная, с неровным контуром, в области шейки отмечена сглаженность сводов, через своды пальпировался плотный миоматозный узел с неровной поверхностью до 15 см в диаметре. Придатки с обеих сторон представлены тубоовариальными абсцессами с множеством гнойных полостей (рис.1 А и Б).





А



Б

Рис. 1. А и Б Матка с шейкой и миомой гигантских размеров, и tuboовариальными образованиями с 2-х сторон

Выполнена тотальная гистерэктомия с придатками. По предполагаемому своду влагалища сделан разрез, под визуальным контролем, матка с родившимся миоматозным узлом, сглаженной шейкой и придатками от сводов влагалища отсечена. Культи влагалища ушита отдельными узловыми швами, перитонизирована брюшиной. Брюшная полость дренирована силиконовым дренажом через дополнительный разрез слева, ушита послойно наглухо. Продолжительность операции составила 2 часа. Интраоперационная кровопотеря составила 150 мл.

Для комплексной характеристики патологического процесса при макроскопическом исследовании матки с шейкой и придатками выявлено, что матка плотная, бледно-розовая, с ровной поверхностью, шейка сглажена на родившемся узле, плотный миоматозный узел диаметром 16 см с неровной поверхностью, на широком основании исходит из задней стенки матки. Придатки с множеством гнойных полостей. При микроскопическом исследовании картина опухолевой ткани, образованной веретеновидными клетками без признаков атипии; наиболее напоминающие гладкие миоциты. Придатки с формированием микроскопических абсцессов, выраженной инфильтрации сегментоядерными лейкоцитами.

В послеоперационном период протекал гладко, пациентка получала антибактериальную, инфузионно-корректирующую те-

рапию, адекватное обезболивание, профилактику тромбэмболических осложнений.

На фоне комплексного лечения была достигнута нормализация и клинико-биохимических показателей, также положительная динамика и анемии. По результатам гемограммы отмечалось повышение гемоглобина (Hb) до 90 г/л. На 10 сутки после операции пациентка была выписана домой с рекомендациями амбулаторном наблюдении.

Результаты патогистологического изучения срезов матки, придатков были готовы через 10 дней. Результаты макроскопического исследования были идентичны осмотру макропрепарата после операции. При микроскопическом исследовании было сделано заключение о наличии лейомиомы тела матки и гнойных двусторонних tuboовариальных абсцессов.

Обсуждение

Представленное клиническое наблюдение – это пример, где риск операции при наличии гигантских размеров миомы матки был сопряжен с другими грозными осложнениями: изменением анатомии органов брюшной полости и малого таза, и сложностью хирургического лечения, аномальным маточным кровотечением с признаками тяжелой железодефицитной анемии и гемической гипоксии, наличием гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки и др. Предиктором tuboовариальных образований стало длительное ношение ВМК

(10 лет), хронический воспалительный процесс матки и придатков. Такой вариант воспаления протекает в стертой форме. И является самым опасным, так как ведет к поздней диагностике и тяжелым осложнениям.

Следует отметить, что при своевременном обращении женщины за медицинской помощью и ее качественная диспансеризация, развитие заболеваний и осложнений, каждое из которых угрожало жизни женщины (гигантские размеры миомы матки, железодефицитная анемия тяжелой степени, тубовариаальные гнойно-воспалительные образования с двух сторон и др.), могло быть предупреждено, а объем хирургического вмешательства не был бы таким радикальным.

В основе внедрения принципов персонализированной медицины лежит полноценная и эффективная профилактика. Одним из механизмов реализации медицины 5П является необходимость участия пациента в сохранении его собственного здоровья. Успешная профилактика – это огромная работа как врача, так и пациента. Первый – в основе оказания медицинской помощи должен придерживаться современных принципов доказательной медицины, второй (пациент) – принимать участие в сохранении собственного здоровья, путем регулярных осмотров и высокой приверженности к лечению. Четкое следование этим требованиям, позволит улучшить результаты медицинской помощи, а в глобальном масштабе уменьшит заболеваемость и смертность от патологии.

