



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



ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 3 /28/2021

Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16+



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 3(28) 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: *Нохрин Александр Владимирович* – главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Лангепасская городская больница»

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

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

Дата выхода 30.09.2021 г.

Усл.печ. 8,3.

Тираж 50 экз.

Выходит раз в
три месяца

Цена
свободная

Отпечатано

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



Уважаемые коллеги!

Мы рады приветствовать читателей, коллег — наших постоянных авторов, а также новых, которые добавились к нашему сообществу с данного номера — № 3 за 2021 год.

Мы признательны за то, что вы выбираете наше издание для публикации результатов своих научных и практических трудов, потому что считаете журнал своей трибуной, доверяете нам, а также потому, что публикация в нем позволяет вам решать задачи научной индексации. Последнее на сегодня стало весьма актуальным в свете новых требований к показателям

эффективности работы сотрудников научной и медицинской сфер.

Перед вами новый номер журнала «Здравоохранение Югры: опыт и инновации», одной из тем которого является осмысление вопросов, связанных с первичной заболеваемостью трудоспособного населения округа, а также с влиянием шума на здоровье работников нефтедобывающей промышленности.

Актуальность представляемых статей определяется современными проблемами, которые стоят перед обществом: электронная медицинская карта как элемент бережливого производства, управления качеством и рисками, стратегии повышения мотивации пациентов к лечению методом лечебной физкультуры.

Авторы ряда статей, представленных в журнале, рассказывают о патогенетических аспектах развития очаговообусловленных заболеваний и новом методе оценки личностного реагирования на болезнь стоматологических пациентов, разработанном в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова (г. Санкт-Петербург).

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

ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА КАК ЭЛЕМЕНТ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА, УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И РИСКАМИ. ОПЫТ БУ «ХАНТЫ-МАНСИЙСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

Рецдова Ю.А.?

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

Казакова В.А.,

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

Медицинская карта пациента – главный документ медицинской организации (далее – МО). От качества ее ведения зависит очень многое, в том числе финансовая стабильность учреждения. Но вот как раз качество ведения первичной медицинской документации (далее – ПМД) – притча во языцах и не только в здравоохранении, но и в народе. И все было бы смешно, когда бы не было так грустно. От нечитаемого почерка медицинского персонала до потери медицинской карты, и, как следствие, дефекты, предъявляемые страховыми медицинскими компаниями, минус финансирование. Какая медицинская организация избежала такой участи? Возможно, ведущим медицинским организациям эта тема покажется неактуальной. К сожалению, далеко не во всех медицинских организациях ведется настоящая электронная медицинская документация, записи в которой заверяются электронной цифровой подписью врача (далее – ЭЦП). Но обо всем по порядку.

Ключевые слова: медицинская карта пациента, первичная медицинская документация, электронная цифровая подпись

Внедрение электронной медицинской карты в БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» (далее – ХМКСП) начиналось в далеком 2010 году. В начале это были стандартизированные напечатанные шаблоны, содержащие всю информацию по конкретной нозологии (нужное, что называлось, надо было подчеркнуть). Кстати, хотим заметить, что являясь врачами-экспертами страховых медицинских организаций, до сих пор такую «наскальную письменность» встречаем в некоторых МО (особенно частных).

Активное внедрение информатизации здравоохранения и появление персонального компьютера на столе каждого врача-специалиста стали следующей ступенью к появлению электронной медицинской карты (далее – ЭМК). Мы создали те же шаблоны в формате word, но врач уже должен был редактировать эти шаблоны, чтобы на печать выходили готовые к прочтению протоколы (дневниковые записи). Здесь медицинскую организацию ожидали первые сложности, которые минусами сложно назвать:

1. Наличие финансов для приобретения необходимого числа ПК и серверного оборудо-

вания (не забывайте, что современные IT-технологии требуют очень точной разработки технического задания на приобретение ПК и серверного оборудования. Иначе даже при наличии всего необходимого «железа» ваша ЭМК не будет работать должным образом).

2. Медицинский персонал должен быть активным пользователем ПК и понимать, что без этих навыков в современном здравоохранении просто никак!

С 2012 года совместно с Сургутским Мед ИнфоЦентром началась разработка и внедрение настоящей медицинской карты. Всей медицинской частью ХМКСП была проведена большая аналитическая работа по созданию справочников по каждому обязательному блоку ПМД (жалобы, объективно, анамнез жизни и заболевания, лечения, назначений и т.д.), на основе которых и создавались стандартизированные протоколы, которые разрабатывались на основе клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи. (на сегодняшний день Учреждение работает в третьей версии справочников).

Первый плюс, который получила организация от внедрения ЭМК – стандартизированные

протоколы, содержащие информацию, разработанную в соответствии с клиническими рекомендациями – минимизация дефектов заполнения ПМД, а значит, наличие блока кода дефекта 3.2 и 3.3 стремится к 0. Кстати, доработка протоколов (шаблонов) – процесс, который невозможно остановить: новые методики, материалы, а главное – новые врачи-эксперты СМО, которые помогают нам, хоть порой и очень болезненно из-за финансового наказания, совершенствовать протоколы. Сразу же делимся лайфхаком – запретите создавать своим врачам свои личные шаблоны. Когда вы дорабатываете шаблоны в единой системе, каждый доктор имеет доступ к актуализированному протоколу. Если у врача свой личный шаблон, он сам должен внести изменения. А как это часто бывает на практике? Не услышал на планерке, был в отпуске (командировке, листке нетрудоспособности и т.д.), просто забыл. И при запросе ПМД этого врача риск ошибки заполнения ПМД очень высокий, а это, как знают все, грозит для МО финансовыми потерями.

Забегая вперед, поделимся еще одним лайфхаком, который нас спасает от получения от СМО кодов дефектов по ненадлежащему обследованию, оказанию медицинской помощи пациенту. С каждым днем поток пациентов увеличивается, нагрузка на врачей возрастает, требования по заполнению ПМД растут, что приводит к колоссальным рискам что-то не внести в ПМД. А если еще учитывать, что качество ведения ПМД медицинским работником в нашем учреждении напрямую влияет на его заработную плату, то важно не только строго спросить с медицинских работников, но и помочь им не допускать ошибки при оформлении любой медицинской документации. Да, этим можно управлять! Мы придумали систему «сигнальных отметок» – напоминание в ИС, что врач обязательно должен сделать (Рис. 1). Ну, например, если пациент пришел первый раз в этом году,

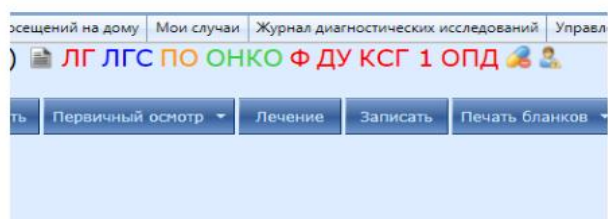


Рис. 1. Сигнальные отметки в ЭМК

то ему обязательно должны провести первичный осмотр и визуальный онкоскрининг.

Если врач по каким-то причинам не провел необходимое обследование, то на верхней панели красным цветом будет гореть «ПО» и «ОНКО». Или пациент взят на диспансерное наблюдение, а его лечащий врач уволился. Сигнальная отметка «ДУ» подскажет новому врачу, что пациенту необходимо дополнительное диспансерное обследование и наблюдение. Если при заполнении протокола врач не заполнил обязательное поле, то программа ему «подскажет» ошибку и не даст подписать документ, пока не будут внесены все необходимые записи.

Позже на верхнюю панель сигнальных отметок мы внесли отметки о состоянии здоровья пациента, которые важно учитывать при оказании стоматологической помощи (наличие у пациента сопутствующих хронических заболеваний, прием лекарственных препаратов, о которых важно знать стоматологу для постановки правильного диагноза или подбора или назначения лекарственных препаратов).

Отдельный разговор – оформление документов, подтверждающих временную нетрудоспособность. Здесь тоже можно предупредить появление ошибок. Например: врач не может закрыть случай с временной нетрудоспособностью, если не заполнено поле «Приступить к работе» и дата поля «Приступить к работе» всегда должна быть на следующий день после закрытия листка нетрудоспособности. Управление рисками? Конечно да! Второй плюс!

Даже медицинские работники бывают пациентами, а пациент, как известно, имеет право знакомиться со своей ПМД или на руки попросить выписку из ПМД (а сейчас с ПМД пациент может ознакомиться в своем личном кабинете). А теперь признайтесь, всегда ли вы читали свои медицинские документы, которые были оформлены без единой орфографической ошибки? Перемена местами букв в слове, потеря слов – часто встречающиеся «трехи» при ведении ПМД (рис. 2). Отсюда вытекает еще один лайфхак – тщательно разработайте справочники и минимизируйте ручной ввод информации медицинскими работниками.

При составлении справочников, а из них протоколов, мы определили «маркерные услуги», которые должны формировать реестр за

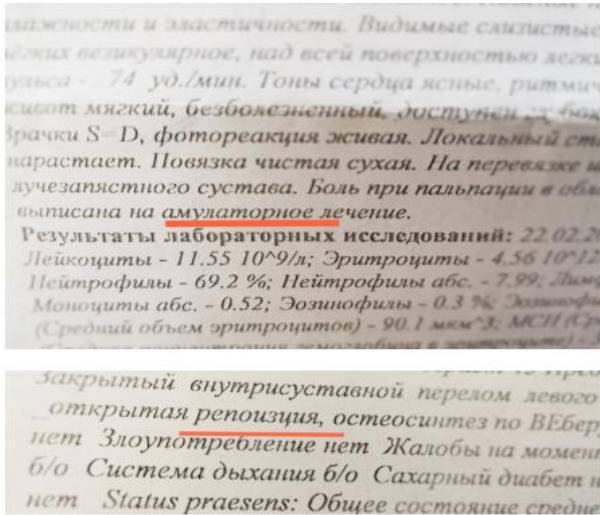


Рис. 2. Примеры ошибок при ручном наборе текста в ПМД

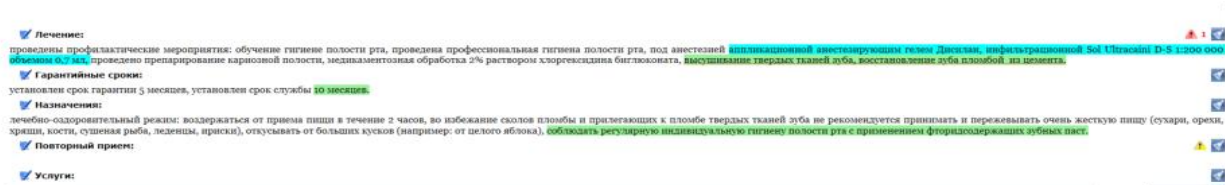


Рис. 3. Пример выделения маркерных услуг (выделено голубым цветом), формирующих реестр за оказанные медицинские услуги

Со временем мы разработали и внедрили перечень документов, которые программа может формировать автоматически на основе врачебных записей. Например, на основе поля «Диагноз» формировался лист уточненного диагноза, при заполнении поля «Диспансерное наблюдение» – Форма 030/у, ну, и конечно же такие обязательные документы как рецепт, документ, подтверждающий временную нетрудоспособность, направления в другие медицинские организации и т.д. Забегая вперед скажем, что не только обязательные документы могут формироваться в ЭМК. Постепенно мы внедряли различные журналы – журнал оказания неотложной помощи, журнал направлений в другие медицинские организации, журнал плановых явок по диспансерному наблюдению, паспорта класса/школы, ф037/у – все эти элементы мониторинга управления качеством можно получить без каких либо дополнительных усилий. Четвертый плюс! Все это может быть реализовано с учетом разработанного вашей медицинской организацией точного технического задания, а главное, внедрения – это тоже непростой

оказанную медицинскую помощь прежде всего в системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Чтобы медицинскому персоналу было удобней работать, эти услуги мы выделили ярким цветом – персонал знает, что если эта услуга в протоколе есть, она автоматически попадет в реестр. Поэтому, если на приеме эта услуга не была выполнена, то ее необходимо убрать из протоколов, а, значит, и в реестре ее не будет. Таким образом, заполняя протокол, автоматически в режиме онлайн формируется реестр, что исключило ошибки операторов ЭВМ, когда они в ручном режиме формировали реестр, а главное – освободило время медицинского персонала, который раньше должен был заполнить два документа (реестр и ПМД), а сейчас только один. Это третий плюс (и элемент бережливого производства).

этап, про который часто заказчик (медицинская организация) забывает. Внедрение в опытную, а потом и в промышленную эксплуатацию невозможно! Не думайте, что ваши ИТ-партнеры все знают и умеют. Признаемся, что часть аналитической работы наша организация несет на своих плечах, но и результат при этом соответствующий.

Особенности стоматологического приема заключаются в том, что врач-стоматолог не может параллельно работать с пациентом и вести ЭМК. И здесь выхода два: либо заполнять ЭМК после приема пациента или найти себе помощника. Такими помощниками стали наши медицинские сестры. Во-первых, заполнение в первичном осмотре зубной формулы всегда отдавалось на откуп медицинской сестре (это не наше ноу-хау – это норма была законодательно закреплена на федеральном уровне еще в приказе МЗ СССР от 04.10.1980 №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»). Сейчас все тоже самое, только в информационной системе.



Рис. 4. Перераспределение нагрузки между врачом и медицинской сестрой

После освоения медицинской сестрой уровня заполнения первичного осмотра, переходили к следующему этапу – заполнению протоколов. Сразу хотим успокоить консерваторов, медицинская сестра всегда работает с готовыми стандартизированными протоколами, а врач, созданный медицинской сестрой протокол, проверяет и подписывает (тем самым только врач несет полную ответственность за содержание медицинской записи). Отсюда вытекает пятый плюс – оптимизация рабочего времени врача, которая приводит к высвобождению дополнительного времени, которое можно уделить пациенту (элемент бережливого производства) (рис. 4).

В 2019 году всем врачам-стоматологам и гигиенистам стоматологическим (они тоже оказывают стоматологические услуги по составленному врачом-стоматологом плану лечения) были выпущены ЭЦП и это стало новым этапом в развитии ЭМК. Подписанный ЭЦП протокол переводится в формат *pdf и редактированию уже не подлежит. Таким образом, если врач невнимательно заполнил ПМД или не проконтролировал запись, которую сделала медицинская сестра, изменить уже ничего нельзя! Это, пожалуй, единственный минус, который несет в себе ЭМК.

Подписанные ЭЦП протоколы хранятся в ИС. Поэтому организатор здравоохранения МО любого уровня (заведующий отделением, заместитель главного врача по медицинской части (клинико-экспертной работе), главный врач) в любой момент и в удобное для себя время может провести любую экспертизу любого врача (плановую, целевую, по обращению пациента на качество оказания медицинской по-

мощи и т.д.) и для этого не надо ждать, когда медицинский регистратор найдет и принесет необходимую ПМД. Шестой плюс!

На сегодняшний день нашими IT-партнерами реализована техническая возможность подписи протокола не только лечащим врачом, но и подписи ЭЦП протокола врачебного консилума всеми его участниками.

С внедрением ЭЦП параллельно наши партнеры – Сургутский МедИнфоЦентр – реализовал возможность автоматической выгрузки ПМД по запросу СМО. В результате этого полностью исключены потери ПМД (код дефекта 4.1. «Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин»), освобождаются медицинские регистраторы от поиска ПМД по запросам. В 2020 году совместно с нашими IT-партнерами мы доработали ИС и реализовали возможность подгрузки сканированных, в том числе заполненных ранее пациентом документов (ИДС, отказ от медицинского вмешательства, согласие на обработку персональных данных, заявление на прикрепление к МО, анкета здоровья, выписки и др документы), тем самым предотвращаем код дефекта 4.3. «Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях».

Сейчас, задавая необходимый период, программа сама «собирает» необходимый пакет документов. Седьмой плюс! Сразу хотим предупредить вас, на «машину надейся, а сам не оплошай». Выгрузку пакета документов мы возложили на операторов ЭВМ. Для них разработали чек-лист (рис. 5), по которому они проверяют, все ли необходимые документы имеются в наличии в выгрузке. При подготовке пакета документов по запросу СМО ваша задача сверить данные в реестре счетов и ПМД и убедиться, что совпадают даты амбулаторных посещений/ госпитализаций. Кстати, в чек-лист мы ввели элементы клинико-экспертной работы. Таким образом, операторы помогают заведующим лечебными отделениями в проведении клинико-экспертной работы.

МЭЭ _____
ЭКМП _____
Ф.И.О. врача _____

Чек-листа проверки МКСП

Ф.И.О. пациента, год рождения, диагноз по МКБ-X, период проверки

№ п/п	Критерий	отметка о наличии/комментарий
1	ИДС- дата (не позднее запрашиваемого периода), подписи (пациента и врача)	
2	Отказ от медицинского вмешательства	
3	Анкета о сопутствующих и перенесенных заболеваниях за проверяемый отчетный год	
4	Заявление о выборе мед организации	
5	Согласие на обработку персональных данных	
6	Онкоскрининг за проверяемый отчетный год	
7	Лист уточненного диагноза. При необходимости сформировать	
8	Листе учета дозовых нагрузок (при необходимости) данные о проведенной рентгенодиагностике и их соответствие реестру	
9	Наличие рентгенодиагностического исследования (радиовизиография, ОППТ) с последующей его выгрузкой в пакет документов	
10	Количество RVG снимков и количество описаний должно совпадать	
11	Лист описания панорамной томограммы на дату указанную в реестре	
12	Наличие скриншота КТ (делаюг зав отделениями)	
13	Протокол - описание КТ на указанную в реестре дату	
14	Соответствие записей в МКСП, ЭМКе и реестре - дата, диагноз, услуги вне КСГ, номер зуба, поверхность, врач	
15	При необходимости: Записи МКСП о закрытии случая врача, если лечение проводилось гигиенистом	
16	Если случай закрывал опертор ЭВМ, то офонмить невяку	
При выявлении информации передать зав отделениями о:		
1	ИГ > 1.2, наличие проведенной КСГ 1	
2	соответствие пломб ППГ (взрослым - только цементы, детям - цементы и ХОМ)	
3	если пломба вне ППГ, в случае лечения должен быть указан номер наряда	

Рис. 5. Образец чек-листа для проверки ПМД операторами ЭВМ

Заполнение всех вышеперечисленных документов (ФИО пациента, год рождения и т.д.) идет в программе автоматически, что также экономит время на приеме – восьмой плюс! Подписанный ЭЦП МО пакет документов отправляется по защищенным каналам связи в СМО.

Таким образом, с августа 2020 года мы полностью перешли на электронный медицинский документооборот. Обратите внимание, что реализуя Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.09.2020 № 947н

«Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов», в медицинской организации обязательно должен быть приказ о данном этапе жизни МО. В данном приказе необходимо перечислить, какие документы вы включаете в электронный медицинский документооборот.

Может показаться, что все, о чем мы рассказали выше, необходимо для системы ОМС. С 2016 года в ЭМК на платном приеме мы начали внедрять электронный заказ-наряд и интегрировать медицинскую часть и бухгалтерию. Так как наша бухгалтерия работает в ИС «1С: Бухгалтерия», нам понадобилась помощь третьей стороны – еще одних наших ИТ-партнеров, сопровождающих данную ИС. Сейчас при формировании наряда в ЭМКе, автоматически создается случай, формируется реестр услуг платного приема, а данные в онлайн режиме передаются в ИС «1С: Бухгалтерия», что оптимизирует время заполнения документов (как медицинских, так и финансовых), сокращает время ожидания пациента, медицинского персонала и работников кассы (и снова бережливое производство!), минимизирует ошибки при работе в ИС.

Для Ханты-Мансийской клинической стоматологической поликлиники электронная медицинская карта – данность, которая много лет назад вошла в нашу жизнь. Но чтобы эта данность не превратилась в новые проблемы, мы всегда смотрим на шаг вперед, владем ситуацией, разрабатываем и внедряем мероприятия, направленные на снижение вероятности возникновения неблагоприятного результата и минимизацию возможных потерь.

© Рецлова Ю.А., Казакова В.А., 2021

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОСНОВ КОУЧИНГА В УПРАВЛЕНИИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Васильева Е. Н.,
заведующая центром клинико-диагностическим сурдологии и слухопротезирования
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Кондакова Е. Г.,
врач-сурдолог-оториноларинголог
центра клинико-диагностического сурдологии и слухопротезирования
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

В статье обсуждаются основы коучинга, возможности их реализации в работе руководителя сферы здравоохранения с подчинёнными. Приводится опыт использования принципов коучинга в управлении Клинико-диагностическим центром сурдологии и слухопротезирования БУ «Сургутская окружная клиническая больница».

Ключевые слова: менеджмент медицинской организации, управление, коучинг

Неотъемлемым компонентом повышения качества оказываемых услуг в сфере здравоохранения является высокопрофессиональный менеджмент. Одним из его компонентов является регулирование, управление и контроль трудовыми ресурсами здравоохранения.

В рамках менеджмента обеспечения качества и безопасности деятельности медицинской организации (МО) руководитель МО ответственен за обучение сотрудников. Действительно, руководитель должен содействовать профессиональному и личностному росту подчинённых, ориентировать работников на потребителя медицинской помощи и услуг.

Сказанное подчёркивает актуальность темы обоснования способов эффективного руководства в сфере здравоохранения. В этой связи надо подчеркнуть, что ряд авторов [2], [3] рассматривает коучинг как направление профессиональной и психологической поддержки персонала МО.

История показывает, что эффективна в работе с персоналом система классического наставничества. Смысл и технологии классического наставничества сопоставимы с коучингом, но имеется ряд отличий. Так, коучинг направлен не столько на непосредственное обучение, сколько на то, чтобы раскрыть потенциал сотрудника наиболее полным образом, найти точки роста, помочь работнику в процессе его самореализации. Классическое наставничество активно внедряется в систему здравоохранения,

закрепляется де факто и де юре, в то время как коучинг как кадровая технология обсуждается в литературе, и найти факты практического применения его в управлении организацией здравоохранения весьма затруднительно [8].