Литература

1. Арутюнова, Е.Э., Каткова, А.С., Буралкина, Н.А. Этногеография миомы матки: эпидемиология, возрастные и расовые различия, виды оперативных вмешательств // *Consilium Medicum* – 2018. – №6. – С. 26-30.
2. Дворянский, С.А., Овчинников, В.В. Некоторые аспекты адаптации и состояния гемостаза на Севере. // *Вятский медицинский вестник*. – 2010. – №1. – С. 102-107.
3. Доброхотова, Ю.Э., Ильина, И.Ю., Ибрагимов, Д.М., Нариманова, М.Р. Миома матки: альтернативные методы лечения. // *Проблемы репродукции*. – 2018. – 24(2). – С. 83-87. <https://doi.org/10.17116/repro201824283-87>
4. Краснополюский, В.И. Гнойная гинекология/ В.И. Краснополюский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 304с.
5. Лузикова, Я. С., Енко, Б. О., Майборода, А. А., Метко, Е. Е., Бондаревич, А. В., Круглова, Т. В., Подмостко, С. В. Дифференцированный подход к лечению миомы матки // *Молодой ученый*. – 2018. – №15. – С. 169-172.
6. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация: Клинические рекомендации (протокол лечения). – М., 2015. – 72 с.
7. Радзинский, В.Е., Тотчиев, Г.Ф. Миома матки: курс на органосохранение. – М.: StatusPraesens, 2014.
8. Щербо, С.Н., Сучков, С.В., Куцев, С.И., Сухорук, В.С. Медицина 5 «П» и научные платформы МЗ РФ – основа новой национальной системы здравоохранения РФ.
9. Bao, H, Sin, TK, Zhang, G. Activin, A induces leiomyoma cell proliferation, extracellular matrix (ECM) accumulation and myofibroblastic transformation of myometrial cells via p38 MAPK. *Biochem Biophys Res Commun*. 2018;504(2): 447-53.
10. Bulun, SE. Uterine fibroids // *N Engl J Med* 2013. – 369:1344–55.
11. Corona, LE, Swenson, CW, Sheetz, KH, et al. Use of other treatments before hysterectomy for benign conditions in a statewide hospital collaborative J *Obstet Gynecol* 2015. - 212:304. - P. 1-7.
12. Doherty, LF, Taylor, HS. Leiomyoma-derived transforming growth factor-beta impairs bone morphogenetic protein-2-mediated endometrial receptivity. *Fertil Steril*. 2015 – 103(3). – С. 845-852.

© Дели А.Д., Каспарова А.Э., Вишнякова И.А., 2021

ДЕНЬ ЗА ДНЕМ, ГОД ЗА ГОДОМ БОЛЕЕ 20 ЛЕТ

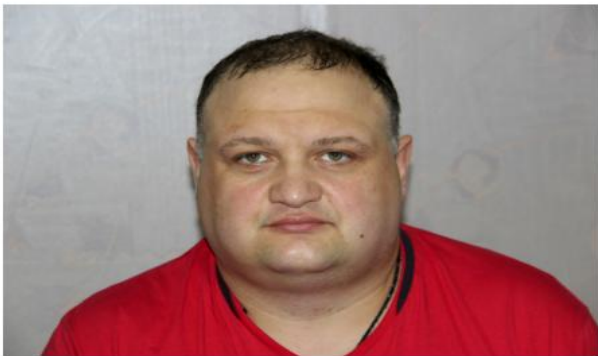
Шалагинова Н.В.,

медицинский статистик; специалист по связям с общественностью
БУ «Няганская городская станция скорой медицинской помощи»

До недавнего времени День работников скорой медицинской помощи в России оставался неформальным праздником и лишь совсем недавно обрел официальный статус. 28 апреля принято считать днем рождения службы скорой медицинской помощи в нашей стране, а после вступления в силу соответствующего Постановления Правительства РФ от 28 апреля 2020 года «О Дне работников скорой медицинской помощи», он стал официальным праздником всех служб скорой помощи.

В преддверии праздника свою жизненную историю нам поведали фельдшера выездной бригады филиала п. Талинка БУ «Няганская городская станция скорой медицинской помощи» Евгений Можжерин и Олеся Бурцева.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, БУ «Няганская городская станция скорой медицинской помощи», День работников скорой медицинской помощи



«И снова апрель! Вот так, день за днем, год за годом более 20 лет на скорой помощи. Кажется, только вчера мы вылетели еще совсем юными желторотыми птенцами из нашей альма-матер – Саткинского медицинского училища, не понимая, что впереди нас ждет долгая и не всегда гладкая и ровная дорога. Юношеский максимализм, большие амбиции, непреодолимое желание учиться, «быть впереди планеты всей» заставили нас связать свою жизнь со скорой медицинской помощью. Благодаря педагогам Саткинского медицинского училища и наставникам городской станции скорой медицинской помощи Саткинского района, где мы начали свою трудовую деятельность, сформировалось жизненное кредо, «девиз», прежде всего – не навреди – «PRIMUM NON NOCERE». Именно там из бывших студентов мы постепенно превратились в фельдшеров скорой медицинской помощи – профессионалов своего дела!

Каждый из нас в мыслях часто возвращается в детство и думает, почему мы выбрали профессию фельдшера скорой медицинской помощи? А может это она выбрала нас. Я могу сказать за себя, что медицинским работником я хотел быть с раннего детства, а фельдшерами скорой медицинской помощи мы захотели быть после прохождения практики на станции скорой медицинской помощи, где мы окунулись в водоворот энергии, адреналина, бурлящей жизни большой станции. Где жизнь человека, его здоровье напрямую зависит от нашего профессионализма и скорости принятия решения. Это все заставило нас понять, что именно на скорой работают одни из лучших, среди них хотели оказаться и мы» – поведал Евгений Николаевич.