Особо отметим, система наставничества реализуется как технология профессионального обучения молодых специалистов непосредственно на рабочем месте, однако же такой метод актуален и для уже состоявшихся специалистов, имеющих определённый стаж работы. В данном случае коучинг как вид наставничества в целом представляется эффективным средством не только в обучении сотрудников, но и в профилактике эмоционального выгорания медицинских работников.

Проблема эмоционального выгорания медицинских работников действительно актуальна [7]. Надо отметить, что действия руководства организации являются одним из основных путей по профилактике синдрома эмоционального выгорания у сотрудников. Подходы к организации эффективного и, при этом, «бережливого» руководства в здравоохранении активно обсуждаются в литературе [4].

Термин «коучинг» (от англ. coach – «тренер») использован впервые в 1830 году в Оксфордском университете. Так обозначали инструктора, который помогал студенту в подготовке к экзамену. Позже Тимоти Голви (англ. W. Timothy Gallwey; родился в 1938 году) определил суть понятия [9].

Для российской практики коучинг как вид профессиональной деятельности является относительно новым направлением деятельности, несмотря на его активное использование в США и европейских странах, и ввиду относительной новизны термина возникают различия в его трактовке в российской литературе [6].

Согласно определению Международной федерации коучинга, «профессиональный коучинг – это непрерывное сотрудничество, которое помогает клиентам добиваться реальных результатов в своей личной и профессиональной жизни». По существу, такая форма взаимодействия подразумевает работу коуча с клиентом, в основе которой – принципы равенства партнёров, коммуникация и мотивация. Коучинг направлен на совершенствование личности путём анализа её направленности, обстоятельств жизни человека, имеющихся у него возможностей и разработки стратегии его развития. При этом концепция коучинга предполагает такую модель, при которой коуч способствует развитию внутренних способностей личности так, чтобы та самостоятельно смогла реализовать поставленную цель.

На сегодняшний день коучинг обсуждается в качестве стиля управления [5]. Постулируется, что вне зависимости от сферы применения такой модели, она является лучшим «кадровым инструментом» организации, который способствует повышению коэффициента полезного действия каждого сотрудника, от чего находится в прямой зависимости продуктивность всего учреждения. Однако в России отмечается низкий уровень использования руководителями организаций различных сфер коучинга в работе [1], [6]. В литературе обсуждается проблема отставания системы здравоохранения на фоне общих тенденций развития отечественного производства в сторону применения теории и практики новых методов менеджмента в управлении.

Отметим, в сфере медицины парадигма управления кадровыми ресурсами меняется: роль соответствующего реалиям, грамотно выстроенного менеджмента в здравоохранении, действительно, сложно переоценить. Невозможно не согласиться с мнением о том, что в фокусе реформ сферы медицины первоначально создание конструктивного менеджмента. Коучинг же относится к социально-психологи-

ческим методам управления, умалять значение которых в структуре управления недопустимо.

Цель работы

Представить опыт реализации основ коучинга в управлении подразделением МО, проанализировать результаты.

Материалы и методы исследования

С 2015 года в БУ «Сургутская окружная клиническая больница» на базе клинко-диагностического центра (КДЦ) сурдологии и слухопротезирования заведующей выстроена система управления кадрами на основе обсуждаемых ранее принципов коучинга. В работе описаны основные методы, применяемые руководителем данного КДЦ.

В ходе исследования было организовано анонимное анкетирование сотрудников КДЦ сурдологии и слухопротезирования с целью того, чтобы определить уровень их удовлетворённости рабочим процессом. Анкетирование выполнено с использованием краткой формы «Шкалы организационной лояльности» [6]. В опросе приняли участие 11 работников из числа врачей, логопедов и среднего медицинского персонала Центра. Помимо этого, нами были проанализированы результаты проведённой в 2021 году в КДЦ независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями. В опросе с использованием стандартизированной анкеты, используемой при проведении Министерством здравоохранения такой оценки, приняли участие 30 пациентов в возрасте от 18 до 73 лет.

Результаты и обсуждение

В КДЦ сурдологии и слухопротезирования БУ «Сургутская окружная клиническая больница» оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь и специализированная помощь пациентам с нарушением слуха по профилю «сурдология-оториноларингология». Штатное расписание врачей Центра сформировано на 6,25 штатных единиц, на сегодняшний день полностью укомплектовано 5 единиц (80%). На конец 2020 года в КДЦ сурдологии и слухопротезирования БУ «Сургутская окружная клиническая больница» на динамическом учёте состоит 749 человек с различными патологиями слуха.

На базе КДЦ сурдологии и слухопротезирования функционирует организованный в 2015 году дневной стационар на 6 пациенто-мест в 2 смены, 5 дней в неделю.

В рассматриваемом нами КДЦ сурдологии и слухопротезирования (Центре) заведующей выстроена система управления кадрами на основе обсуждаемых выше принципов коучинга. Руководитель является наставником для своих коллег, содействует развитию своих подчинённых, поддерживает их в этом.

С 2018 года заведующая использует методику «годового личного плана сотрудника» в работе с врачами КДЦ. План представляет собой стратегию по достижению профессионально-личностного роста работника в перспективе на один календарный год. Процесс планирования осуществляется врачом совместно с руководителем по пяти направлениям: (1) «фокус года» (на чём в течение данного периода стоит сконцентрироваться); (2) «результаты, ожидаемые Центром», или «что ждёт Центр от врача»; (3) «предпочтения сотрудника» (данный пункт учитывает те задачи, в отношении которых врач надеется на помощь КДЦ); (4) «внедрение нового в работе»; (5) «цель года» (здесь рассматриваются ориентиры по самосовершенствованию доктора как в профессиональном, так и личностном аспекте).

Ежеквартально с каждым врачом руководитель Центра проводит встречи, на которых оцениваются результаты по достижению составленного плана, обсуждаются проблемы и предлагаются пути их решения. В ходе таких сессий личный план может быть скорректирован с учётом актуальных на момент коррекции обстоятельств.

В своей деятельности сотрудники КДЦ используют техники, предложенные И. Манном, К. Ленгольда, М. Дорофеевым, Р. Гандапасом, И. Пинтосевичем, Г. Архангельским.

Надо отметить, что заведующая КДЦ контролирует обучение персонала, в том числе и в рамках непрерывного медицинского образования (НМО), ежегодно осуществляя анализ пройденных специалистами образовательных мероприятий. Так, по итогам 2020 года в совокупности сотрудниками КДЦ сурдологии и слухопротезирования было посещено 68 образовательных мероприятий различного уровня и формата. Пандемия COVID-19 внесла свои кор-

рективы в части образовательных траекторий врачей, активно использовался онлайн-формат обучения.

Также заведующая не только с целью профессионального развития, но и учитывая личностные особенности врача, предлагает каждому врачу открытые в сети «Интернет» курсы и книги, организует для сотрудников образовательные семинары с участием приглашённых специалистов. Так, в 2020 году было организовано 2 мероприятия: индивидуальный тренинг по настройке речевых процессоров компании «Cochlear» с участием инженера систем кохlearной имплантации Станислава Седлака (Прага, Чехия) для специалистов КДЦ сурдологии и слухопротезирования; мастер-класс для родителей, логопедов и сурдопедагогов округа от д.м.н., профессора Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи Минздрава РФ И.В. Королёвой; образовательный семинар для специалистов округа с участием представителя компании MED-EL на территории Российской Федерации, аудиолога А.А. Изосимова. Сотрудникам, по их запросу, были предложены курсы по менеджменту и предпринимательству.

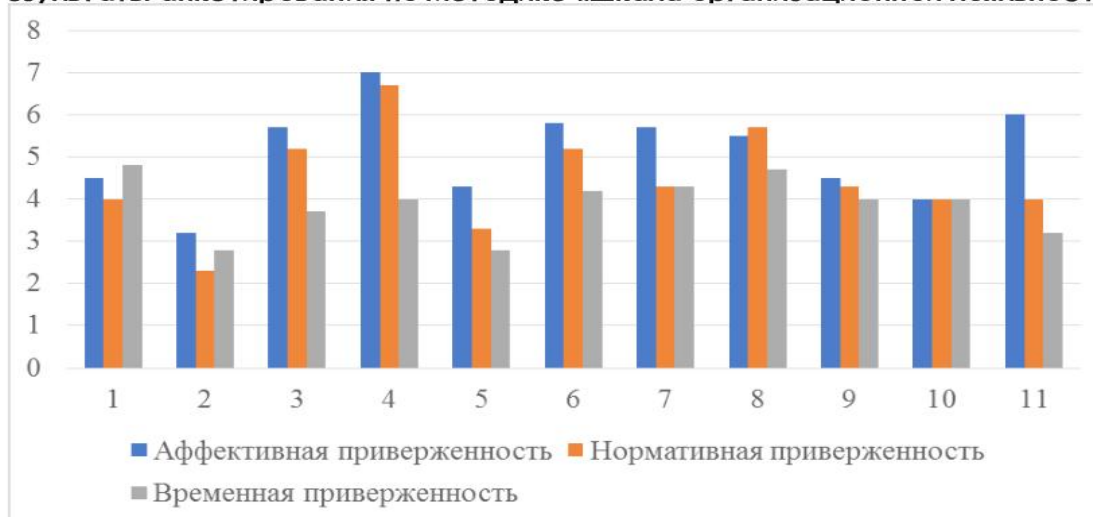
В таблице 1 представлены данные о врачах КДЦ. Стажированность врачей позволяет обмениваться опытом ведения сурдологических больных, сопутствует последовательной передаче опыта, сохранению кадрового потенциала и улучшению качества работы. Отметим, что в 2021 году один из сотрудников с общим стажем работы 4 года, 3 из которых – в КДЦ, был уволен в связи с переводом на работу в г. Москву.

Анализ результатов анкетирования по методике «Шкала организационной лояльности» демонстрирует следующее. Наиболее высока так называемая «аффективная» приверженность сотрудников (усреднённый показатель – 5,1/7). На диаграмме 1 представлены индивидуальные значения анкетированных. Согласно методике, такой показатель отражает вовлечённость работника в организацию, его эмоциональную привязанность к ней. «Нормативная» (уровень ощущения работником обязательств перед организацией) и «временная» (степень осознания работником связанных с его увольнением «затрат») приверженности оцениваются в 4,5/7 и 3,9/7 соответственно.

Информация о врачах КДЦ сурдологии и слухопротезирования

Должность	Общий стаж работы	Стаж работы в КДЦ	Категория
Заведующая КДЦ	21 год	13 лет	высшая
Врач-сурдолог-оториноларинголог	12 лет 11 мес	4 года 10 мес	нет (в работе)
Врач-сурдолог-оториноларинголог	12 лет	6 лет 10 мес	третья
Врач-сурдолог-оториноларинголог	15 лет	3 года 6 мес	нет (в работе)
Врач-сурдолог-оториноларинголог	20 лет	3 мес	нет (не хватает стажа по специальности)

Диаграмма 1

Результаты анкетирования по методике «Шкала организационной лояльности» *

* максимальное значение по каждой шкале — 7, по вертикали обозначены номера анкет

Отмечено, что внедрение в работу обсуждаемых методик и норм способствует повышению уровня дисциплины в коллективе, позволяет профилировать профессиональное выгорание медицинских работников.

По итогам 2020 года увеличился удельный вес врачей, имеющих квалификационную категорию, с 20% до 40%. Отсутствие квалификационной категории у двух врачей-сурдологов-оториноларингологов связано с недостаточным стажем работы. В 2021 году ещё двое врачей готовятся к защите квалификационной категории. Медицинские работники Центра занимаются наукой: в 2020 году было опубликовано три статьи в научных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией, российского индекса научного цитирования (РИНЦ).

Внедрение описанных выше принципов управления в КДЦ в конечном итоге направлено на совершенствование качества оказания ме-

дицинской помощи. Поэтому особый интерес представляют результаты проведённого среди пациентов КДЦ сурдологии и слухопротезирования анкетирования. В анонимном опросе приняли участие 30 респондентов: 28 пациентов в возрасте от 18 до 73 лет и 2 родителя несовершеннолетних пациентов.

Выяснено, что 97% опрошенных в той или иной степени (в «высокой» или «очень высокой» степени) довольны уровнем оказания медицинской помощи в КДЦ, один пациент, принадлежавший к группе «впервые обратившихся», оценил степень удовлетворённости «на среднем уровне».

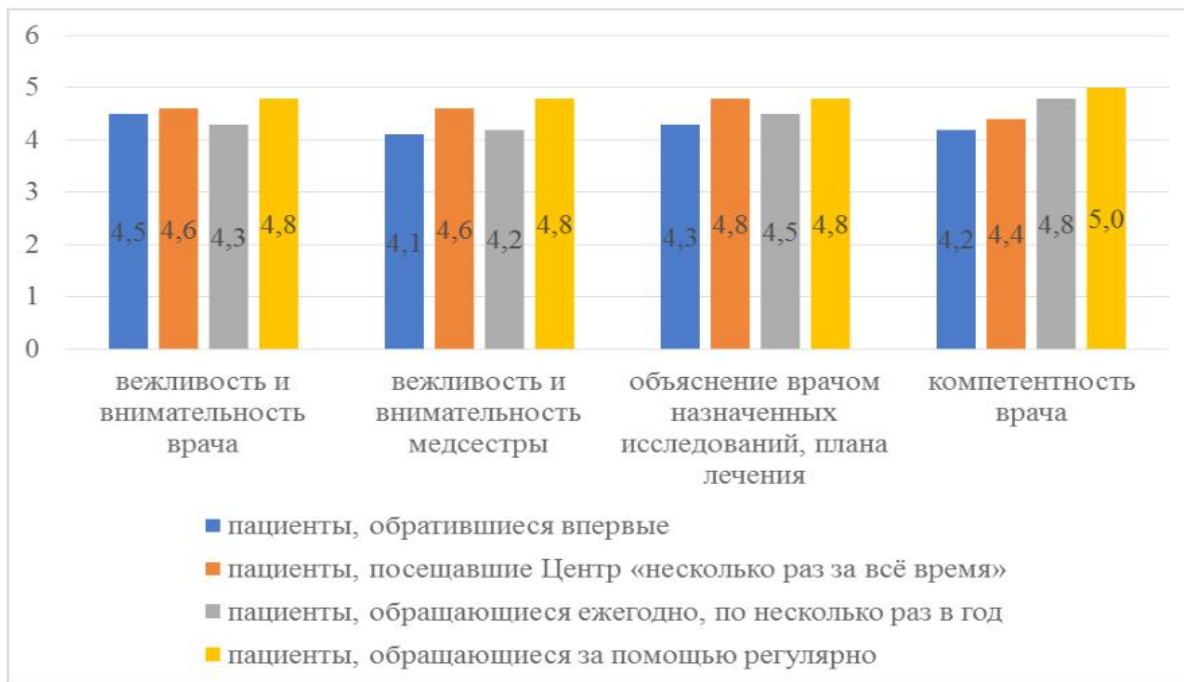
Оценка удовлетворённости пациентов отношением сотрудников КДЦ проводилась по пятибалльной шкале, где «5» — наивысшая оценка (усреднённые результаты приведены на гистограмме 2). Проведён анализ в зависимости от частоты обращения пациентов в исследуемое подразделение. Так, выделяются следующие

группы пациентов: (1) обратившиеся впервые – 13 человек; (2) посещавшие Центр «несколько раз за всё время» – 5 человек; (3) получающие помощь в данном подразделении «ежегодно, несколько раз в год» – 6 человек; (4) имеющие

хроническое заболевание слуховой системы, обращающиеся в Центр «регулярно» – 6 человек. Видно, что наиболее высокую оценку дали пациенты, регулярно обращающиеся за медицинской помощью в КДЦ.

Диаграмма 2.

Удовлетворённость пациентов отношением сотрудников Центра (максимальный балл – 5)



Выводы

Коучинг можно рассматривать как инструмент организации эффективного управления в медицине. Анализ работы КДЦ сурдологии и слухопротезирования БУ «Сургутская окружная клиническая больница» отражает особенности использования руководителем основ коучинга в работе. Такая модель является важным компонентом создания в коллективе благоприятной рабочей обстановки, в рамках которой руководитель взаимодействует с подчинёнными, способствует их росту не только в профессии, но и в аспекте личностном. В структуре приверженности организации работников лидирует аффективная приверженность: люди «связывают» себя с организацией, считают себя частью команды КДЦ.

Предоставление непрерывной обратной связи врачам в процессе совместного с заведующей анализа ситуаций и проблем активизирует процессы самообучения и саморазвития. Очевиден рост и развитие профессиональных компетенций врачей. Специалисты интенсивно работают над формированием профессиональных и «надпрофессиональных» навыков (hard skills и soft skills).

Представляется рациональным осуществление руководства в МО, основанного на том, что руководитель является наставником для своих подчинённых, поддерживает работников в процессе их самосовершенствования. Это рассматривается в данном контексте как коучинг.

Психологическая поддержка работников практического здравоохранения укрепляет по-

зицию врача в его нелёгком труде, стабилизирует его психоэмоциональный статус, что, в конечном итоге, призвано формировать и упрочнять пациент-ориентированный подход в здравоохранении. Проведённое анкетирование пациентов подтверждает это.

Таким образом, мы считаем реализацию навыков коуча в руководстве медицинской организацией одним из компонентов «бережливого менеджмента» [4] в здравоохранении.

Литература

1. Бевз, И.А. Коучинг как эффективный способ управления персоналом в бизнесе [Электронный ресурс] // Экономический анализ: теория и практика. – 2011. – №15. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kouching-kak-effektivnyy-sposob-upravleniya-personalom-v-biznese> (дата обращения: 18.06.2021).
2. Бершадская, М.Б. Коучинг в деятельности руководителя медицинской организации [Электронный ресурс] // Заместитель главного врача. – 2016. – №3. Режим доступа: <https://e.zamglvracha.ru/445720> (дата обращения: 21.06.2021).
3. Богдан, Н. Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2012. – №5. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlencheskie-kompetentsii-rukovoditeley-v-sfere-zdravoohraneniya> (дата обращения: 18.06.2021).
4. Китанина, К. Ю., Ластовецкий, А.Г. Бережливый менеджмент в здравоохранении [Электронный ресурс] // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. – №2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/berezhlivyi-menedzhment-v-zdravoohraneni> (дата обращения: 18.06.2021).
5. Коваль, А. А. Коучинг в управлении персоналом современной российской деловой организации [Электронный ресурс] : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 22.00.08 / Коваль Александр Александрович ; науч. рук. Ю .Г. Волков – Ростов-на-Дону, 2009. – Режим доступа: <http://dislib.ru/sotsiologiya/5395-1-kouching-upravlenii-personalom-sovremennoy-rossiyskoy-delovoy-organizacii.php> (дата обращения: 14.06.2021).
6. Лебедева, А. В. Анализ российского и зарубежного опыта коучинга руководителей [Электронный ресурс] // Личность: ресурсы и потенциал. – 2019. – №2. Режим доступа: <http://foir.hspa.ranepa.ru/index.php/news/item/1996.html> (дата обращения: 27.06.2021).
7. Сирота, Н.А., Ялтонский, В.М., Ялтонская, А.В., Московченко, Д.В. Эмоциональное выгорание врачей // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. – 2017. – №4 (21). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-vygoranie-vrachey> (дата обращения: 24.06.2021).
8. Шестак, Н.В., Крутий, И.А. Наставничество в аспекте непрерывного профессионального развития врача [Электронный ресурс] // Педагогика профессионального медицинского образования. – 2019. – №2. Режим доступа: <https://www.profmedobr.ru/articles/nastavnichestvo-v-aspekte-nepreryvnogo-professionalnogo-razvitiya-vracha/> (дата обращения: 27.06.2021).
9. Gallwey W. Timothy. The inner game of tennis. The ultimate guide to the mental side of peak performance / Gallwey W. Timothy. – New York: Pan Books. 2015. – 160 p.
10. Meyer, J.P. & Allen, N.J. (1997). Commitment in the workplace. Thousand Oaks: Sage Publications.
© Васильева Е. Н., Кондакова Е. Г., 2021

ОПЫТ ОТКРЫТИЯ КАБИНЕТА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО ДЕРМАТОСКОПИИ В БУ «СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Каргапольцева Е.А.,

врач-дерматовенеролог амбулаторно-поликлинического отделения
БУ «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер»

Улитина И.В.,

главный врач БУ «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер»

Павлова Е.В.,

заместитель главного врача по медицинской части
БУ «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер»

Лакомова И.Н.,

врач-дерматовенеролог амбулаторно-поликлинического отделения
БУ «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер»

Данная информация представлена с целью усиления формирования онконастороженности врачей первичного звена (терапевтов, хирургов, педиатров).

Ключевые слова: дерматоскопия, дерматоонкология, меланома, злокачественные новообразования кожи

В 2019 году в Российской Федерации впервые в жизни выявлен 640 391 случай злокачественных новообразований (в том числе 291 497 и 348 894 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2018 годом составил 2,5%. Ведущими локализациями в общей структуре онкологической заболеваемости является кожа (13,1% от всех злокачественных новообразований, с меланомой –15,0%). Основным показателем, определяющим прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики [5].

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента онкологической помощи больным является показатель запущенности (удельный вес больных, выявленных на 4 стадии, а для опухолей визуальных локализаций, в том числе кожи – на 3-4 стадиях опухолевого процесса) [5,6].

В РФ последние годы (2019-2020) показатель запущенности по меланоме сохраняется на уровне 18,9-19,0 %, удельный вес больных, выявленных на самой ранней 1 стадии в 2019 году, составил лишь 34,6% [5].

Для осуществления ранней диагностики злокачественных новообразований кожи необходима реализация нескольких условий:

1. Теоретическая и практическая подготов-

ленность врачей (знание признаков злокачественных опухолей кожи на ранних этапах их развития).

2. Информированность пациентов о ранних признаках и их готовность обратиться к врачу при обнаружении ранних признаков злокачественных новообразований кожи [1].

Поэтому информирование пациентов и проактивный полный осмотр кожного покрова врачом имеют первостепенное значение для выявления злокачественных новообразований кожи на ранних стадиях [1,7].

Позиционирование приема осуществляется различными способами:

1. Врачом во время консультации;
2. Путем публикации информационных материалов в средствах массовой информации, официальных аккаунтах учреждения;
3. Раздача информационных материалов при профилактических осмотрах, проведении санитарно-просветительской работы в учреждениях здравоохранения, образования и городских организациях.

Скрининговое обследование населения может быть сплошным (полный осмотр кожного покрова каждого обращающегося на прием пациента) либо прицельным (полный осмотр кожного покрова пациентов с факторами высокого риска развития злокачественных опухо-

лей кожи). Наиболее эффективен прицельный скрининг, но важно понимать, что отсутствие факторов риска развития меланомы не обеспечивает защиту от развития спорадической меланомы в течение жизни [1,8].

Для первичной дифференциальной диагностики меланоцитарных доброкачественных от меланоцитарных злокачественных (меланомы) наиболее доступным из современных неинвазивных методов является дерматоскопия [1,2,3,8].

Дерматоскопия – это неинвазивный метод оптической диагностики кожи с возможностью визуализации внутрикожных пигментных, сосудистых и гиперкератотических изменений [1,2,3,8].

Такой метод обследования позволяет выявлять диагностически значимые элементы сыпи, новые и изменяющиеся новообразования кожи, способствует ранней диагностике злокачественных опухолей кожи и уменьшает количество биопсий, которые проводятся пациентам. Для проведения скринингового обследования кожного покрова целесообразно определять степень риска развития злокачественных опухолей кожи, которой подвержен пациент, при опросе и клиническом осмотре. При этом, чем больше факторов риска выявляется, тем выше должна быть настороженность врача. При выявлении высокого и очень высокого риска у пациентов необходимо направлять в учреждение, специализирующееся на клинико-дерматоскопическом мониторинге пациентов с высоким и очень высоким риском, предварительно полностью осмотров кожный покров [4].

Инновационный и достаточно сложный оптический прибор – дерматоскоп, зачастую объединенный с компьютерной видеосистемой, согласно действующему регламенту оказания медицинской помощи больным дерматовенерологическими заболеваниями, включен в перечень обязательного оборудования для оснащения рабочего места врача, что обеспечило возможность широкого применения дерматоскопии в рутинной практике [4,6].

Показания к проведению дерматоскопии:

- Высыпания или новообразования кожи, видимых слизистых, содержащие пигмент меланин, и дифференциальная диагностика поражений кожи меланоцитарной и немеланоцитарной природы.

- Высыпания или новообразования кожи и видимых слизистых сосудистой природы, содержащие гемоглобин или гемосидерин.
- Высыпания или новообразования кожи, обусловленные нарушением кератогенеза, фиброзом.
- Паразитарные заболевания кожи, а также заболевания волос и ногтей.
- Хронические дерматозы.
- Динамическое наблюдение за меланоцитарными новообразованиями [1,2,3,4,7].

В дерматоскопии существуют определенные правила, придерживаться которых следует в обязательном порядке. В самом начале оценки образования достигается понимание природы. Имеется в виду проведение базовой дифференциальной диагностики на уровне: меланоцитарное – немеланоцитарное? Сосудистое? Кроме того, в этот момент формируется первичное мнение, позволяющее определиться в плане онкопоиска. Второй этап дерматоскопического исследования заключается в определении степени вероятности обнаружения меланомы. Обязательным условием при этом является подтверждение меланоцитарной природы исследуемого поражения кожи. На этом этапе приступают к анализу дерматоскопической картины [2].

При проведении дерматоскопии также следует помнить, что наличие или отсутствие одного специфического признака еще не говорит о наличии или отсутствии специфического заболевания. Один и тот же признак нередко наблюдается в различных по своей сути опухолях. Дерматоскопически диагноз всегда устанавливается по результатам оценки всех признаков, а не какого-то одного [2].

Бытует широко распространенное мнение, что большинство меланом можно диагностировать невооруженным глазом, следовательно, дерматоскопическое исследование является лишним. Однако при этом не учитывается тот факт, что распознать меланому невооруженным глазом возможно, когда она уже достигла определенных размеров и существует довольно длительное время. Это ограничение, в первую очередь, касается широко известного клинического правила ABCD, созданного для непосвященных в медицину людей, чтобы они могли, основываясь на четырех простых критериях отличить меланому от родинки [3].

Согласно правилу ABCD меланомы, в отличие от меланоцитарных невусов (А происходит от слова «асимметрия», англ. asymmetry), асимметричны, обладают неровными границами (В от слова «граница», англ. «border»), многоцветны (С от слова «цвет», англ. color) и имеют размер более 6 мм в диаметре (D от слова «диаметр», англ. diameter), т.е. правила ABCD полностью отрицают существование меланомы менее 6 мм. А так как каждая меланома в ранней стадии развития обладает диаметром менее 6 мм, для диагностики применяется дерматоскопия [3].

С 2004 года в практику врачей-дерматовенерологов БУ «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер» внедрен метод дерматоскопической диагностики – впервые в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. Были приобретены 10 дерматоскопов Дельта-20, закуплено оборудование для фото дерматоскопии, аппарат «Скаскоп» с программным цифровым обеспечением. С 2013 года внедрена программа «Vision Derma» с программным цифровым обеспечением, позволяющая архивировать данные пациента в динамике в цифровом формате. С 2017 года приказом по учреждению организован кабинет функциональной диагностики в составе АПО с целью ранней диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с предопухолевыми заболеваниями и разработки мероприятий по

профилактике злокачественных новообразований кожи.

Оснащение кабинета функциональной диагностики:

- дерматоскоп «Дельта-20» с фотоадаптером;
- фотоаппарат «Кенон EOS 1100»;
- компьютерная техника с компьютерной программой по дерматоскопии «Vision Derma»;
- лампа-лупа «Lumio dermlite».

В нашем учреждении двухуровневая система дерматоскопической диагностики. Первый уровень осуществляется врачом-дерматовенерологом БУ «СККВД» при осуществлении первичного амбулаторного приема пациентов с кожной патологией. Второй уровень – дерматоскопия врачом-дерматовенерологом кабинета функциональной диагностики в сложных клинических случаях (в том числе при подозрении на ЗНО), при направлении онкологов, а также врачей иных специальностей для дифференциальной диагностики, динамического наблюдения, исключения рецидивов злокачественных новообразований кожи после получения курса специфической терапии.

Все врачи – дерматовенерологи БУ «СККВД» имеют тематическое усовершенствование по дерматоонкологии и дерматоскопической диагностике, каждый кабинет оснащен дерматоскопами Дельта 20 и лампами – лупами «Lumio dermlite».



Рис. 1. Схема взаимодействия и направления на дерматоскопическую диагностику на территории обслуживания БУ «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер»

За период 2019 и 2020 годы на 2-ом уровне в кабинете функциональной диагностики обследовано 9729 пациентов для выявления новообразований кожи и диагностики меланоцитарных образований. С целью обследования и исключения злокачественных новообразований кожи на прием в БУ «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер» в 2018 году обратилось 2789 пациента, в 2019 году – 3023 пациента и в 2020 году – 6706 пациента.

Учитывая многолетний опыт работы с новообразованиями кожи в нашем диспансере

разработаны и внедрены в повседневную практику:

- положение о работе кабинета функциональной диагностики в составе амбулаторно-поликлинического отделения;
- алгоритмы диагностического поиска;
- стандартизированное дерматоскопическое заключение;
- определены группы пациентов для диспансерного наблюдения с целью профилактики ЗНО кожи;
- осуществляется диспансерное наблюдение.

Таблица 1

Диспансерное наблюдение в кабинете функциональной диагностики

Нозологические формы	2019 г.	%	2020 г.	%
Синдром множественного диспластического невуса	17	54,8	35	31,3
Гигантские невусы, гемангиомы	3	9,6	16	14,3
Актинический кератоз	8	25,8	38	33,9
Пигментные образования на границе кожа-слизистые	1	3,3	14	12,5
Высокий профессиональный риск с фототипом кожи 1-2	2	6,5	9	8
Всего	31	100	112	100

В кабинете функциональной диагностики осуществляется диспансерное наблюдение. Всего за 2019 года в кабинет функциональной диагностики обратился 31 пациент, в 2020 году – 112 пациентов. За 2019 год с синдромом множественного диспластического невуса наблюдению подлежали 17 пациентов (54,8%), за 2020 год – 35 пациентов (31,3%); за 2019 год с гемангиомами и гигантскими невусами – 3 пациента (9,6%), за 2020 год – 16 (14,3%); с актиническим кератозом – 8 пациентов (25,8%) за 2019 год и 38 (33,9%) за 2020 год; с пигментными образованиями на границе кожа-слизистые за 2019 год – 1 пациент (3,3%), за 2020 год – 14 (12,5%); с высоким профессиональным риском с фототипом кожи 1-2 за 2019 год наблюдались 2 пациента (6,5%), за 2020 год – 9 (8%) пациентов.

Для пациентов, состоящих на диспансерном учете в кабинете функциональной диагностики, разработаны методики самообследования для выявления подозрительных новообразований кожи и видимых слизистых. Выдаются соответствующие памятки.

Также врачи Сургутского клинического кожно-венерологического диспансера принимают

ежегодное участие в Международном «Дне диагностики меланомы» с 2007 года, осуществляют выездную дерматоскопию для медицинских и социальных организаций города Сургута с 2012 года.

Клинический случай

Пациентка О.Л.В., 1975 г.р. обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера г. Сургута самостоятельно с жалобами на образование на коже живота без субъективных ощущений.

Из анамнеза: считает себя больной в течение нескольких месяцев, когда заметила изменение родинки, которая существовала с раннего детства. Начало заболевания ни с чем не связывает, травматизацию образования отрицает. Самостоятельно не лечилась, в другие медицинские организации по данному поводу не обращалась.

При осмотре: Патологический кожный процесс носит ограниченный характер. При визуальном осмотре на коже живота образование до 1,5 см неправильной формы, с четкими границами, черного и коричневого цвета, при пальпации без уплотнения. Дерматоскопиче-

ски образование различной окраски (от светло-коричневого до черного, розово-вишневого цвета), распределение пигментной сети неравномерное, с участками обрыва пигментной сети и бесструктурными зонами, точками, комками, по периферии пятна «псевдоподий», в правом углу розово-вишневая папула до 0,3 см, плотно-эластической консистенции, на поверхности образования серо-голубая вуаль. Других высыпаний на коже и видимых слизистых нет. Дермографизм красный. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. (Рисунок 2, 3, 4).



Рис. 2. При визуальном осмотре образование коричнево-черного цвета без уплотнения и безболезненное при пальпации



Рис. 3. Дерматоскопически окраска образования от светло-коричневого до черного цвета, в левом углу изменения по типу «псевдоподий», на поверхности серо-голубая вуаль

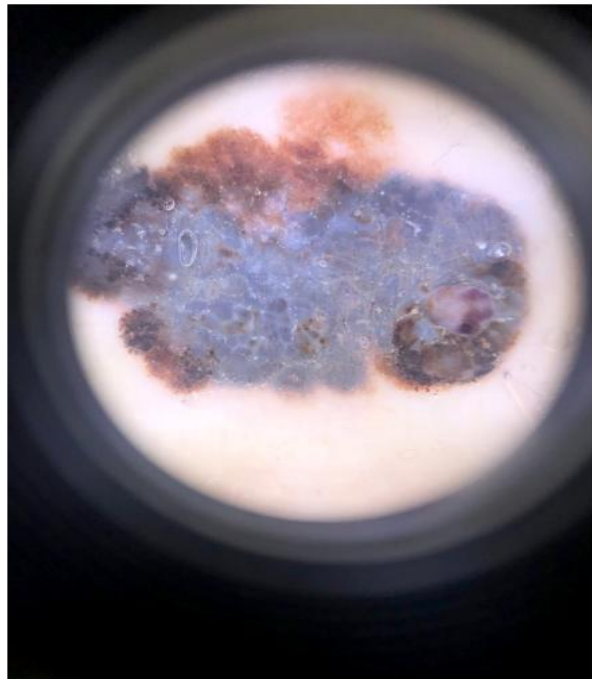


Рис. 4. Вверху образования бесструктурные зоны, в правом углу розово-вишневая папула, на поверхности образования серо-голубая вуаль

Учитывая жалобы пациентки, данные анамнеза и клинической картины, данные проведенной дерматоскопической диагностики был выставлен диагноз: Меланома.

Пациентка была направлена на обследование и лечение к врачу-онкологу. Пациентке было проведено хирургическое лечение, образование было отправлено на гистологию. По результатам гистологического исследования – Меланома, 1 стадии.

Выводы

Четырехлетний опыт активной работы кабинета функциональной диагностики показал:

- высокую эффективность в плане ранней диагностики ЗНО кожи;
- организацию слаженной работы в тандеме с врачами онкологами и врачами хирургами;
- формирование онконастороженности у врачей первичного звена (терапевтов, педиатров, узких специалистов и др.) и дерматовенерологов территориальных поликлиник;
- организацию формирования продуктивной прямой и обратной связи между смежными специалистами, диспансерное и динамическое наблюдение пациентов.

Литература

1. Дерматоскопия в клинической практике: руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Потекаева – М.: МДВ. 2010 – 144с.: илл.
 2. Гетьман А.Д. Дерматоскопия новообразований кожи: учебное издание для ординаторов, интернов и врачей, проходящих повышение квалификации по специальностям «Онкология», «Дерматовенерология» и «Косметология». – Екатеринбург: Уральский Рабочий, 2015.
 3. Киттлер, Г. Дерматоскопия: Алгоритмический метод, основанный на анализе узора / пер. Дмитрий Михайловский. Издательство: Melanoma Signature sp.z o.o. Polska, 2014.
 4. Боулинг, Д. Диагностическая дерматоскопия: иллюстрированное руководство / Пер. с англ. под ред. А.А. Кубановой – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – с 160: ил.
 5. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава
 6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология».
 7. https://mosderm.ru/uploads/pages/edu_otherspec/5e1ebf2b2324.pdf
- © Каргапольцева Е.А., Улитина И.В., Павлова Е.В., Лакомова И.Н., 2021

УДК 614.258.1

Кузьмичев Д.Е.,

заведующий Восточным зональным отделом,
врач – судебно-медицинский эксперт,
секретарь Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Кондаков В.А.,

заведующий Нижневартковским судебно-химическим отделением
Восточного зонального отдела,
врач – судебно-медицинский эксперт
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Скребов Р.В.,

начальник,
врач – судебно-медицинский эксперт,
председатель Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Мисников П.В.,

заместитель начальника по экспертной работе
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НИЖНЕВАРТОВСКОГО СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНОГО ЗОНАЛЬНОГО ОТДЕЛА КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА ПЕРИОД 2018, 2019, 2020 ГОДОВ

В статье описаны статистические сведения работы Нижневартковского судебно-химического отделения Восточного зонального отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2018-2020 гг.

Ключевые слова: анализ, Нижневартковское судебно-химическое отделение, Восточный зональный отдел, КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

*«...Химия – это область чудес,
в ней скрыто счастье человечества,
величайшие завоевания разума будут
сделаны именно в этой области.»
М. Горький*

В отделении проводятся судебно-химические экспертные исследования, целью которых является выделение, идентификация и количественное определение (или исключение) ядовитых, лекарственных, наркотических, психотропных и сильнодействующих веществ, продуктов их превращения в биологических органах и жидкостях человека.

Штаты и укомплектованность отделения

В кадровом составе Нижневартовское судебно-химическое отделение полностью обеспечивает потребность Восточного отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в производстве судебно-химических исследований (см. табл. 1).

Таблица 1

Наименование должности	Число должностей в целом по отделению								
	Число штатных должностей			Число занятых должностей			Число физических лиц		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Заведующий отделением	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Врач - судебно-медицинский эксперт	1	1	3,75	1	1	1	1	1	1
Фельдшер-лаборант	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Медицинский регистратор	--	1	1	--	1	1	--	1	1
Санитар	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Всего по СХО	5	6	8,75	5	6	6	5	6	6

В данном кадровом составе Нижневартовское судебно-химическое отделение полностью обеспечивает потребность Восточного зонального отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в производстве судебно-химических исследований. В октябре 2017 года Нижневартовское судебно-химическое отделение взяло на себя обслуживание Центральной зоны

(Сургут, Когалым, Нефтеюганск) по производству всех судебно-химических исследований, которые доступны на базе Нижневартовского судебно-химического отделения, такая возможность кардинальным образом сокращает сроки проведения экспертиз (исследований) трупов для всех обслуживаемых отделений.

Таблица 2

	Укомплектованность штатными должностями (%)			Укомплектованность физическими лицами (%)			Коэффициент совместительства		
	2018 год	2019 год	2020 год	2018 год	2019 год	2020 год	2018 год	2019 год	2020 год
Всего	100	100	100	100	68,5	68,5	---	---	---
Врачи	100	100	100	100	53	53	---	---	---
Средний медицинский персонал	100	100	100	100	100	100	---	---	---
Младший медицинский персонал	100	100	100	100	100	100	---	---	---

**Показатели работы
Нижневартковского судебно-
химического отделения**

Производство судебно-химического исследования (экспертизы) труппа регламентируется Приказом Минздрава России от 12.05.2010 года № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судеб-

но-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

В 2020 году в Нижневартковском судебно-химическом отделении было произведено 3393 судебно-химических исследований (экспертиз), динамика увеличилась на 62,81 % (см. табл. 3).

Таблица 3

Динамика производства экспертиз (исследований), количества объектов и числа условных единиц в Нижневартковском судебно-химическом отделении за 2017-2019 гг.

Показатели	2018 год	2019 год	2020 год	Динамика в, %
Количество экспертиз (исследований)	2084	1935	3393	62,81
Количество объектов исследования	3552	3259	4642	30,68
Общее число условных единиц (полных анализов)	281,87	348	374	32,62

Количество биологических объектов исследования в 2020 году составило 4642, тем самым темп роста составил 30,68 %, а общее число условных единиц (полных анализов) – 374, темп прироста около 33 % (см. рис. 1).

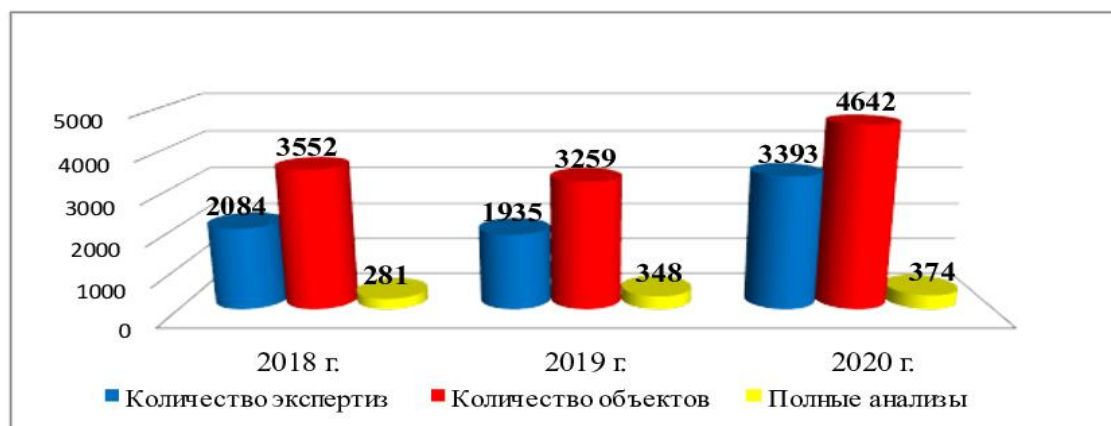


Рис. 1. Количество экспертиз, объектов, полных анализов за 2018-2020 гг.

В 2020 году в отношении общего количества экспертиз (исследований) и объектов исследования наблюдается положительная динамика по сравнению с 2018 годом. Для учета экспертной работы в судебно-химических отделениях применяются условные коэффициенты пересчета судебно-химических экспертиз (исследований) на полные анализы (условные единицы), т.е. вся

работа врача – судебно-медицинского эксперта оценивается по затрате рабочего времени на все виды процесса с применением оборудования в условных единицах. В данной категории также отмечается рост на 32 %. Связано это с внедрением новых методов исследований и расширением зоны обслуживания Нижневартковского судебно-химического отделения с 2018 года.

Сроки проведения судебно-химических экспертиз (исследований) за 2018 - 2020 гг.

Сроки	2018 г.	2019 г.	2020 г.
До 14 дней	2082	1935	3344
15- 30 дней	2	---	49
Свыше месяца	---	---	---
Не оконченные	---	---	---
Всего	2084	1935	3393

На протяжении всего отчетного периода, несмотря на увеличение количества экспертиз (исследований), сроки проведения сохраняются на низком уровне, т.е. до 14 дней в 98 % случаях (см. рис. 2).