«В 2006 году жизнь забросила нас в Ханты-Мансийский автономный округ – Югру п. Талинка, где мы продолжили трудиться в небольшом, но дружном коллективе скорой медицинской помощи Октябрьского района. В 2015 году



мы влились в единый сплочённый профессиональный коллектив БУ «Няганская городская станция скорой медицинской помощи», где и продолжаем работать по настоящее время.

За долгие годы работы можно много рассказать случаев из нашей практики, о том как мы спасали или теряли пациентов, о чувстве гордости и боли, которое пропускаешь через свою душу и сердце.

Хотим рассказать одну историю из нашей совместной более 20 летней работы.

12 ноября 2020 года приблизительно в 22.00 на пульт диспетчера скорой медицинской помощи поступил вызов к мужчине, 41 год, с жалобами на одышку. Около подъезда бригаду скорой медицинской помощи встретил друг пациента, по его встревоженному лицу было понятно, что дело серьезное. Я и Бурцева Олеся Леонидовна, собрав всю необходимую аппаратуру, быстро поднялись к пациенту. На диване в полудлежащем положении находился мужчина, нам с коллегой хватило одного взгляда, чтобы оценить всю тяжесть его состояния. Переглянувшись и не говоря друг другу ни слова (именно так работает сплоченная бригада СМП), мы приступили к оказанию экстренной медицинской помощи. В виду тяжелого состо-

яния, вызванного двухсторонней полисегментарной пневмонией с дыхательной недостаточностью 3 степени, осложненной инфекционно-токсическим шоком, анамнез жизни и заболевания выяснить не было возможности. В течение 10 минут произведены все необходимые медицинские манипуляции. Из-за тяжести состояния пациента артериальное давление на периферии не определялось, выполнить венозный доступ было невозможно. Чтобы не терять драгоценные секунды времени, мною было принято решение произвести внутрикостный доступ. В теории данная манипуляция была изучена досконально, но на практике совершалась нами впервые. Именно благодаря этой современной манипуляции мы смогли спасти жизнь пациента и благополучно эвакуировать его в реанимационное отделение Няганской окружной больницы.

В завершении хотелось бы сказать пару слов напутствия молодому поколению, студентам медицинских ВУЗов. Выбрав данную стезю, необходимо помнить: работа в медицине, это не просто труд – это призвание, требующее не только профессионализма, но и полной самоотдачи.»

© Шалагинова Н.В., 2021

СОДЕРЖАНИЕ

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

- Чураков И.В., Заболотских Ю.П.** Возможности современной мировой стоматологии на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.....3
- Билан Е.В., Бондученко Н.А., Асеев Н.И.** Проживание на Севере как фактор риска возникновения злокачественного новообразования. Особенности заболеваемости злокачественными новообразованиями в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре.....8
- Данилов А.Г.** Профилактика дегидратации у пациентов геронтологического профиля.....13
- Шкляева С.Н., Лавриненко О.В., Буте-рус М.В., Смирнова К.Е.** Анализ выявленной соматической патологии в разрезе болезней системы кровообращения у работников нефтегазодобывающей промышленности при прохождении обязательных медицинских осмотров в КДП г. Сургут.....18
- Жевелик О.Д., Ризванова Л.Н.** Химико-токсикологические исследования при экзотоксикозах. Опыт БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница».....23

АКТУАЛЬНО

- Черничук О.В., Чернова О.О.** Лабораторная диагностика новой коронавирусной инфекции COVID-19.....27

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Бондученко Н.А.** Ретроспективный обзор. Развитие онкологической помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре как один из этапов специализированной медицинской помощи населению округа.....35

- Разводовский Ю.Е.** Эпидемиология алкоголизма в Беларуси в контексте алкогольной политики.....43
- Чуркина Л.Е.** Аудит преаналитического этапа лабораторного исследования.....47
- Кузьмичев Д.Е., Раннев А.Ю., Скребов Р.В., Вильцев И.М.** Бессимптомное течение рака печени.....50
- Алибеков И.М., Гуз Д. Г., Чумак К.С.** Ринохирургия – малоинвазивные методы лечения...52
- Гарагашева Е.П., Вельчева А.И., Спадерова Н.Н., Калашников А.А., Тальчук О.В., Кузьмин О.Н.** Динамика показателей суицидальной смертности в Тюменском регионе в 2005-2020 гг.55
- Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М., Мисников П.В.** Кардиомиопатия при расстройствах питания.....58
- Антоненко Д.А.** Опыт формирования групп риска развития профессиональных заболеваний по результатам обязательных медицинских осмотров.....60
- Дели А.Д., Каспарова А.Э., Вишнякова И.А.** Миома матки гигантских размеров в сочетании с tuboовариальными образованиями: клиническое наблюдение.....64

МЕДИЦИНА В ЛИЦАХ

- Шалагинова Н.В.** День за днем, год за годом более 20 лет.....70