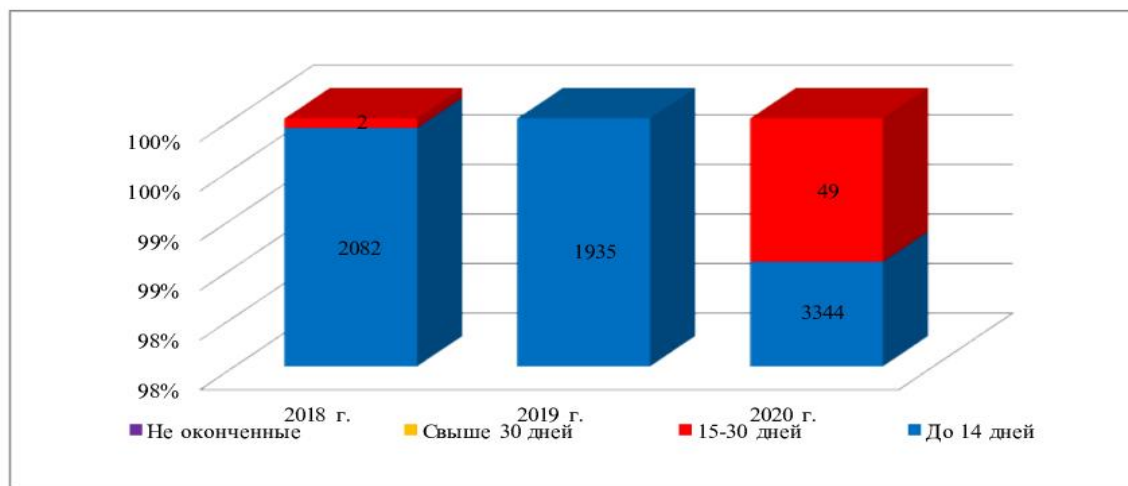


Рис.

2. Сроки проведения судебно-химических экспертиз

Наибольшее количество исследований в структуре всех судебно-химических анализов приходится на определение этилового спирта и суррогатов алкоголя (см. табл. 5), если отдельно рассматривать данную категорию, то в 2020 году можно наблюдать динамику прироста в

более чем на 60 %. Прежде всего это связано с расширением зоны обслуживания, начиная с 2018 года, в связи с чем биологический материал на исследование стал поступать из городов Центральной зоны – Сургут, Нефтеюганск, Когалым.

Таблица 5

Структура определяемых веществ от общего числа экспертиз (исследований) в Нижневартовском судебно-химическом отделении за 2018 - 2020 гг.

№	Показатели летальности	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Динамика в %
1.	Спирты	1828	1535	3014	+ 64,9
	% от общего количества	87,7	79,4	90,26	
2.	Органические растворители и технические жидкости	3	1	-	
	% от общего количества	0,1	0,05		
3.	Угарный газ (оксид углерод)	14	12	18	+ 28,57
	% от общего количества	0,7	0,55	0,54	

№	Показатели летальности	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Динамика в %
4.	Прочие (гликоген, метгемоглобин, биохимические показатели, тропонин)	239	387	361	+ 51
	% от общего количества	11,5	20	10,63	
5.	Итого	2084	1935	3393	

На втором месте по количеству исследований в структуре определяемых веществ находится категория – прочие, к которой мы относим судебно-биохимические показатели, такие как гликоген, метгемоглобин, биохимические показатели в биологическом материале. Динамика прироста в 2020 году выросла на 51 %, это результат планомерного и активного внедрения новых методов исследований, в данном случае,

развития судебно-биохимического направления в Нижневарттовском судебно-химическом отделении (см. рис. 3).

Завершают список категории: угарный газ, органические растворители и технические жидкости. Процент исследований в данных категориях остается крайне низок, всего 0,5 – 1 % от общего количества исследований.

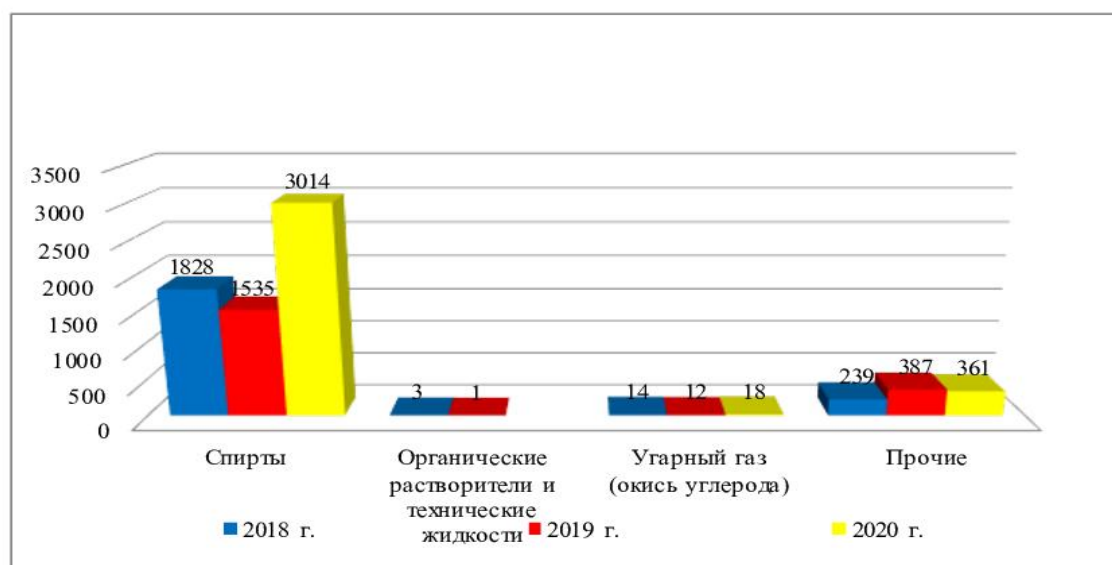


Рис. 3. Структура определяемых веществ в общем количестве экспертиз

Процент положительных исследований от общего количества исследований на спирты за 2018-2020 гг. остается на уровне 23-25 %, и это не смотря на увеличение количества экспертиз (исследований) в 2020 году более чем на 64%

по сравнению в 2018 году (см. таб. 6). Вероятно, это можно связать с правильной антиалкогольной политикой правительства РФ, борьбу с алкоголизмом населения, разъяснения о вреде алкоголя в учебных образовательных учреждениях.

Таблица 6

Количественные показатели положительных определений спиртов суррогатов за 2018-2020 гг.

Экспертизы по видам исследования	Всего экспертиз (исследований)			С положительным результатом		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2019 г.
Отчетный период						
Спирты и его суррогаты	1828	1535	3014	437	380	703
% от общего кол-ва				23,9	24,7	23,3

Нагрузка врачей – судебно-медицинских экспертов

Показатели	2018 год	2018 год	2019 год
Общее количество исследований	2084	1935	3393
Кондаков Владислав Александрович	1167	1051	1629
% общего количества	56	54	48
Соколова Ирина Сергеевна	---	884	1764
% общего количества	---	46	52

Параллельно с этим нужно совершенствовать судебно-биохимическое направление работы в отделении, на сегодня только в Нижневартовском судебно-химическом отделении делаются попытки по данной работе. Биохимические показатели определяются наборами Клини-Тест для фотометрического количественного определения, что нельзя назвать передовой методикой, так как это ручной метод и имеется достаточно высокий процент погрешности. Выйти на новый качественный уровень в судебно-биохимических исследованиях поможет приобретение автоматического биохимического анализатора (наличие данного аппарата и диагностических наборов входит в стандарт оснащения для проведения судебно-химических, химико-токсикологических и биохимических экспертиз по приказу №346н от 12.05.2010 г.) позволит в несколько раз повысить качество проводимых биохимических исследований и скорость их проведения, а так же, в зависимости от прибора и набора реагентов, расширить их круг.

Выводы

Судебно-химическая экспертиза является важной и необходимой частью судебно-медицинской экспертизы, помогающая судебно-медицинскому эксперту лучше понять патологические процессы, приводящие к смерти. Результаты анализов помогают на практике подтвердить или опровергнуть поставленный диагноз, провести дифференциальную диагностику имеющейся патологии, определить давность возникновения травмы.

В Нижневартовском судебно-химическом отделении КУ «Бюро судебно-медицинской

экспертизы» все виды судебно-химических экспертиз и исследований проводятся утвержденными методами по утвержденным методикам на ежегодно метрологически поверенном аналитическом оборудовании.

Отмечается значительное увеличение общего количества судебно-химическом экспертиз (исследований) по причине расширения зоны обслуживания. При этом, сроки производства экспертиз (исследований) за весь отчетный период в 98 % случаев составляли до 14 дней, что считается очень хорошим показателем работы отделения.

Литература

1. Актуальные вопросы судебной медицины: материалы межрегиональной научно-практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно-медицинских экспертов: сборник научных статей / под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневой О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. – Ханты-Мансийск, 2018. – 171 с.
2. Актуальные вопросы судебной медицины: сборник научно-практических статей – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.
3. Актуальные вопросы судебной медицины: сборник научно-практических статей. – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.
4. 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., Кондаков В.А., Скребов Р.В., Мисников П.В., 2021

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА БАЗЕ БУ «ЛАНГЕПАСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Нохрин А.В.,

главный врач БУ «Лангепасская городская больница»

Алибеков И.М.,

Заслуженный врач Российской Федерации, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий курсом оториноларингологии БУВО «Сургутский государственный университет», заведующий дневным стационаром БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3»

Чухманова Г.В.,

заместитель главного врача по поликлиническому разделу работ БУ «Лангепасская городская больница»,

Троцко Н.А.,

врач-оториноларинголог БУ «Лангепасская городская больница»

Давлятов Е.В.,

клинический ординатор медицинского института БУВО «Сургутский государственный университет»

Папушев С.В.,

врач-оториноларинголог БУ «Лангепасская городская больница»

В статье изложены этапы организации и внедрения хирургического лечения пациентов с оториноларингологической патологией в условиях круглосуточного стационара на базе БУ «Лангепасская городская больница».

Ключевые слова: оториноларингологическая патология, малоинвазивные видеоэндоскопические методы лечения, круглосуточный стационар

С октября 2020 года по май 2021 года в БУ «Лангепасская городская больница» прооперировано 110 пациентов (мужчин – 62, женщин – 48). Выполнено более 250 операций в условиях круглосуточного стационара под эндотрахеальным наркозом и местной анестезией с применением современного видео-эндоскопического оборудования, микродебридера, радиохирургии, инструментария.

Оториноларингологическая патология, несмотря на развитие современных технологий, пропаганду здорового образа жизни и применяемые меры профилактики, остается одной из самых распространенных на сегодняшний день.

В условиях Севера их количество значительно возрастает, учитывая неблагоприятные климатические факторы.

Распространенность заболеваний оториноларингологического профиля в структуре общего количества заболеваний составляет около 14 %.

Лидирующие позиции в структуре отоларингологической патологии составляют заболевания носа и околоносовых пазух – 72,6%, из

них – 52,5% (воспалительного характера). Это обусловлено резко континентальным климатом региона, длительным периодом года с преобладанием отрицательных температур внешней среды, с миграцией населения и работой вахтовым методом, большого количества производств с работой на открытом воздухе.

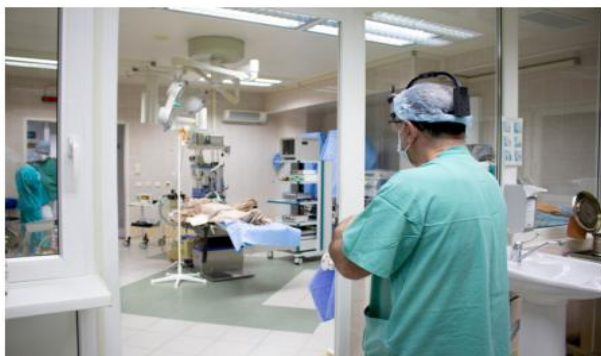
Внедрение малоинвазивных современных технологий для оказания медицинской помощи населению является одним из путей повышения эффективности системы здравоохранения и доступности особенно специализированной медицинской помощи.

Цель работы

Поиск и внедрение в практику современных малоинвазивных методов лечения пациентов при оториноларингологической патологии.

Пациенты и методы

По инициативе главного врача БУ «Лангепасская городская больница» А.В. Нохрина и при содействии сотрудников медицинского



института БУ ВО «Сургутский государственный университет» работа проводилась на базе БУ «Лангепасская городская больница» с участием врачей-оториноларингологов детской и взрослой поликлиники.

Поликлиническое подразделение больницы располагает необходимым оборудованием и инструментарием в начальном этапе для консультативного осмотра, диагностики, отбора пациентов на операцию.

Стационар оснащен всем необходимым оборудованием и инструментарием для выполнения хирургических вмешательств при оториноларингологической патологии (преимущественно при патологии носа и околоносовых пазух) в круглосуточном стационаре под эндотрахеальным наркозом с применением современного видеоэндоскопического комплекса и оборудования.

Стационар располагает прекрасной современной операционной с предоперационной, послеоперационными палатами, оснащенными необходимым оборудованием, полным набором видеоэндоскопического оборудования и инструментарием для проведения операций преимущественно с патологией носа и околоносовых пазух.

Перечень ринологических операций, проводимых с применением малоинвазивных видеоэндоскопических технологий:

- Иссечение доброкачественных образований носа;
- Полипэктомия носа;
- Полипэтмоидотомия носа;
- Подслизистая конхотомия нижних носовых раковин;
- Конхоплексия нижних носовых раковин;
- Вазотомия носовых раковин;
- Сегментарная резекция носовой перегородки;
- Циркулярная резекция носовой перегородки;
- Резекция носовой перегородки с аутопластикой хряща;
- Иссечений синехий носовой полости;
- Дакриоцисториностомия;
- Микрогайморотомия;
- Риносептопластика (коррекция внутриносовых структур) по медицинским показаниям;
- Репозиция костей носа;
- Удаление кисты носа и околоносовых пазух.

Все операции проводятся в сопровождении анестезиологической бригады под эндотрахеальным наркозом и местной анестезией (в некоторых случаях), учитывая объем, длительность операций, медицинские показания и желание пациента.

Отбор больных на операцию проводился по строго отработанной схеме – перечню показаний и противопоказаний (относительных и

абсолютных), предоперационному обследованию и подготовке (медикаментозным и клиническим исследованиям).

Результаты

За 8 месяцев прооперировано 110 пациентов, операций – более 230. Мужчин 62 (56,3%), женщин 48 (43,6%).

Нозология операций

	Всего	Женщин	Мужчин
Септопластика	39	15	24
Подслизистая вазотомия	45	21	24
Эндоскопическая полипотомия	9	3	6
МГТ: Киста верхнечелюстной пазухи	8	4	4
Синехии	4	2	2
Риносептопластика	5	3	2
Всего	110	48	62

Осложнений во время операций и послеоперационном периоде нет.

Операции проводились с применением современных малоинвазивных видеоэндоскопических методов.

Выводы

1. Организована, внедрена и доступна плановая специализированная оториноларингологическая помощь населению г. Лангепаса и других населенных пунктов Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по мере обращения.

2. Одновременно выполняется несколько операций (одному и тому же пациенту) при патологии носа и околоносовых пазух с применением видеоэндоскопического оборудования и инструментария, не снижая качество хирургического лечения.

3. Сокращаются сроки послеоперационной реабилитации пациента.

© Нохрин А.В., Алибеков И.М., Чухманова Г.В., Троцко Н.А., Давлятов Е.В., Папушев С.В., 2021

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ.
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ. COVID-19**

Шастин А. С.,

к.м.н., старший научный сотрудник
ФБУН «Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики
и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора

Газимова В. Г.,

к.м.н., зав. отделом организации медицины труда
ФБУН «Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики
и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора

Цепилова Т. М.,

научный сотрудник лаборатории социально-гигиенического
мониторинга и управления риском ФБУН «Екатеринбургский медицинский-научный центр
профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора

В условиях демографической деградации и высокого уровня смертности в России состояние здоровья населения трудоспособного возраста должно находиться в области приоритетного внимания органов управления в сфере охраны здоровья. Установлены показатели первичной заболеваемости взрослого населения трудоспособного возраста Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Ключевые слова: заболеваемость, трудоспособное население, COVID-19

Введение

На современном этапе демографическая ситуация в стране характеризуется снижением доли населения в категории «трудоспособный возраст» и ростом среднего возраста работающего населения [1,2]. Численность трудоспособного населения в России снизилась с 88,813 млн. чел. в 2009 г. до 82,020 в 2019 г. (или на 7,6 %). Численность трудоспособного населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – ХМАО-Югра) в этот же период снизилась на 5,6 % (с 1,073 млн. чел. до 1,013 тыс. чел.) [3]. Смертность населения трудоспособного возраста в России остается на высоком уровне [4]. При этом, заболеваемость населения трудоспособного возраста не является объектом федерального статистического наблюдения. Органы управления субъектов РФ в сфере охраны здоровья не располагают систематической информацией о заболеваемости этой категории граждан. Исследование заболеваемости трудоспособного населения является актуальной задачей для принятия эффективных управленческих решений в сфере охраны

здоровья и управления рисками здоровью трудоспособного населения страны.

Материалы и методы

Сплошным методом исследованы показатели заболеваемости взрослого населения и населения старше трудоспособного возраста с диагнозом, установленным впервые в жизни (далее – первичная заболеваемость) по данным статистических сборников, опубликованных Министерством здравоохранения РФ и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» [5-17]. Произведен расчет абсолютных и относительных показателей первичной заболеваемости взрослого населения в трудоспособном возрасте за 6 лет (2015-2020 гг.). Рассчитан среднемноголетний уровень (далее – СМУ) первичной заболеваемости в целом по Российской Федерации, по Уральскому федеральному округу (далее – УФО) и отдельным субъектам округа по всем случаям заболеваний (болезням), в том числе по отдельным классам болезней в соответствии с МКБ-10. Специальные методы статистического анализа не использовались.

Результаты и обсуждение

Расчетные данные о первичной заболеваемости взрослого населения трудоспособного

возраста РФ, УФО и Ханты-Мансийского автономного округа – Югра в 2015-2019 гг. представлены в таблице 1.

Таблица 1

Первичная заболеваемость взрослого трудоспособного населения РФ, УФО и ХМАО-Югры в 2015-2019 годах (на 100 000 населения трудоспособного возраста)

	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Российская Федерация	54 218,9	54 736,5	54 172,7	54 196,5	53 481,7
УФО	54 611,2	56 773,9	56 292,0	56 164,6	56 293,9
ХМАО-Югра	54 504,0	55 879,0	54 328,3	58 230,8	56 070,4

Среднегодовалый уровень первичной заболеваемости взрослого трудоспособного населения ХМАО-Югры ($55\ 802,5^0/_{0000}$) на 3,0% превысил аналогичный общероссийский показатель ($54\ 161,3^0/_{0000}$) и оказался незначительно ниже, чем в целом по УФО ($56\ 027,1^0/_{0000}$). Наиболее существенное превышение общероссийского уровня первичной заболеваемости отмечено в

2018-2019 годах. Годовые показатели первичной заболеваемости в исследуемый период свидетельствуют о некоторой тенденции к росту.

Среднегодовые показатели «всего болезней» первичной заболеваемости взрослого населения трудоспособного возраста в «доковидный» период 2015-2019 годов и за 2020 год представлены в таблице 2.

Таблица 2

Первичная заболеваемость взрослого трудоспособного населения РФ, УФО и ХМАО-Югра в 2015-2019 годах и 2020 году (на 100 000 населения трудоспособного возраста)

	СМУ 2015-2019 г.г.	2020 г.	рост показателя (%)
Российская Федерация	54161,3	56338,3	4,0
УФО	56027,1	61360,8	9,5
ХМАО-Югра	55802,5	59468,8	6,6

Рост уровня первичной заболеваемости в ХМАО-Югре в 2020 году превысил аналогичный показатель в целом по РФ, но оказался существенно ниже, чем в целом по округу.

Общие для РФ, УФО и ХМАО-Югры ведущие причины первичной заболеваемости взрослого населения трудоспособного возраста в период 2015-2019 годов и в 2020 году представлены в таблице 3.

Ведущие причины первичной заболеваемости РФ, УФО и ХМАО-Югры в 2015-2019 годах и 2020 году (% от «всего болезней»)

	РФ	УФО	ХМАО-Югра
2015-2019 г.г.			
Болезни органов дыхания	31,1	30,2	27,3
Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин	15,8	17,3	16,4
Болезни мочеполовой системы	9,8	9,2	12,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6,2	6,2	7,1
2020 г.			
Болезни органов дыхания	38,3	38,4	35,4
Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин	14,0	14,7	13,2

В 2015-2019 годах пятое место в структуре первичной заболеваемости взрослого трудоспособного населения в РФ занимали болезни системы кровообращения (5,0%), в УФО - болезни органов пищеварения (4,8%), в ХМАО-Югра - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,3%). На шестом месте в РФ находились болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (4,7%), в УФО - болезни системы кровообращения (4,6%), в ХМАО-Югра - болезни органов пищеварения (5,2%).

В целом по РФ в 2020 году в структуре первичной заболеваемости трудоспособного населения третье место сохранили болезни мочеполовой системы (7,5%). Далее следуют COVID-19 (6,3%), болезни кожи и подкожной клетчатки (4,7%), болезни системы кровообращения (4,2%). В УФО на третьем месте COVID-19 (7,7%). На четвертом месте болезни мочеполовой системы (6,7%), на пятом - болезни системы кровообращения (4,1%), на шестом - болезни органов пищеварения (3,5%). В ХМАО-Югре на третьем месте, как и целом по округу, COVID-19 (12,2%), на четвертом - болезни мочеполовой системы (7,7%), на пятом - болезни кожи и подкожной клетчатки (5,3%), на шестом - болезни органов пищеварения (4,0%).

Наиболее значительные изменения выявлены в показателях первичной заболеваемости населения трудоспособного возраста пневмониями. В целом по РФ уровень заболеваемости пневмониями в 2020 году по отношению к СМУ 2015-2019 годов вырос на 274,8% (с 323,10/0000 в 2015-2019 г.г. до 1210,90/0000 в 2020 г.), в УФО на 171,9% (с 373,30/0000 до 1015,00/0000), в ХМАО-Югра на 68,6% (с 340,80/0000 до 574,60/0000).

Заболеваемость взрослого населения трудоспособного возраста COVID-19 в ХМАО-Югре (7292,50/0000) на 103,2% выше, чем в целом по РФ (3588,80/0000) и на 54,4% выше, чем в целом по УФО (4723,40/0000).

Заключение.

Исследование причин и уровня заболеваемости трудоспособного населения должно находиться в сфере интересов органов управления здравоохранением субъектов РФ. Региональные особенности первичной заболеваемости трудоспособного населения должны учитываться при планировании нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Литература

1. Аганбегян, А.Г. Демографическая драма на пути перспективного развития России // Народонаселение. – 2017. – № 3 (77). – С. 4-23.
2. Возможности анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности субъектов предпринимательской деятельности / А.С. Шастин, В.Г. Газимова, М.С. Гагарина и др. // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22. – № 4-2. – С. 12-16.
3. Федеральная служба статистики // https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/B10_111/Main.htm, https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b20_111/Main.htm.
4. Горчакова, Т.Ю., Чуранова, А.Н. Современное состояние смертности населения трудоспособного возраста в России и странах Европы // Медицина труда и промышленная экология. – 2020. – Т. 60. – № 11. – С. 756-759.
5. Александрова, Г.А., Поликарпов, А.В., Голубев, Н.А. и др. Заболеваемость взрослого населения России в 2015 году // Статистические материалы. Часть III. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016. – 159 с.
6. Александрова, Г.А., Поликарпов, А.В., Голубев, Н.А. и др. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2015 // Статистические материалы. Часть IV. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016. – 159 с.
7. Поликарпов, А.В., Александрова, Г.А., Голубев, Н.А. и др. Заболеваемость взрослого населения России в 2017 году // Статистические материалы. Часть III. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018. – 160 с.
8. Поликарпов, А.В., Александрова, Г.А., Голубев, Н.А. и др. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2017 году // Статистические материалы. Часть IV. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018. – 160 с.
9. Александрова, Г.А., Голубев, Н.А., Тюрина, Е.М. и др. Заболеваемость взрослого населения России в 2019 году с диагнозом, установленным впервые в жизни // Статистические материалы. Часть III. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020. – 160 с.
10. Александрова, Г.А., Голубев, Н.А., Тюрина, Е.М. и др. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2019 году // Статистические материалы. Часть IV. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020. – 160 с.
11. Александрова, Г.А., Поликарпов, А.В., Голубев, Н.А. и др. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2015 году // Статистические материалы. Часть VII. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016. – 184 с.
12. Александрова, Г.А., Поликарпов, А.В., Голубев, Н.А. и др. Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2015 году // Статистические материалы. Часть VIII. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016. – 196 с.

13. Поликарпов, А.В., Александрова, Г.А., Голубев, Н.А. и др. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2017 году // Статистические материалы. Часть VII. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018. – 183 с.
14. Поликарпов, А.В., Александрова, Г.А., Голубев, Н.А. и др. Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2017 году // Статистические материалы. Часть VIII. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018. – 195 с.
15. Александрова, Г.А., Голубев, Н.А., Тюрина, Е.М. и др. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2019 году с диагнозом, установленным впервые в жизни // Статистические материалы. Часть VII. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020. – 183 с.
16. Александрова, Г.А., Голубев, Н.А., Тюрина, Е.М. и др. Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2019 году. Статистические материалы. Часть VIII. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020. – 195 с.
17. Котова, Е.Г., Кобякова, О.С., Стародубов, В.И. и др. Заболеваемость взрослого населения России в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни // Статистические материалы. – М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. – 164 с.
© Шастин А. С., Газимова В. Г., Цепилова Т. М., 2021

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В Г. СУРГУТЕ ЗА 2015-2019 ГОДА**Ершов В.И.,**

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

Салманов Ю.М.,

заместитель главного врача по медицинской части

БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Хафизов И.З.,

фельдшер скорой медицинской помощи

БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

В статье представлены результаты анализа смертности на догоспитальном этапе при оказании скорой медицинской помощи в г. Сургуте за 2015-2019 года. Отмечен рост случаев смерти в присутствии бригад скорой медицинской помощи и уменьшение случаев с успешными реанимационными мероприятиями при фактическом уменьшении общего количества лиц с летальным исходом.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, смертность, реанимационные мероприятия

Введение

Одним из важнейших демографических процессов после рождаемости является смертность. Под смертью понимается процесс вымирания поколения, который рассматривается как массовый статистический процесс, складывающийся из множества единичных случаев смертей, наступающих в разных возрастах и определяющих в своей совокупности порядок вымирания реального или условного поколения [7].

По данным Росстата за 2018 год убыль населения России выросла со 135,8 тыс. до 224,6 тыс. человек. Общий показатель смертности на 1000 человек вырос с 12,4 до 12,5. От старости умирают 5 % населения, от внешних причин 7,9 % (от несчастных случаев на транспорте 1 %, из них смертей в ДТП 0,8 %). Чаще всего в 2018 году россияне умирали от болезней кровообращения (ишемические болезни сердца – 28,4 % и цереброваскулярные болезни (в том числе инсульт) – 14,4 % всех смертей) [8].

По состоянию на 1 января 2020 года Ханты-Мансийский автономный округ – Югра среди субъектов Уральского федерального округа по коэффициенту смертности занял второе место (2018 год – 2 место) с показателем 6,0 промилле на 1000 населения (первое место – Ямало-Ненецкий автономный округ с показателем 4,7 промилле, третье место – Тюменская область (без автономных округов) – 10,5 промилле), а среди всех субъектов Российской Федерации

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра занимает пятое место (лидирующие позиции: первое место – Республика Ингушетия (3,0); второе место – Чеченская Республика (4,3); третье место – Ямало-Ненецкий автономный округ (4,7); четвертое место – Республика Дагестан (4,8)). Среди городов Ханты-Мансийского автономного округа – Югры самый низкий коэффициент смертности отмечается в городах Когалым и Покачи (3,4 на 1000 населения), наивысшая его величина зафиксирована в городе Урае (8,5 на 1000 населения). Среди муниципальных районов наименьший коэффициент смертности отмечен в Сургутском районе (4,3 на 1000 населения), наиболее высокий уровень смертности – в Кондинском районе (12,0 на 1000 населения) [4].

В России ежегодно регистрируются около 200 000 – 250 000 случаев внезапных сердечных смертей, в 80-85% случаях которые ассоциированы с ишемической болезнью сердца. Более 50% больных с сердечной недостаточностью умирают внезапно [2]. Период клинической смерти не превышает 5-6 минут. После этого срока происходят необратимые изменения в центральной нервной системе (прежде всего в коре головного мозга). Результативность сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе во многом не только медицинская, но и социальная проблема [1].

Таким образом, показатели смертности необходимы для анализа демографических прогнозов. Анализ длительной динамики показателей смертности дает возможность учесть влияние различных факторов, в том числе организации и качества оказания медицинской помощи, на ее изменения, что определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования

Изучить смертность на догоспитальном этапе при оказании скорой медицинской помощи (СМП) в г. Сургуте за 2015-2019 года.

Материалы и метода исследования

В соответствии с поставленной целью материалом исследования были определены ста-

статические данные автоматизированной системы регистрации и обработки вызовов СМП [5, 6]. В ходе проведения анализа применялись статистический и математический методы анализа.

Результаты и обсуждения

Пандемия COVID-19, послужившая причиной тяжелого, сравнимого с последствиями серьезных военных конфликтов, кризиса в мировой экономике и демографической сфере, нарушила естественный ход демографических процессов в большинстве стран мира и в РФ. Часть прироста смертности была вызвана непосредственно коронавирусом [3], поэтому при проведении настоящего исследования анализ статистических данных проведен за период 2015-2019 год.

Таблица

Количество лиц, которым оказана скорая медицинская помощь при выездах за период 2015-2019 годов

Показатель	2015 год		2016 год		2017 год		2018 год		2019 год	
	факт	%	факт	%	факт	%	факт	%	факт	%
Количество лиц, которым оказана СМП при выездах, из них:	133788	100	117681	100	115529	100	123006	100	122088	100
количество лиц с летальным исходом, из них:	729	0,6	824	0,7	843	0,7	706	0,6	675	0,5
до прибытия бригады СМП	571	78,3	592	71,8	643	76,3	522	73,9	504	74,7
в присутствии бригады СМП	158	21,7	232	28,2	200	23,7	184	26,1	171	25,3
Случаев с успешными реанимационными мероприятиями	27	17,1	59	25,4	37	18,5	38	20,7	21	12,3

Как видно из таблицы, за период с 2015 по 2019 года количество лиц, которым оказана скорая медицинская помощь при выездах уменьшилось на 8,7% (с 133788 до 122088 выездов). В анализируемом периоде, фактическое количество лиц с летальным исходом уменьшилось на 7,4% (с 729 до 675 человек). Также наблюдается уменьшение на 16,7% доли лиц с летальным исходом от общего количества лиц, которым оказана СМП при выездах (с 0,6% до 0,5%). Количество лиц с летальным исходом до прибытия бригады СМП уменьшилось на 11,7% (с 571 (78,3%) до 504 (74,7%) человек).

Однако обращает на себя внимание тот факт, что на 8,2% (с 158 (21,7%) до 171 (25,3%) человек) увеличилось количество лиц с летальным исходом в присутствии бригады СМП. При этом отмечается уменьшение на 22,2% случаев с успешными реанимационными мероприятиями (с 27 (17,1%) до 21 (12,3%) случаев).

Констатация смерти является поводом для вызова СМП в неотложной форме. В часы работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, вызова с указанными поводами передаются в отделения (кабинеты) для оказания неотлож-

ной медицинской помощи, в связи с чем и отмечается в анализируемом периоде уменьшение фактического количества лиц с летальным исходом на догоспитальном этапе.

Причины увеличения количества лиц с летальным исходом в присутствии бригады СМП и уменьшения случаев с успешными реанимационными мероприятиями на догоспитальном этапе требует дальнейшего углубленного анализа.

Литература

1. Багненко, С.Ф. Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутя, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннулина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 136.
2. Багненко, С.Ф. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под. ред. С.Ф. Багненко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 26.
3. Кашепов, А.В. Ковидный мультипликатор смертности или новый методический подход к анализу

- избыточной смертности населения в 2020-2021 гг. // Социально-трудовые исследования – № 3 (44). – 2021. – С. 55.
4. Осостоянии демографической ситуации в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре в 2019 году // Информационный демографический бюллетень – Ханты-Мансийск, 2020. – С. 10-11.
 5. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2014 г. №18-2/10/2-1603.
 6. Приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 6 ноября 2015 г. №1251 «О вводе в эксплуатацию».
 7. Сахибгареева, А.М. Проблема смертности в России // Стратегические направления трансформации воспроизводства и уровня жизни населения в современном экономическом обществе – 2013 / URL: <https://scienceforum.ru/2013/article/2013003087> (дата обращения: 15.09.2021).
 8. Статистика смертности по данным Росстат // Статистика и показатели (Федеральные и региональные) – 2021 / URL: <https://rosinfostat.ru/smertnost/>.

© Ершов В.И., Салманов Ю.М., Хафизов И.З., 2021

УДК 614.258.1

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИЛИАЛА «ОТДЕЛЕНИЕ В Г. МЕГИОНЕ» ВОСТОЧНОГО ЗОНАЛЬНОГО ОТДЕЛА КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» ЗА ПЕРИОД 2018, 2019, 2020 ГОДОВ

Кузьмичев Д.Е.,

заведующий Восточным зональным отделом,
врач – судебно-медицинский эксперт
секретарь Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Вильцев И.М.,

заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе»,
врач – судебно-медицинский эксперт,
член Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Скребов Р.В.,

начальник, врач – судебно-медицинский эксперт,
председатель Научно-организационного совета
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Мисников П.В.,

заместитель начальника по экспертной работе
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

В статье описаны статистические сведения работы филиала «Отделение в городе Мегиона» Восточного зонального отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2018-2020 гг.

Ключевые слова: анализ, филиал «Отделение в г. Мегиона», Восточный зональный отдел, КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Филиал «Отделение в городе Мегионе» расположен в городе Мегионе Ханты-Мансийского автономного округа - Югры. Зоной обслуживания филиала является город Мегион, д. Вата, село Покур, прилегающие территории Нижневартовского района, нефтедобывающих месторождений, а также часть автодороги Сургут – Нижневартовск.

Филиал «Отделение в городе Мегионе» осуществляет свою деятельность на арендованных помещениях БУ «Мегионская городская больница». Аренда безвозмездная. С декабря 2013 года администрацией города Мегиона выделено для судебно-медицинской службы дополнительное помещение, что значительно улучшило работу филиала. С июня 2019 года задействованы дополнительные площади БУ «Мегионская городская больница», оборудова-

ны под хранение инвентаря и отходов класса «Б». Занимаемые площади в удовлетворительном состоянии, оснащены необходимым оборудованием и мебелью, однако частично требуют косметического ремонта. Общая площадь занимаемых помещений 154,3 м2. Сохраняется крайняя необходимость строительства отдельного здания для работы судебно-медицинского отделения в ближайшие годы.

В филиале «Отделение в городе Мегионе» работают 2 врача – судебно-медицинских эксперта, 4 фельдшера-лаборанта, 2 медицинских регистратора, 1 делопроизводитель, 2 санитаря и прочий персонал. В таблице 1 и 2 отображены данные штатного расписания, кадрового состава и укомплектованность медицинских кадров отделения за три года.

Таблица 1

Штаты и кадровый состав отделения за 2018-2020 годы

	Число штатных должностей			Число занятых должностей			Число физических лиц		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Всего	18	16,50	19,75	14	13,50	13,50	14	13,50	13,50
из них: врачи - судмедэксперты (в том числе заведующий отделением)	6	5,25	8,25	2	2	2	2	2	2
средний медицинский персонал (без учета медрегистраторов)	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Таблица 2

Укомплектованность медицинских кадров

	Укомплектованность штатными должностями (%)			Укомплектованность физическими лицами (%)		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Всего	77,8	122,2	-31,6	77,8	81,8	68,4
из них: врачи - судмедэксперты (в том числе заведующие подразделением)	33,3	262,5	-76,5	33,3	38,1	23,5
средний медицинский персонал (без учета медрегистраторов)	100	100	0	100	100	100

Из приведенных данных видно, что укомплектованность кадрами физическими лицами в филиале «Отделение в городе Мегионе»

в 2020 году составляет 68,4%, что соответствует среднему показателю по Бюро и говорит о стабильности кадров отделения. Выделение 0,25

ставки врача-рентгенолога (внешний совместитель) в 2019 году позволяет осуществлять экспертные исследования на более качественном уровне. Другие должности в отделении заняты основными работниками. Коэффициент совместительства составил в 2018 году – 1,29, в 2019 году – 1,23 и в 2020 году – 1,23. Данный показатель считается нормальным.

Сертификация и аттестация сотрудников отделения

Все сотрудники из числа врачей и среднего медицинского персонала имеют сертификаты. Данные по аттестации медицинских кадров отображены в таблице 3.

Таблица 3

Аттестация медицинских кадров

Показатель	Врачебный персонал			Средний персонал		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Всего	2	2	2	4	4	4
Имеют категорию	1	1	1	4	4	4
в % от общего числа	50	50	50	100	100	100
высшая категория	1	1	1	1	3	3
в % от общего числа, имеющих категорию	100	100	100	25	75	75
I категория	0	0	0	0	1	1
в % от общего числа, имеющих категорию	0	0	0	0	25	25
II категория	0	0	0	1	0	0
в % от общего числа, имеющих категорию	0	0	0	25	0	0

Экспертная деятельность

Основной целью деятельности филиала является обеспечение потребностей судов и правоохранительных органов, органов государственной власти и муниципального образования, а также лечебно-профилактических учреждений и граждан в услугах судебно-медицинской экспертизы и в разрешении иных вопросов медицинского и биологического характера. Основными видами деятельности являются проведение судебно-медицинских

экспертиз и исследований трупов, проведение судебно-медицинских экспертиз, исследований и освидетельствований потерпевших, обвиняемых и иных лиц.

Судебно-медицинская экспертиза (исследование) трупов

Общее количество экспертных исследований трупов, производимых в филиале за три года представлено в таблице 4.

Таблица 4

Количество экспертных исследований трупов

	2018 г.			2019 г.			2020 г.			темп прироста/убыли %
	Экспертизы	Исследования	Всего	Экспертизы	Исследования	Всего	Экспертизы	Исследования	Всего	
Оконченные случаи	28	179	207	15	163	178	36	224	260	25,6
% от общего количества окончанных экспертиз/исследований	13,5	86,5	100	8,4	91,6	100	13,8	86,2	100	X

	2018 г.			2019 г.			2020 г.			темп прироста/убыли %
	Экспертизы	Исследования	Всего	Экспертизы	Исследования	Всего	Экспертизы	Исследования	Всего	
Не окончено на конец отчетного периода	0	1	1	2	8	10	1	7	8	700

Общее количество экспертных исследований трупов в 2018 году – 208, в 2019 году – 188, в 2020 году – 268. В динамике отмечается увеличение числа исследований трупов на 28,8%.

Структура насильственной смерти

Структура насильственной смерти за последние три года представлена в таблице 5.

Таблица 5

Структура насильственной смерти

Виды насильственной смерти	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Механическая травма	18	34,6	13	35,1	17	35,4	-5,6
Механическая асфиксия	16	30,8	13	35,1	17	35,4	6,25
Крайние температуры	5	9,6	2	5,4	3	6,25	-40
Отравления	13	25	9	24,3	11	22,9	-15,4
Итого	52	100	37	100	48	100	-7,7

Структура механической травмы в категории насильственной смерти за последние три года представлена в таблице 6.

Таблица 6

Механическая травма

	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
транспортная травма	4	22,2	4	33,3	7	41,2	75
падения	1	5,6	2	16,7	1	5,9	0
огнестрельная травма	2	11,1	1	8,3	0	0	-100
взрывная	0	0	0	0	0	0	Без динамики
тупыми предметами	6	33,3	3	25	5	29,4	-16,7
острыми орудиями	5	27,8	2	16,7	4	23,5	-20
электротравма	0	0	1	8,3	0	0	Без динамики
ИТОГО	18		12		17		-5,5

Структура отравлений в категории насильственной смерти за последние три года представлена в таблице 7.

Таблица 7.

Отравления

Виды отравлений	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
этанол	6	46,2	4	44,4	6	54,5	0
органические растворители и технические жидкости	0	0	0	0	2	18,2	Увеличение на 2
лекарственные вещества	1	7,7	0	0	0	0	-100

Виды отравлений	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
наркотические вещества	0	0	0	0	1	9,1	Увеличение на 1
угарный газ	2	15,4	1	11,1	1	9,1	-50
психотропные вещества	2	15,4	3	33,3	0	0	-100
кислоты и щелочи	1	7,7	1	11,1	0	0	-100
неустановленные яды	1	7,7	0	0	1	9,1	0
ИТОГО	13		9		11		-15,4

Структура механической асфиксии в категории насильственной смерти за последние три года представлена в таблице 8.

Таблица 8

Механическая асфиксия

	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
повешение	2	12,5	1	7,7	4	23,5	100
утопление	2	12,5	1	7,7	2	11,8	0
удавление петлей	9	56,25	5	38,5	8	47,1	-11,1
прочие	3	18,75	6	46,2	3	17,61	0
ИТОГО	16		13		17		6,3

В строку прочие асфиксии вошли случаи закрытия просвета дыхательных путей инородными предметами (кусоч мяса, другое).

Структура воздействия крайних температур в категории насильственной смерти за три года представлена в таблице 9.

Таблица 9

Воздействие крайних температур

Крайние температуры	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
низкая	4	80	2	100	3	100	-25
высокая (ожоги)	1	20	0	0	0	0	-100
ИТОГО	5		2		3		-40

Структура ненасильственной смерти

Структура ненасильственной смерти по виду болезни за последние три года представлена в таблице 10.

Таблица 10

Структура ненасильственной смерти по виду болезни

Виды болезней	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темп прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
систем кровообращения	83	56,1	65	48,5	125	62,2	50,6
органов дыхания	3	2	1	0,7	3	1,5	0
органов пищеварения	3	2	4	3	8	4	166,7
нервной системы	2	1,4	9	6,7	3	1,5	50
новообразования	28	18,9	25	18,7	40	19,9	42,9
инфекционные:	8	5,4	10	7,5	11	5,5	37,5
в т.ч. туберкулез	1		2		1		0
ВИЧ	7		8		6		-14,3

Виды болезней	2018 г.		2019 г.		2020 г.		темпы прироста (убыли) %
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
прочие инфекции (новая короновирусная инфекция - COVID-19)	0		0		4		Увеличение на 4
прочие болезни	21	14,2	20	14,9	11	5,5	-47,6
из них:							
ревматоидный артрит					1		Увеличение на 1
сахарный диабет	8		13		9		12,5
системная красная волчанка					1		Увеличение на 1
болезнь паркинсона			1				Без динамики
синдром Марфана	1						-100
ИТОГО	148		134		201		35,8

Общее число исследований случаев ненасильственной смерти в 2018 году – 127, в 2019 году – 114, в 2020 году – 190. В динамике отмечается увеличение числа исследований трупов на 49,6%.

За последние три года случаев смерти при беременности, родах и в послеродовом периоде, а так же случаев мертворождения не было. Однако, в 2020 году исследован один случай смерти ребенка в возрасте до 1 года, что соответствует среднему показателю за последние три года. Из общего числа вскрытий за три года в биологических объектах от трупов был обнаружен алкоголь: в 2018 году – 44, в 2019 году – 33 и в 2020 году – 52.

Из общего числа вскрытий за последние три года причину смерти установить не представилось возможным из-за гнилостных изменений или скелетирования: в 2018 году – 6, в 2019 году – 5, в 2020 году – 9.

Судебно-медицинская экспертиза (исследование) живых лиц

При производстве судебно-медицинских экспертиз и освидетельствований потерпевших, обвиняемых и иных лиц основной задачей является определение степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Установить степень тяжести вреда здоровью не всегда представляется возможным по ряду объективных причин (не ясен исход вреда, отсутствие медицинских документов или достаточных данных в медицинских документах, по другим причинам).

В динамике за три года отмечается снижение числа случаев необходимой оценки причиненного вреда здоровью.

Структура экспертиз (освидетельствований) по степени тяжести вреда здоровью потерпевших, обвиняемых и других лиц отображена в следующей таблице (Таблица 11).

Таблица 11

Структура экспертиз (освидетельствований) по степени тяжести вреда здоровью

Степень тяжести вреда здоровью	2018г.		2019г.		2020г.		темпы прироста/ убыли,%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
тяжкий вред здоровью	49	3,5	33	3,7	30	3,5	-38,8
средней тяжести	63	4,5	32	3,6	49	5,7	-22,2
легкий вред здоровью	141	10,1	107	12	121	14,2	-14,2
без оценки вреда здоровью	1066	76,4	674	75,4	603	70,6	-43,4
повреждения не обнаружены	77	5,5	48	5,4	51	6	-33,8
ИТОГО	1396		894		854		-38,8

Отдельно приведены данные о механизме причинения повреждений (Таблица 12).

Данные о механизме причинения повреждений

Механизм причинения	2018г.		2019г.		2020г.		темп прироста/ убыли,%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
тупые предметы	845	60,5	533	59,6	488	57,1	-42,2
острые предметы	41	2,9	38	4,3	38	4,4	-7,3
огнестрельные травмы	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Без динамики
автомобильные травмы	62	4,4	54	6,0	51	6,0	-17,7

Сроки производства экспертиз и исследований

При производстве экспертных исследований немаловажное значение уделяется срокам

производства. Снижение данных сроков также является задачей нашего учреждения. Сроки экспертных исследований в динамике за три года, производимых в филиале, отображены в таблице 13.

Таблица 13

Сроки экспертных исследований

Судебно-медицинская экспертиза/ исследование живых лиц	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Динамика,%
До 14 дней	1401	889	857	-38,8
15-30 дней	0	9	5	Увеличение на 5
Свыше месяца	0	0	0	Без динамики
Судебно-медицинская экспертиза/ исследование трупов	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Динамика,%
До 14 дней	160	106	111	-30,6
15-30 дней	47	72	148	214,9
Свыше месяца	0	0	1	Увеличение на 1

Отмечается незначительное увеличение сроков производства экспертных исследований: по трупам – на 215%, по живым лицам – на 5 случаев. Что связано с увеличением числа заявленных ходатайств и сроками их удовлетворения. В 2020 году имелся один случай превышения срока производства экспертизы трупа, что связано с объективными причинами (временная приостановка работы из-за карантинных причин судебно-химического отделения,

где проводятся необходимые дополнительные исследования).

Взаимодействие с правоохранительными органами, судами

Характеристика взаимодействия судебно-медицинских экспертов с правоохранительными органами и судами представлена в таблице 14.

Таблица 14

Взаимодействие с правоохранительными органами и судами

Вид деятельности	12 месяцев			Темп прироста/ убыли в %
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	
Общее число консультаций работникам правоохранительных органов	981	516	485	-50,6
по живым лицам	840	368	310	-63,1
по трупам	141	148	175	24,1
Общее число участий в следственных экспериментах	1	3	1	0
по живым лицам	0	2	1	Увеличение на 1
по трупам	1	1	0	-100

Вид деятельности	12 месяцев			Темп прироста/ убыли в %
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	
Общее число участий в судебных заседаниях	5	6	4	-20
по живым лицам	5	6	0	-100
по трупам	0	0	4	Увеличение на 4

Анализ по количеству выездов врачей-судебно-медицинских экспертов на место происшествия, участия в следственных экспериментах,

в судебных заседаниях, участия в комиссиях по разбору летальных исходов (КИЛИ), в тематических конференциях отображен в таблице 15.

Таблица 15

Анализ иной деятельности экспертов

Показатели	12 месяцев			Темп прироста/ убыли в %
	2018 год	2019 год	2020 год	
Выезды на место происшествия	34	80	49	44,1
Участие в КИЛИ	-	3	1	Увеличение на 1
- случаи с расхождением диагнозов	-	-	-	
Конференции	21	13	5	-76,2

Выводы

Вышеизложенное позволяет говорить о стабильной непрерывной работе филиала «Отделение в городе Мегионе» КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за указанный период времени.

Из достигнутого в 2020 году важно отметить:

- филиал «Отделение в городе Мегионе» полностью соответствует заявленным требованиям по Стандарту оснащения государственных судебно-экспертных учреждений Приказа от 12.05.2010 № 346н;

- квалификация и опыт позволяет сотрудникам филиала выполнять первично сложные экспертные исследования в полном объеме и в разумные сроки.

Основные трудности в работе отделения связаны с отсутствием собственного здания и сохраняющегося недостатка рабочих площадей.

В перспективе на 2021 год:

- обучение на курсах повышения квалификации;

- дальнейшая активная работа по реализации проекта строительства нового патоморфологического корпуса, при взаимодействии с Думой города, депутатами Думы ХМАО - Югры;

- проведение научно-практических судебно-медицинских клиничко-; поликлиничко - анатомических конференций.

Литература

1. Актуальные вопросы судебной медицины: материалы межрегиональной научно-практической конференции «Социально значимые отравления в работе судебно-медицинских экспертов (сборник научных статей) /под ред. Чиркова С.В., Скребова Р.В., Шакирова И.И., Кузьмичева Д.Е., Вильцева И.М., Кислицина В.М., Агзамовой Е.В., Паньковой И.Е., Коневова О.П., Селезневой С.В., Поповой О.С. – Ханты-Мансийск, 2018. – 171 с.
2. Актуальные вопросы судебной медицины: сборник научно-практических статей. – Вып. 2. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 212 с.
3. Актуальные вопросы судебной медицины: сборник научно-практических статей. – Вып. 3. / под ред. Скребова Р.В., Кузьмичева Д.Е. и др. – Ханты-Мансийск, 2019. – 388 с.
4. 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., Вильцев И.М., Скребов Р.В., Мисников П.В., 2021

БЛИЖАЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ БОРЬБЫ ЗА РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ХМАО-ЮГРЫ

Билан Е.В.,

заместитель главного врача по онкологии БУ «Окружная клиническая больница»

Асеев Н.И.,

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

Бондученко Н.А.,

врач-радиолог окружного онкологического центра БУ «Окружная клиническая больница»

Авторы выражают глубокую признательность сотрудникам БУ «Медицинский информационно-аналитический центр» за бескорыстную помощь в деле подсчетов т.н. стандартизованных показателей заболеваемости ЗНО

В предыдущей работе [Бондученко Н.А. Ретроспективный обзор. Развитие онкологической помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре как один из этапов специализированной медицинской помощи населению округа // *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*. 2021. № 2. С.35] указывалось на рост показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре как в «грубом», т.е. на 100 тыс. населения, так и в стандартизованном, т.е. с учетом населения одинакового возраста. С 2004 по 2019 гг. – за 15 лет – «грубый показатель» вырос на 163,47%, а стандартизованный только на 125,05%.

Ключевые слова: онкологическая помощь, злокачественные новообразования (ЗНО)

Многолетняя практика показывает превышение стандартизованного показателя над аналогичным по Российской Федерации в среднем на 8-10%.

По мнению авторов, «подтягивание» грубого показателя вслед за стандартизованным происходит в результате естественного старения населения округа. Неравномерный рост стандартизованного показателя различных локализаций ЗНО может служить маркером ускоренного роста ЗНО определенных локализаций под влиянием климатогеографических особенностей округа. В качестве лидеров выбраны те локализации ЗНО, которые за период с 2015 по 2020 гг. показали наиболее устойчивый рост вне зависимости от генетической расположенности человека, места его предыдущего проживания, национальных традиций и особенностей психофизиологической конституции. Нет сомнения, что в ближайшие годы именно лидеры стандартизованной заболеваемости ЗНО станут основными пациентами онкологов поселений ХМАО-Югры в виде конкретных физических лиц.

Средний показатель за 6 лет позволяет в значительной мере нивелировать и несвоевременную регистрацию и относительно малое количество наблюдений в небольших по количеству жителей административных территорий округа.

Динамика стандартизованного показателя «Злокачественные новообразования» в условиях ХМАО-Югры за 2004-2020 гг.

По РФ в 2019 г. «грубый» показатель составил 436,3. Стандартизованный – 249,54. В ХМАО-Югре в 2019 г. «грубый» показатель составил 300,3. Стандартизованный 286,5.

Превышение стандартизованного показателя в ХМАО-Югре над в среднем по стране в очередной раз указывает на особенности автономного округа, позволяющие относить условия жизни к «Дискомфортным» (Вильгельм В.Д., БУ ВО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»).

Таблица 1

Показатели стандартизованные ХМАО-Югра

	2004 г.	2020 г.
S00-96 Все ЗНО	229,1 = (100%)	412,7 (180,1%)
C 00 губа	3,71 (100%)	0,1 (0,02%)
C 01-02 язык	0,6 (100%)	0,8 (133,8%)

2004 г.	2020 г.
С 07-08 большие слюнные железы 0,48 (100%)	0,7 (145,87%)
С 03-06,09,46.2 полость рта 2,0 (100%)	1,7 (85%)
С 10 ротоглотка 0,28 (100%)	0,6 (214,2%)
С 11 носоглотка 0,46 (100%)	0,1 (6,8%)
С 12-13 гортаноглотка 0,20 (100%)	0,3 (150%)
С15 пищевод 4,4 (100%)	5,2 (118,8%)
С 16 желудок 19,44 (100%)	16,5 (84,8%)
С 18 ободочная кишка 14,44 (100%)	17,9 (123,6%)
С 19-21 прямая кишка 10,87 (100%)	10,8 (99,35%)
С 22 печень 6,82 (100%)	5,9 (86,5%)
С 23-24 желчный пузырь и ж.в. сосуды 1,39 (100%)	2,1 (151,0%)
С 25 поджелудочная железа 8,69 (100%)	6,6 (75,9)
С 30-31 полость носа 0,74 (100%)	1,2 (162,1%)
С 32 гортань 4,53 (100%)	3,4 (53%)
С 33-34 легкие 30,41 (100%)	27,5 (90,4%)
С 40-41 кости и суст. хрящи 1,47 (100%)	0,6 (40,8%)
С 46-49 ЗНО мягких тканей 1,63 (100%)	1,2 (73,6%)
С 44-46 другие ЗНО кожи 17,84 (100%)	21,5 (120,5%)
С 43 Меланома кожи 4,77 (100%)	1,8 (37,7%)
С 50 Рак молочной железы 42,95 (100%)	48,4 (112,88%)
С 53 Рак шейки матки 15,79 (100%)	12,2 (77,26%)
С 54 Рак тела матки 11,35 (100%)	14,2 (125,15%)
С 56 Рак яичников 10,27 (100%)	9,6 (93,47%)
С 61 Рак предстательной железы 12,74 (100%)	47,7 (369,7%)
С 64 Рак почки 10,33 (100%)	13,5 (136,68%)
С 67 Рак мочевого пузыря 5,35 (100%)	5,6 (104,67%)
С 71-72 ЗНО головного мозга 4,25 (100%)	2,8 (65,9%)
С 73 ЗНО щитовидной железы 5,67 (100%)	5,0 (88,18%)
ЗНО лимфатической и кроветворной ткани 9,54 (100%)	1,6 (16,7%)

Таблица 2

**«Усредненный показатель» стандартизованной заболеваемости ЗНО населения
ХМАО-Югры за период 2015-2020 гг.**

2004	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Среднее
С00-06 229,1 100%	297,8 112,98%	322,8 140,9%	264,24 115,33%	273,8 119,51%	286,5 125,05%	237,1 125,05%	119,5%
С00 1,82 100%	0,82 45,05%	0,89 48,9%	0,37 20,3%	0,5 27,47%	0,3 16,48%	0,1 5,49%	25,6%
С01-02 0,6 100%	1,25 208,3%	1,99 331,6%	0,81 135%	1,1 183,3%	0,9 150%	0,8 133,8%	190,3%
С07-08 0,48 100%	0,85 177,08%	0,23 47,9%	0,29 60,4%	0,9 187,5%	0,7 145,8%	0,7 145,8%	127,4%
С03-06.09 46,2 100%	2,5 125%	2,95 147,5%	1,37 68,5%	2,4 120%	2,1 105%	1,7 85%	108,5%
С10 0,28 100%	0,63 225%	0,77 275%	0,67 239,2%	0,8 285,7%	1,1 392,8%	0,6 214,2%	272%
С11 0,46 100%	0,17 36,95%	0,16 34,78%	0,15 32,6%	0 0%	0,5 49,5%	0,1 6,8%	26,77%
С12-13 0,20 100%	0,2 100%	0,14 70%	0,7 350%	0,5 250%	0,4 200%	0,3 150%	186,6%

2004	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Среднее
C15 4,4 100%	3,78 85,9%	3,87 87,95%	3,43 77,95%	3,4 77,27%	4,3 77,27%	5,2 188,9%	102,6%
C16 19,44 100%	21,69 111,57%	20,62 106,06%	17,08 87,86%	16,1 82,35%	16,5 84,87%	16,5 84,87%	92,9%
C18 114,44 100%	22,58 156,37%	28,67 198,54%	23,02 159,41%	22,1 153,04%	23,9 1165,91%	17,9 123,6%	159,4%
C19-21 100%	19,85 182,6%	22,15 203,77%	16,78 154,36%	13,2 121,43%	13,2 121,43%	10,8 99,35%	147,1%
C22 6,82 100%	7,45 109,23%	7,68 112,60%	6,21 91,05%	13,8 202,34%	8,3 121,70%	5,9 86,5%	120,5%
C23-24 1,39 100%	2,51 180,57%	3,18 228,77%	2,19 157,55%	1,3 93,52%	5,1 366,90%	2,1 151,0%	196,3%
C25 8,69 100%	9,67 111,27%	9,37 107,82%	5,43 62,48%	7,6 87,45%	4,5 51,78%	6,6 75,9%	82,8%
C30-31 0,74 100%	0,45 60,81%	0,43 58,10%	0,20 27,02%	0,3 40,54%	0,4 54,05%	1,2 162,1%	67,1%
C32 4,53 100%	3,30 72,84%	2,39 52,75%	2,34 51,65%	2,9 64,01%	2,2 48,56%	3,4 53%	57,1%
C33-34 30,41 100%	38,09 125,35%	37,64 243,34%	27,72 91,15%	34,1 112,13%	30,5 100,29%	27,5 90,4%	127,1%
C46-49 1,63 100%	1,29 79,14%	0,89 54,60%	1,29 79,14%	1,1 67,48%	1,7 104,29%	1,2 73,6%	76,3%
C44-46 17,84 100%	25,37 142,20%	28,15 157,79%	21,9 122,75%	26,7 149,66%	28,8 161,43%	21,5 129,5%	142,4%
C43 4,77 100%	4,33 90,77%	2,87 60,16%	3,80 79,66%	3,; 75,46%	4,3 90,14%	1,8 37,7%	72,3%
C50 42,95 100%	30,12 70,12%	36,01 83,84%	31,57 73,50%	33,3 77,53%	33,3 77,53%	48,4 112,88%	101,14%
C53 15,78 100%	17,47 110,63%	18,49 117,09%	11,0 69,66%	14,7 93,09%	15,5 98,16%	12,2 77,26%	94,3%
C 54 11,35 100%	16,58 146,07%	21,32 187,84%	9,93 87,48%	14,4 126,87%	17,7 126,87%	17,7 126,87%	138,2%
C 56 10,27 100%	9,48 92,30%	9,37 97,74%	8,23 84,52%	11,7 113,92%	14,4 140,21%	9,6 93,47%	103,2%
C 61 12,74 100%	52,38 411,14%	64,58 595,90%	59,25 465,07%	41,4 324,96%	60,9 478,02%	47,7 269,7%	452,8%
C 64 10,33 100%	13,27 128,46%	15,43 149,37%	15,81 153,04%	12,6 121,97%	13,4 128,71%	13,5 129,71%	147,7%
C 67 5,35 100%	8,11 151,58%	8,53 159,435%	7,51 140,37%	7,1 132,71%	7,2 134,57%	5,6 104,67%	137,2%
C 71-72 4,25 100%	3,47 81,64%	4,32 101,64%	2,06 48,47%	4,0 94,11%	3,0 70,58%	2,8 65,9%	77,0%
C 73 5,67 100%	6,67 117,63%	5,69 100,35%	5,06 89,24%	5,8 102,29%	6,0 105,82%	5,0 88,18%	100,6%
C81-96 9,54 100%	4,59 48,11%	3,76 39,41	2,70 28,30%	3,4 35,63%	5,8 60,79%	1,6 16,7%	38,1%

Авторы считают, что «лидирующая» группа локализаций ЗНО (в первую очередь, ЗНО предстательной железы, желчевыводящих путей, прямой и ободочной кишки, а также ЗНО

языка и ротоглотки) в ближайшие годы станут преобладающей патологией среди злокачественных новообразований в пределах округа.

© Билан Е.В., Асеев Н.И., Бондаченко Н.А., 2021

НЕ ДОВЕДИ ДО ИНФАРКТА

Абраменко Л.А.,

старший врач станции (отделения) скорой медицинской помощи
БУ «Няганская городская станция скорой медицинской помощи»

Ешану О.Ю.,

старший врач станции (отделения) скорой медицинской помощи
БУ «Няганская городская станция скорой медицинской помощи»

Сердце – уникальный орган, осуществляющий насосную функцию. Сердце человека работает постоянно на протяжении всей его жизни и ему необходимо постоянное снабжение кислородом и питательными веществами. При несоответствии между энергетическими потребностями миокарда и его снабжением возникает заболевание – ишемическая болезнь сердца (ИБС). ИБС определяется как острое или хроническое поражение сердца в результате патологических изменений (сужение просвета) в системе коронарных артерий, которое чаще всего бывает при атеросклерозе. Наиболее грозным осложнением ИБС является острый инфаркт миокарда, который может приводить к инвалидизации и летальному исходу.



Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда

Говоря о факторах, способствующих развитию инфаркта миокарда, мы подразумеваем прежде всего так называемые факторы риска развития ишемической болезни сердца.

Основные факторы риска развития ИБС и инфаркта миокарда делят на две группы:

1. факторы, изменить которые невозможно;
2. факторы, которые поддаются коррекции.

К факторам риска ИБС, которые изменить невозможно, относятся: пол; возраст; наследственность. Так, известно, что мужчины страдают ИБС чаще, а болезнь у них возникает в более молодом возрасте. Риск развития ИБС как для мужчин, так и для женщин увеличивается с возрастом. Повышенный риск заболеть ИБС имеют лица с неблагоприятной наследственностью (ИБС, инфаркт, мозговой инсульт, хотя бы у одного из прямых родственников: родителей, бабушки, дедушки, особенно если болезнь у них началась до 55 лет).

Из факторов риска, которые можно изменить, наибольшее значение имеют артериальная гипертензия (более 140/90 мм рт.ст. в любом возрасте); курение (один из наиболее существенных факторов риска!); несбалансиро-

ванное питание (потребление высококалорийной пищи, богатой насыщенными жирами и холестерином); повышенное содержание холестерина в крови (более 5 ммоль/л или более 200 мг/дл); избыточная масса тела и малоподвижный образ жизни; недостаточная физическая активность; психоэмоциональное перенапряжение.

ИБС может проявиться в виде различных форм, но главными из них являются стенокардия и инфаркт миокарда. Необходимо знать, что приступ стенокардии могут спровоцировать следующие обстоятельства: физические нагрузки; эмоциональный стресс; резкая смена метеорологических условий; повышение артериального давления; чрезмерное потребление пищи; прием большой дозы алкоголя; сексуальная активность.

Основным признаком стенокардии является боль, чувство тяжести, давления, жжения за грудной или в области сердца. Боль, как правило, отдает в шею, плечи, руки, чаще левую. Длительность – 3 – 5 минут. Обычно она исчезает через 2 – 3 минуты после прекращения физической нагрузки или приема нитроглицерина. Приступы стенокардии могут усиливаться при



повышении АД, при несвоевременном приеме лекарственных средств.

Прогрессирующая или нестабильная стенокардия характеризуется увеличением частоты приступов и их тяжести, сокращением обычной дистанции во время ходьбы. Боли могут возникать даже в покое, и обычная доза нитроглицерина не всегда дает эффект, приходится ее увеличивать. Опасность инфаркта миокарда и других тяжелых осложнений увеличивается.

Если боли становятся интенсивнее и продолжаются более 20 минут, волнообразно повторяются в состоянии покоя, может быть острое чувство давления в грудной клетке (чувство «сжатого кулака»), возникает резкая слабость и чувство страха, бледность кожных покровов, холодный пот, учащается пульс и резко колеблется артериальное давление. При такой ситуации, прежде всего, следует подозревать инфаркт миокарда, необходима срочная консультация врача или обращение на скорую помощь.

Иногда, особенно в пожилом возрасте и у больных сахарным диабетом, начало инфаркта может отличаться от описанной выше картины: боль за грудиной может быть небольшой или вовсе отсутствовать, либо сначала появиться в области левого плеча, гортани, нижней челю-

сти, левой лопатке. Также начало инфаркта может проявляться в виде нехватки воздуха, головокружения, тошноты, рвоты, помрачения сознания. Такие формы называются атипичными. Каждому больному желательно знать особенности своих приступов стенокардии и попытаться отличить их от других болей в груди, связанных с радикулитом, заболеваниями легких и брюшной полости, нейроциркуляторной дистонией, а не с поражением коронарных сосудов.

Первая помощь при болях в области сердца:

- Остановитесь, если идете.
- Прекратите физическую нагрузку, при возможности сядьте.
- Успокойтесь и расслабьтесь.
- Примите 1 таблетку нитроглицерина под язык, немедленно разжевать ½ таблетки аспирина (0,25 – 0,5 г) – это предотвратит развитие грозных осложнений.
- Если боль не снимается, то через 3-5 минут повторите прием нитроглицерина, можно в виде спрея (до 3-4 раз).

Важным аспектом в оказании высокотехнологичной помощи является наиболее раннее (до 3-х часов) обращение пациентов с подозрением на инфаркт миокарда за медицинской помощью. Если приступ заградных болей не



удается купировать в течение 10 – 15 минут, то необходимо срочно вызвать скорую помощь, так как раннее лечение предотвратит развитие необратимых изменений в миокарде.

Нам хотелось бы обратить ваше внимание на важность диспансерного наблюдения, систематических визитов к врачу для проведения планового обследования и назначения лечебно-профилактических мероприятий. Только в этом случае можно избежать осложнений заболевания, сохранить здоровье и трудоспособность.

Профилактика – это, пожалуй, самый важный раздел разговора об инфаркте миокарда. Во многом задача профилактики заболевания – это общегосударственная задача.

Современная медицина располагает очень эффективными лекарственными средствами, направленными на снижение уровня холестерина. К ним относятся препараты из группы статинов (симвастатин, зокор, мевакор) и фибратов (клофибрат, липантил). Но их прием не заменяет самого простого мероприятия – диеты.

Существует 7 правил диеты, соблюдение которых необходимо для устранения нарушений обмена холестерина и липидов:

- 1) уменьшить общее потребление жиров;
- 2) резко уменьшить употребление насыщенных жирных кислот (животные жиры, сливочное масло, сливки, яйца), так как они способствуют увеличению уровня холестерина и липидов крови;
- 3) увеличить употребление продуктов, обогащенных полиненасыщенными жирными

кислотами (жидкие растительные масла, рыба, птица, морские продукты), так как они снижают уровень липидов в крови;

4) увеличить употребление клетчатки и сложных углеводов (овощи, фрукты); количество клетчатки в диете – 35 мг/день;

5) заменить при приготовлении пищи сливочное масло растительным маслом;

6) резко уменьшить употребление продуктов, богатых холестерином;

7) ограничить количество поваренной соли в пище (до 3-5 г в сутки).

Важен правильный настрой пациентов в отношении немедикаментозных методов лечения. Откажитесь от курения и алкоголя, контролируйте своё артериальное давление и массу тела. Очень важно заниматься физической культурой: молодые здоровые люди могут регулярно бегать по утрам, выполнять утреннюю гимнастику, заниматься различными видами спорта. Пожилым людям, а также страдающим ишемической болезнью сердца, а тем более тем, кто перенес инфаркт миокарда – комплекс физических упражнений (ЛФК) должен назначить врач – терапевт или кардиолог.

Вы должны понимать, что это не кратковременные меры, а вынужденное изменение вашего стиля жизни. Не старайтесь сразу и одновременно перейти к такому образу жизни и питания, делайте это постепенно. Помните, что каждый шаг в сторону правильного образа жизни сегодня, это ваше здоровье завтра.

© Абраменко Л.А., Ешану О.Ю., 2021

НОВЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ

Иорданишвили А.К.,

д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

ВМеДА им. С.М.Кирова

Баринов Е.Х.,

д.м.н., профессор кафедры судебной медицины и медицинского права
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова»

В работе представлены результаты исследования внутренней картины болезни у стоматологических пациентов и челюстно-лицевых больных, страдающих различными заболеваниями и аномалиями жевательного аппарата и (или) проходящих лечение у стоматолога или челюстно-лицевого хирурга путём оценки СПСАФД.

Ключевые слова: адаптация, реагирование на болезнь, стоматологическая реабилитация, СПСАФД

Актуальность

С прогностической точки зрения челюстно-лицевому хирургу важно знать, какой мотивацией руководствуется пациент, принимая решение начать лечение или отказаться от него при реальных возможностях его осуществления (1,3). Поэтому для прогнозирования исхода стоматологической реабилитации людей важную роль может играть экспресс анализ уровня самооценки психологической адаптации пациентов к имеющейся у них патологии челюстно-лицевой области, которую даёт себе сам больной (6). Эффективность стоматологической реабилитации существенно возрастает, если врач имеет не только необходимые теоретические знания и мануальные навыки по стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, но и владеет методикой получения от пациента информации о соматических и психических проявлениях заболевания, а также о самооценке пациентом выраженности каждого из этих проявлений (7).

Методология исследования

Для оценки личностного реагирования пациентов на заболевание и (или) хирургическое вмешательство при патологии органов жевательного аппарата использовали сравнительно новую методику анализа структуры и выраженности внутренней картины болезни «Синдром психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» (СПСАФД), предложенный про-

фессором М.М. Соловьевым с соавторами (8,9). Согласно этой методике все проявления внутренней картины заболевания распределяются по 4 кластерам: «П» – психологический (психический), «С» – сенсорный, «А» – анатомический и «Ф» – функциональный. Особенностью СПСАФД является то, что оценку выраженности отдельных симптомов, ощущений, вызывающих дезадаптацию, дают сами пациенты. Для этого используется единая аналогово-балльная шкала самооценки пациентами выраженности отдельных проявлений заболевания (от 1 до 9 баллов: от не беспокоит (1 балл), до слабо (3 балла), умеренно (5 баллов), сильно (7 баллов) и чрезвычайно сильно (9 баллов) беспокоит). Распределение отдельных симптомов, вызывающих у пациентов дезадаптацию, осуществляет врач. Результаты самооценки пациентами выраженности проявления заболевания осуществляли путем учёта интегрального показателя выраженности СПСАФД (показатель S, рассчитывался в баллах), а также с учётом структуры интегрального показателя СПСАФД согласно кластерам («П», «С», «А», «Ф», рассчитывался в баллах, то есть в усл. ед.). Для интегральной оценки выраженности (напряжённости) внутренней картины болезни использовали наив клинической практике используется следующая градация интегрального показателя выраженности СПСАФД -показателя S. При значении этого показателя от 4 до 9,9 усл. ед. считаем, что пациент, несмотря на наличие

стоматологической патологии, адаптирован к условиям существования. При значениях показателя S равных 10,0 – 16,9 усл. ед. считаем, что у пациента из-за имеющейся стоматологической патологии нарушена приспособляемость к условиям существования. При значениях показателя S равных 17,0 – 36,0 усл. ед. считаем, что у пациента, из-за имеющейся стоматологической патологии, имеется состояние дезадаптации (2,10). Обычно оценку внутренней картины заболевания у пациентов осуществляли в динамике лечения, в том числе хирургического, а также в различные сроки их динамического наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждение

Путём оценки СПСАФД были изучены особенности внутренней картины болезни в процессе лечения новообразований слюнных желёз у 27 чел. в возрасте от 62 до 87 лет и установлены различия в личностном реагировании на болезнь при доброкачественных и злокачественных новообразований слюнных желёз, а также состояние дезадаптации при диагностировании, а также в процессе комбинированного лечения злокачественных заболеваний, что связано с осложнениями лучевой и химиотерапии. Устранение мукозита и синдрома «сухого рта» способствовало оптимизации приспособляемости пациентов к условиям существования, что согласуется с ранее проведенными клиническими исследованиями (4).

Также были изучены особенности психологической дезадаптации в процессе стоматологической реабилитации 106 человек (46 мужчина и 60 женщин) в возрасте от 45 до 68 лет, страдающих утратой зубов. В зависимости от соматического статуса, использованных зубных протезов для ортопедического лечения все обследованные разделены на 5 групп. В 1 группе для устранения дефектов зубных рядов использованы несъёмные зубные протезы, во 2 группе – съёмные пластиночные зубные протезы при благоприятном течении периода адаптации, в 3 группе – съёмные пластиночные зубные протезы при неблагоприятном течении адаптации, в 4 группе – зубные протезы на дентальных имплантатах, в 5 группе пациентов, страдающих синдромом «сухого рта» – съёмные пластиночные зубные протезы.

Особенности психологической дезадаптации взрослых людей при утрате зубов и в процессе устранения дефектов зубных рядов с использованием различных конструкций зубных протезов выявлялись также путём оценки СПСАФД. Было установлено, что при утрате естественных зубов и отсутствии замещающих зубных протезов взрослые люди, на основании оценки СПСАФД, испытывают затруднения, которые, согласно их самооценке, обусловлены нарушением функции жевания и эстетики лица из-за дефектов зубных рядов, а также психологическими переживаниями, связанными с негативной эстетической самооценкой своего лица в целом при потере зубов. У лиц, страдающих коморбидной патологией (синдром «сухого рта»), на первый план при самооценке ими своего здоровья при утрате зубов, одновременно с нарушением функции жевания, большую роль играют симптомы, согласно анализу СПСАФД, связанные с ощущениями пациента и их восприятием. При благоприятном течении периода адаптации к зубным протезам, в том числе при наличии у пациентов коморбидной патологии, отмечается положительная динамика в значении интегрального показателя S, определяющего выраженность СПСАФД во всех его кластерах. При затруднённом привыкании к зубным протезам, за счёт повышения выраженности симптомов, относящихся к психологическому и сенсорному кластерам, достоверной динамики в значении интегрального показателя S не выявлено, несмотря на снижение выраженности симптомов в анатомическом и функциональном кластерах. Сделан вывод, что рациональное использование в клинической стоматологии методики анализа СПСАФД даёт возможность его коррекции и является одним из направлений в повышении удовлетворённости пациентов качеством стоматологической помощи.

Нами также апробировано использование СПСАФД в ортодонтии. Были изучены особенности психологической адаптации 168 мужчин в возрасте от 18 до 28 лет, являющихся курсантами высших военных учебных учреждений (ВВУУ) и страдающих зубочелюстными аномалиями (ЗЧА) первой или второй степени. В процессе анкетирования курсанты разделены на 2 группы исследования. В 1 группе (83 чел.) курсанты не изъявили желания начать и реали-

зовать возможности по льготному ортодонтическому лечению имеющихся у них ЗЧА. Во 2 группе (85 чел.) курсанты приняли решение начать ортодонтическое лечение. Было установлено, что у молодых людей, страдающих ЗЧА и желающих пройти ортодонтическое лечение, имеет место дезадаптация, которая проявляется в негативной эстетической самооценке своего лица в целом, нарушением приспособляемости к условиям существования (военная служба), что подтверждает их устойчивое желание и настойчивое стремление начать ортодонтическое лечение. При самооценке ими своего здоровья, одновременно с нарушением функции жевания, большую роль играют симптомы, связанные с ощущениями и их восприятием.

Также было проведено изучение отношения 49 взрослых людей, пользующихся съёмными зубными протезами, к болезни, в которой реализовалась клинико-психологическая типология отношения пациента к болезни. Установлено, что до начала терапии, не зависимо от возраста у лиц, пользующихся съёмными зубными протезами чаще отмечались типы отношения к болезни, при которых отмечено дезадаптивное поведение с преимущественно интрапсихической направленностью реагирования на болезнь, что проявлялось характерными реакциями по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетённом состоянии. Проведённая стоматологическая реабилитация с повторным зубным протезированием условно съёмными или несъёмными зубными протезами на искусственных опорах (дентальные, скуловые имплантаты) позволила у большинства протезоносителей устранить неадекватные реакции на «болезнь» и выраженные явления

психической дезадаптации, а также создать у них реалистические установки на современное стоматологическое лечение, способствовать восстановлению широких социальных связей и активно участвовать в реабилитации, что согласуется с результатами других авторов (5).

На основании исследования СПСАФД были также изучены особенности психологической дезадаптации взрослых людей с последствиями огнестрельных ранений челюстно-лицевой области и их удовлетворённость результатами стоматологической реабилитации. Было показано, что применение для стоматологической реабилитации современных конструкций несъёмных и условно-съёмных зубных протезов на дентальных и скуловых имплантатах позволяет добиться полной удовлетворённости результатами стоматологического ортопедического лечения у 81,8% пациентов, что свидетельствует о необходимости широкого применения зубных протезов на искусственных опорах при стоматологической реабилитации раненых в челюстно-лицевую область.

Нами также были изучены особенности личностного реагирования на болезнь в процессе лечения патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) у 52 человек (27 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 19 до 63 лет, протекающей на фоне дисплазии соединительной ткани с учётом тяжести течения патологии ВНЧС путём оценки СПСАФД. Установлено, что по мере утяжеления патологии ВНЧС у пациентов увеличивалось значение интегрального показателя СПСАФД. Выявлены достоверные различия в личностном реагировании на болезнь при благоприятном исходе лечения патологии ВНЧС (рис. 1). Показано, что рациональное ис-

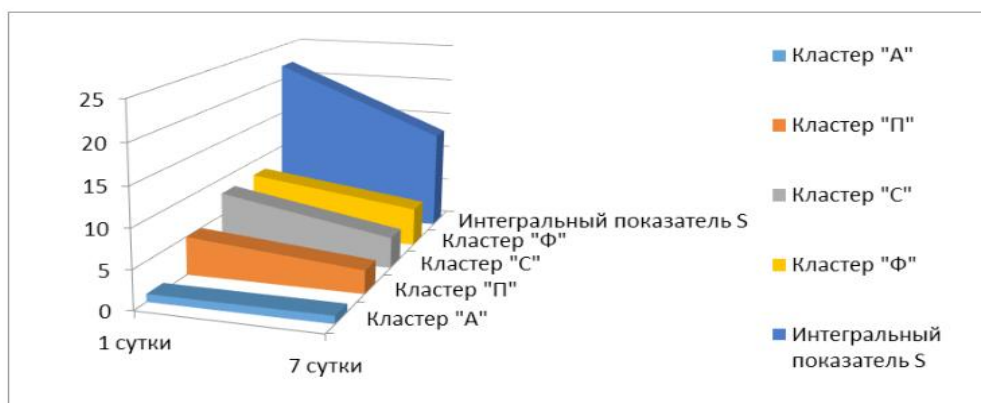


Рис. 1. Динамика интегрального показателя S и выраженность симптомов патологии ВНЧС в процессе лечения в отдельных кластерах при исследовании СПСАФД у пациента Ш., 63 лет, (баллы)

пользование в стоматологической артродонтии методики анализа СПСАФД даст возможность его коррекции и явится одним из направлений в повышении удовлетворённости пациентов качеством стоматологической помощи.

Заключение

Проведённое клиническое исследование позволило изучить внутреннюю картину болезни у стоматологических пациентов и челюстно-лицевых больных, страдающих различными заболеваниями и аномалиями жевательного аппарата и (или) проходящих лечение у стоматолога или челюстно-лицевого хирурга путём оценки СПСАФД. Использование в клинической стоматологии СПСАФД позволяет выявлять возрастные различия в личностном реагировании пациентов на разных этапах лечения и динамического наблюдения, а также определить особенности клинической картины стоматологической патологии и реагирования на болезнь, что важно для индивидуализации при выборе лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Балин, В.Н., Васильева, Л.В. В развитие научных взглядов проф. И.С. Рубинова и проф. А.К. Иорданишвили на патогенез и лечение болезней пародонта // *Terramedika*. – 2003. – № 1 (2). – С. 16–18.
2. Иорданишвили, А.К. Личностное реагирование на болезнь при парестезии слизистой оболочки полости рта // *Успехи геронтологии*. – 2017. – Т. 30, № 1. – С. 121–127.
3. Кувшинова, А.К., Иорданишвили, А.К., Володин, А.И., Гребнев, Г.А., Веретенко, Е.А. Оптимизация адаптации пациентов к съёмным зубным протезам // *Военно-медицинский журнал*. – 2018. – Т. 339, – № 10. – С. 63–65.
4. Лобейко, В.В., Цыган, В.Н., Иорданишвили, А.К. Анализ самооценки состояния пожилых и старых людей, страдающих новообразованиями слюнных желёз с использованием синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации // *Пародонтология*. – 2017. – Т. 22, – № 2 (83). – С. 66–70.
5. Музыкин, М.И., Балин, Д.В., Иорданишвили, А.К. Особенности личностного реагирования при замене съёмных зубных протезов на конструкции на искусственных опорах // *Российский вестник дентальной имплантологии*. – 2016. – № 2 (26). – С. 46 – 53.
6. Робустова, Т.Г., Иорданишвили, А.К., Лысков, Н.В. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений, возникающих после операции удаления зуба // *Пародонтология*. – 2018. – № 2 (23). – С. 58 – 61.
7. Сериков, А.А., Иорданишвили, А.К. Фаизов, А.Р. Личностное реагирование на болезнь при парадисфункции жевательных мышц // *Учёные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова*. – 2017. – Т. 24, № 2. – С. 52 – 58.
8. Соловьёв, М.М., Ярёмченко, А.И., Исаева, Е.Р. [и др.]. Использование «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» в лечебно-диагностическом, учебно-образовательном и воспитательном процессах. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2015. – 36 с.
9. Соловьёв, М.М., Орехова, Л.Ю. Симпозиум «Первые итоги апробации использования синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации в стоматологии и смежных дисциплинах» // *Пародонтология*. – 2014. – № 2 (71). – С. 40.
10. Хорошилкина, Ф.Я., Иорданишвили, А.К., Солдатова, Л.Н., Керимханов, К.А., Зуйкова, М.А. Особенности психофизиологической адаптации молодых людей, страдающих зубочелюстными аномалиями // *Ортодонтия*. – 2019. – № 1 (77). – С. 3–6.

© Иорданишвили А.К., Баринов Е.Х., 2021

**ВЛИЯНИЕ ШУМА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ НЕФТЕДОБЫВАЮЩЕЙ
ПРОМЫШЛЕННОСТИ**

Кузнецова Г.И.,

врач сурдолог-оториноларинголог поликлинического отделения
консультативно-диагностической поликлиники АУ «Центр профессиональной патологии»

В Российской Федерации около 4 миллионов работников трудятся в условиях наличия повышенных уровней шума, подвергаются риску его негативного воздействия. Потеря слуха, вызванная шумом, до сих пор является одним из самых распространенных профессиональных заболеваний в нашей стране (удельный вес в структуре профзаболеваемости России – 30%), а также одной из наиболее частых причин потери слуха.

Ключевые слова: профессиональная тугоухость, потеря слуха, профессиональные заболевания

Высокие уровни шума традиционно регистрируются в горнодобывающей промышленности, металлургии, нефтеперерабатывающей и нефтехимической промышленности, в строительстве, на транспорте и в других видах экономической деятельности.

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра один из стратегических регионов России, обеспечивающий энергетическую безопасность страны, занимает первое место по добыче сырой нефти. На предприятиях топливной промышленности занято 191 тыс. человек.

Так, на 84,1 % рабочих мест технического персонала по обслуживанию буровых установок зарегистрированы вредные или опасные условия труда по шуму. Из них 3.1 класс – 4,7%; 3.2 – 29,9 %; 3.3 – 8,4 %; 3.4 – 33,6 % с превышением допустимых эквивалентных уровней звука в среднем на $(4,0 \pm 0,0)$, $(12,7 \pm 0,4)$, $(19,6 \pm 0,5)$ и $(30,2 \pm 0,3)$ дБА соответственно. Опасные условия труда по шуму установлены на 7,5 % рабочих мест, где превышение допустимого уровня звука составляет $(45,0 \pm 0,0)$ дБА и связано с коррекцией ПДУ шума в зависимости от тяжести и напряженности труда.

За последние 5 лет было зарегистрировано 44 033 случая профессиональных заболеваний. Все рабочие находились в контакте с вредными производственными факторами от 5 и более 20 лет. Анализ стажевого состава позволяет отметить, что средний стаж возникновения профессионального заболевания у рабочих нефтедобывающей отрасли составил 22,3 года. Средний возраст на момент установления про-

фессионального заболевания у нефтяников составил 45,4 года.

Показатели заболеваемости профессиональной тугоухостью занимают лидирующее место в структуре профессиональных заболеваний всего работающего населения России: 2012 г. – 28,42%; 2013 г. – 26,60%; 2014 г. – 26,70%; 2015 г. – 27,52%, что определяет актуальность этой проблемы в течение последних двух десятилетий.

Нефтедобывающая промышленность включает в себя ряд последовательно осуществляемых технологических этапов:

- разведку,
- бурение,
- эксплуатацию нефтяных месторождений,
- первичную подготовку нефти на промыслах.

На этапах разработки нефтяных месторождений, эксплуатации нефтяных скважин, сбора продукции скважин и предварительной подготовки нефти на работающих воздействует комплекс факторов производственной среды и трудового процесса:

- шум,
- вибрация,
- тяжесть и напряженность трудового процесса,
- комплекс вредных химических веществ.

Наиболее высокий профессиональный риск для здоровья выявлен у бурильщиков, помощников бурильщика, операторов капитального, подземного ремонта скважин и машинистов.

Шум – это совокупность звуков различной интенсивности и частоты, беспорядочно сочетающихся и изменяющихся во времени.

Звук – механическое колебание упругой среды (воздушной) с частотой от 16 до 20000Гц.

В зависимости от спектра все шумы делят на три класса:

Низкочастотный – до 350Гц;

Среднечастотный – от 350 до 800Гц;

Высокочастотный – свыше 800Гц.

Высокочастотный шум носит более повреждающий характер, чем низкочастотный, и тугоухость прогрессирует быстрее, если шум носит импульсный, неравномерный и неритмичный характер. Потенцируют негативное действие шума вибрация и высокая степень психоэмоционального напряжения.

Уровень шума измеряется в единицах, выражающих степень звукового давления – децибелах.

В Российской Федерации предельно допустимый эквивалентный уровень шума (ПДУ) производственных помещений нормируется в соответствии с требованиями СанПиН 2.2.4.3359-16 «Санитарно-эпидемиологические требования к физическим факторам на рабочих местах» (зарег.В Минюсте России 08.08.2016 г. №43153) и составляет 80дБА. По данным Международной организации труда безопасный предел экспозиции шума, когда риск потерь слуха от действия шума пренебрежимо мал, должен быть как минимум 75 дБА.

При интенсивности производственного шума в 85 дБА профессиональная тугоухость выявляется у 5% работников, при 90 – у 10%, при 100 – у 12%, при 110 – у 34%.

Определение

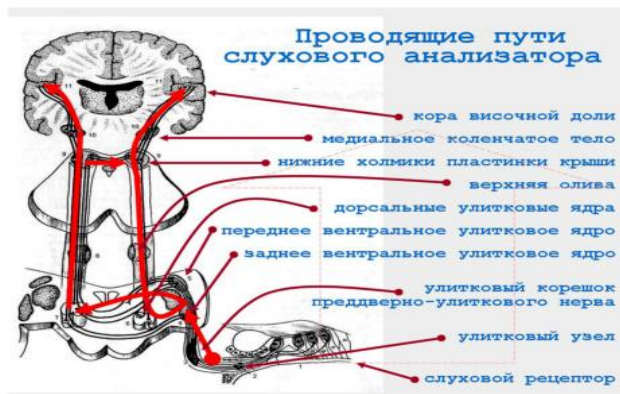
Потеря слуха, вызванная шумом или профессиональная потеря слуха – медленно развивающееся нарушение слуха, причиной которого является воздействие производственного шума, уровень которого превышает предельно допустимый, представляющее собой поражение звуковоспринимающего отдела слухового анализатора (нейроэпителиальных структур внутреннего уха), и проявляющееся клинически в виде хронической двусторонней сенсоневральной (нейросенсорной) тугоухости (СНТ).

Специфическое действие шума сказывается на слуховом анализаторе, его звуковоспринимающей части, начиная с волосковых клеток спирального органа, являющихся рецепторами для нейронов спирального ганглия, и заканчивая нейронами коры извилины Гешля височ-

ной доли, где расположен корковый конец слухового анализатора, что приводит к развитию профессиональной тугоухости. Вследствие хронической микротравматизации нервных элементов в слуховом анализаторе формируются нервно-сосудистые и дистрофические изменения в спиральном (кортиевом) органе и спиральном ганглии. Происходят ишемия и расстройства питания чувствительных клеток и других нервных элементов, вплоть до дегенерации в результате нарушений микроциркуляции и капиллярного стаза.

Дистрофические (обменные, обратимые), а затем деструктивные (структурные, мало- или необратимые) изменения в слуховом анализаторе развиваются по причине длительной работы органа слуха в режиме повышенной шумовой нагрузки, повышенной афферентной импульсации и в истощающем режиме.

Морфологической основой профессиональной тугоухости в основном являются некротические изменения в кортиевом органе и спиральном ганглии.



Слуховые пути

Первый (чувствительный) нейрон слухового пути расположен в спиральном ганглии. Отростки нервных клеток, образующих этот ганглий, направляются в продолговатый мозг, где расположены слуховые ядра (второй нейрон).

Затем слуховой путь продолжается к таламусу, через медиальные колленчатые тела (здесь располагается третий нейрон).

От таламуса возбуждение идет в слуховую кору, расположенную в верхней извилине височной доли.

Кодирование по МКБ-10:

Z57.0 – Неблагоприятное воздействие производственного шума. Кодом Н83.3 кодируются все случаи профессиональной СНТ.

Н83.3 Потеря слуха, вызванная шумом,

Классификация потери слуха, вызванной шумом, по степени выраженности

Степень тугоухости	Среднее значение порогов слышимости по воздуху на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц (дБ)
Признаки воздействия шума на орган слуха	11-25
I	26-40
II	41-55
III	56-70
IV	71-90
Глухота	≥ 91

Процедура «коррекции на возраст» при оценке аудиометрической кривой не применяется. Данная рекомендация связана с тем, что у пациентов старшего возраста с потерей слуха на высокие частоты более 45-50 дБ не представляется возможным разграничить эффекты шума и старения. Величину пресбиакузиса (возрастных изменений слуха) следует учитывать только на стадии донозологических изменений слуха (Z57.0). При величине порогов слуха, превышающих параметры пресбиакузиса, степень нарушения слуха оценивается от аудиометрического нуля (приемлемая клиническая практика).

Диагностика:

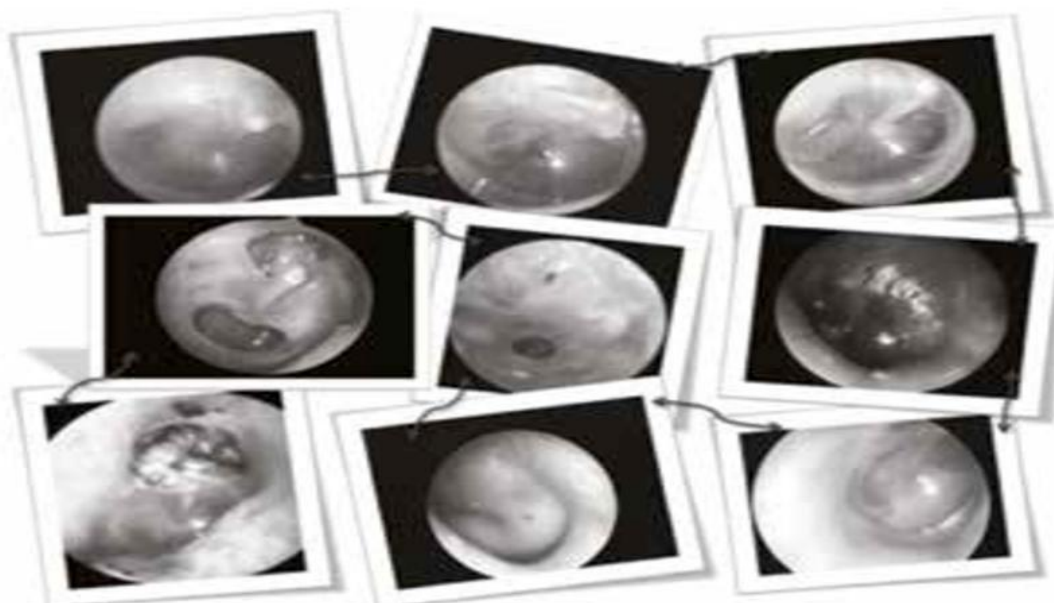
- Жалобы;
- Анамнез: собрать прицельно, уточнив наличие сопутствующей патологии, которая мо-

жет повлиять на сроки развития и тяжесть развития заболевания, уточнить наличие шума на рабочем месте и длительность работы в условиях его воздействия.

Во всех случаях необходимо тщательно расспросить работника о профессиях, в которых он ранее работал, и длительности воздействия на него вредных производственных факторов, которые могли бы вызвать своевременно не диагностированное, профессиональное нарушение слуха.

Физикальное обследование

Осмотр ЛОР-органов проводится в обычной последовательности (отоскопия, риноскопия, фаринго- и ларингоскопия).



Методы исследования слуховой функции

1. Психоакустические (субъективные) методы:

- Акуметрия (исследование слуха шепотной и разговорной речью, проведение камертональных проб Вебера и Ринне);
- Тональная пороговая аудиометрия с оценкой воздушного и костного звукопроведения в стандартном диапазоне частот;
- Метод надпороговой аудиометрии;
- Аудиометрия в тишине (оценка речевой разборчивости при комфортном уровне громкости и на фоне помехи).

2. Объективные методы аудиометрического исследования:

- Импедансометрия (тимпанометрия и акустическая рефлексометрия);
- Регистрация вызванной отоакустической эмиссии (ОАЭ);
- Регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП);
- Объективная аудиометрия путем регистрации стационарных ответов мозга на модулированный тон (ASSR).

Методы исследования

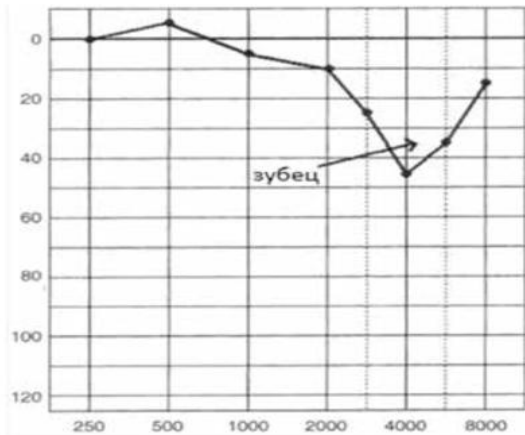
Компьютерная объективная аудиометрия, исследование слуха в расширенном диапазоне частот, вызванная отоакустическая эмиссия, акустическая импедансометрия, вестибуломе-

трия используются в сложных или спорных случаях диагностики. В специализированных профпатологических учреждениях проводится исследование слухового анализатора с применением как субъективных, так и объективных методов (объем исследований определяется по показаниям).

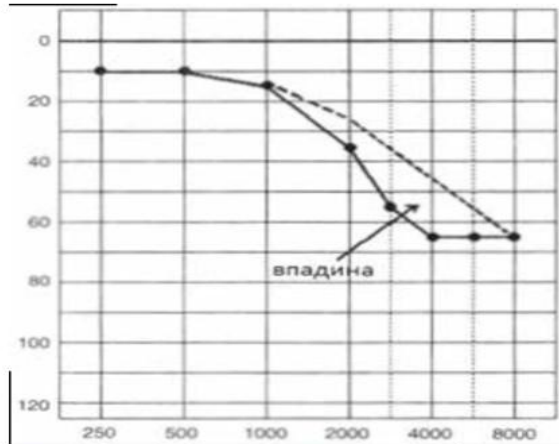
Объем дополнительных методов диагностики (магнитно-резонансная томография, в том числе с контрастированием, области внутренних слуховых проходов, мосто-мозжечковых углов, задней черепной ямки – при асимметрии слуха) определяется с учетом наличия сопутствующей соматической патологии, как правило, для проведения дифференциальной диагностики при экспертизе связи заболевания с профессией.

При аудиометрическом исследовании начальные стадии потери слуха, вызванной шумом, характеризуются наличием характерного зубца на высоких частотах 4000 Гц (реже 3000-6000 Гц) с восстановлением на 8000 Гц. Такой зубец обычно развивается на одной из выше-названных частот и, при продолжающемся воздействии шума, распространяется на соседние частоты, меняя форму аудиометрической кривой. Точное место расположения зубца на аудиограмме зависит от частотной характеристики производственного шума, а также от длины, диаметра и формы наружного слухового прохода.

Клинические проявления потери слуха, вызванной шумом



Высокочастотный характерный зубец на аудиограмме, типичный для потери слуха, вызванной шумом



Впадина на аудиограмме, типичная при потере слуха, вызванной шумом, в сочетании с возрастной потерей слуха

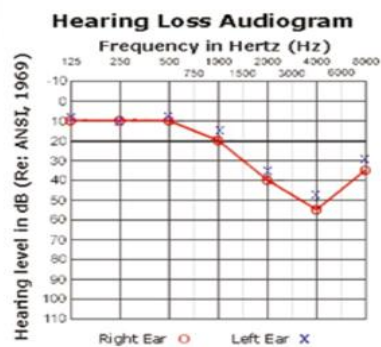
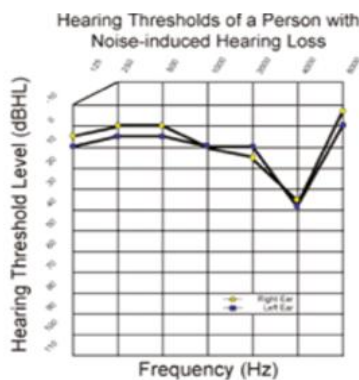
При потере слуха, вызванной шумом, среднее арифметическое значение порогов слуха на речевых частотах (500, 1000 и 2000 Гц) всегда меньше, чем на высоких частотах (3000, 4000 и 6000 Гц), причем разница между средними показателями порогов слуха на речевых и высоких частотах составляет не менее 15 дБ. Пороги слуха на частотах 3000, 4000 и 6000 Гц всегда выше, чем на частоте 8000 Гц, в отличие от пресбикузиса, при котором наблюдается пологая нисходящая кривая. При прогрессировании потери слуха повышение слуховых порогов может распространяться и на речевые частоты, что субъективно проявляется ухудшением восприятия речи. Однако воздействие шума на орган слуха, как правило, не приводит к потере слуха более чем на 75 дБ на высоких частотах и более чем 40 дБ на речевых частотах.

Типичные клинико-аудиологические признаки:

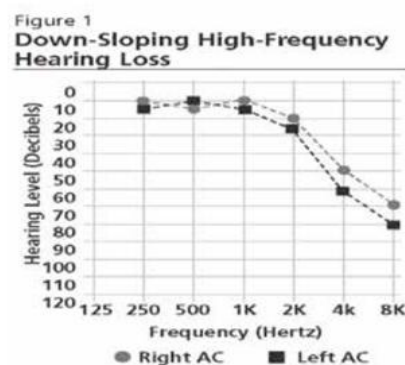
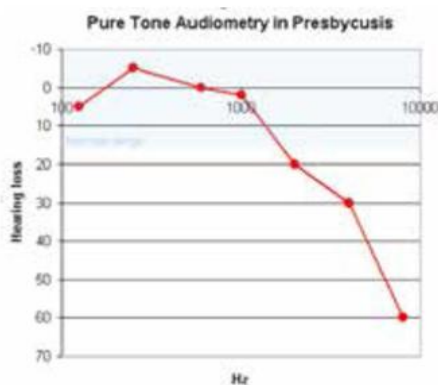
- наличие уровней производственного шума выше ПДУ (80 дБА);

- стаж работы в шуме, превышающем ПДУ, не менее 10 лет;
- длительность развития заболевания органа слуха до появления клинических симптомов ПНСТ не менее 5 лет;
- относительно позднее появление субъективного низкочастотного шума в ушах и голове;
- постепенное нарастание степени тяжести снижения слуха;
- начальный аудиологический симптом при исследовании тональной пороговой аудиометрией - повышение слуховых порогов на 4000 Гц - «зубец Кархарта»;
- длительное сохранение 100% разборчивости речи;
- двустороннее поражение органа слуха;
- отсутствие костно-воздушной диссоциации порогов слуха;
- динамика ФУНГ и его исчезновение по мере нарастания степени тугоухости;
- отсутствие других причин снижения слуха.

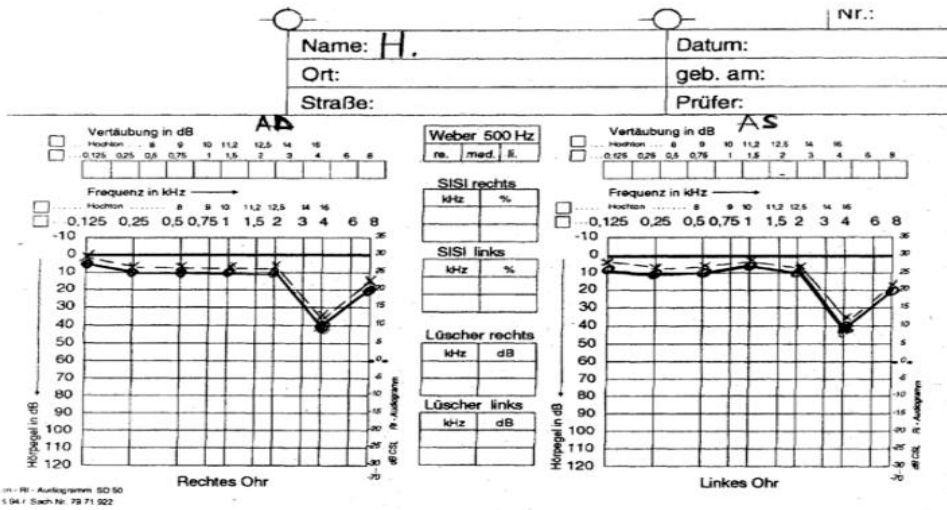
Аудиограмма при ПНСТ



Аудиограмма при возрастной СНТ

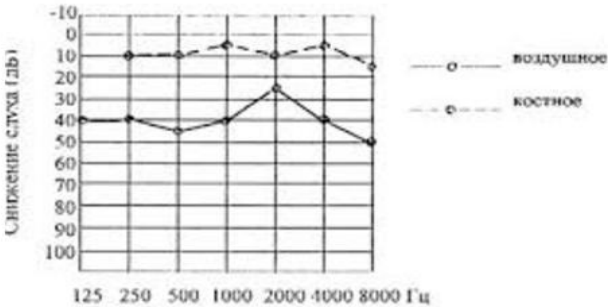


Аудиограмма признаки воздействия шума на орган слуха

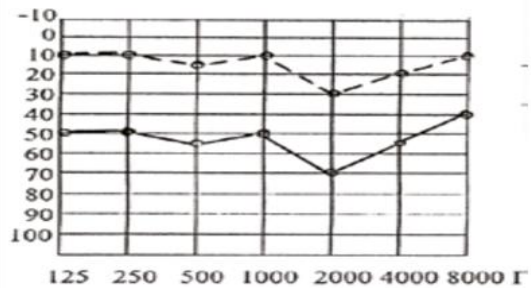


ФИГ. I

Аудиограмма при хроническом отите



Аудиограмма при отосклерозе



«Золотым стандартом» диагностики профессиональной потери слуха является тональная пороговая аудиометрия.

Аудиометрия – измерение остроты слуха, определение слуховой чувствительности к звуковым волнам различной частоты.

Тональная аудиометрия позволяет оценить порог слышимости (в дБ) типовых частот. Тестирование проводится на типовых частотах в диапазоне (125-8000 Гц). Для полной проверки слуха во всём диапазоне частот применяется тестирование в расширенном частотном диапазоне (125-20 000 Гц).

Речевая аудиометрия проводится для выявления качества распознавания человеческой речи на различных уровнях звука (в дБ).

Лекарственных препаратов, предотвращающих развитие и прогрессирование повышения порогов слуха при профессиональной тугоухости, практически, не существует.

Основными лечебными стратегиями при лечении являются:

- как можно более ранняя диагностика неблагоприятного воздействия шума на орган слуха;
- рациональное трудоустройство вне контакта с шумом, при наличии показаний (начиная со II степени тугоухости);
- снижение влияния устранимых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и лекарственная терапия болезней системы кровообращения;
- курсы поддерживающей терапии 1-2 раза в год с использованием препаратов, улучшающих мозговую и лабиринтный кровотоков, а также процессы тканевого и клеточного метаболизма, синхронизация процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга;

- немедикаментозные методы лечения и медицинской реабилитации (гипербарическая оксигенация, массаж, санаторно-курортное лечение и др.).

Первичная профилактика:

- технологические и гигиенические мероприятия по шумоподавлению;
- консультирование работников по вопросам охраны здоровья, безопасности и гигиены труда;
- обеспечение работников информацией о возможных последствиях длительного контакта с шумом (видеофильмы, буклеты);
- информирование о видах, преимуществах и эффективности СИЗ от шума;
- санитарное просвещение и обучение правильному использованию СИЗ и поддержанию их в исправном состоянии;
- обеспечение должным количеством СИЗ необходимого качества;
- контроль использования СИЗ в период работы;

- ограничение времени контакта с производственным шумом путём рационализации режимов труда и отдыха;
- мониторинг уровней шума на рабочем месте (специальная оценка условий труда, производственный контроль) и др.

Вторичная профилактика:

- соблюдение регламентов периодических медицинских осмотров;
- ежегодное аудиометрическое обследование (определение исходных порогов слуха);
- оценка наличия отрицательной динамики слуха (изменения степени тугоухости).

Алгоритмы ведения пациента

Алгоритм диагностики потери слуха, вызванной шумом, при проведении предварительного и/или периодического медицинского осмотра (ПМО) и/или на приеме в поликлинике (постановка предварительного диагноза хронического профессионального заболевания врачом-оториноларингологом, врачом-сурдологом-оториноларингологом).

Алгоритм диагностики потери слуха, вызванной шумом, при проведении ПМО



Критерии качества медицинской помощи:

- проведение аудиометрии работникам шумовых профессий ежегодно в ходе периодических медицинских осмотров;
- направление работника на консультацию в кабинет профпатолога при выявлении типичного зубца или впадины на аудиометрии;
- направление работника в Центр профпатологии при наличии у него априорного риска

- формирования потери слуха, вызванной шумом, и типичной аудиометрической картины;
- обязательность проведения объективных методов диагностики (импедансометрия, ОАЭ) при экспертизе связи тугоухости с профессией;
- обязательность исследования КСВП и ASSR при расхождении результатов аудиологического обследования.

Группы диспансерного наблюдения

Группа ДН	Критерии	Профилактика
Ia	Практически здоровые (шума до 90 дБА) Практически здоровые (шум более 90 дБА, стаж до 10 лет)	ПМО – 1 раз в год; Информирование о риске СИЗ, ЗОЖ
Iб	Практически здоровые работники (шум более 90 дБА, стаж более 10 лет)	Массаж воротниковой зоны Рефлексотерапия Санкурлечение
II	Лица с признаками воздействия шума на орган слуха.	Гипербарическая оксигенация Превентивная фармакотерапия
IIIa	Лица с подозрением на ПНСТ для обследования в амбулаторных условиях	Обследование в ЦПП
IIIб	Работники, имеющие с ДНСТ с легкой умеренная степень без осложнений и сопутствующей патологии	Расширенная фармакотерапия Комплексное немедикаментозное лечение
IIIв	Лица с нарушением слуха непроф. этиологии Работники, подвергающиеся воздействию шума, часто и длительно болеющие	Лечение в соответствии с основным диагнозом
IV	Работники с ДНСТ, умеренная степень, БСК	Направление на МСЭ ИПР Ежегодное наблюдение и лечение в ЦПП
V	Работники с ДНСТ, значительная степень	Терапия 2 раза в год; МСЭ; ИПР

Выводы

1. Проводить обучение на тему «Алгоритм работы врачей оториноларингологов при проведении периодических и предварительных медицинских осмотров работников, занятых во вредных условиях труда».

2. Включить необходимый объем знаний в области профессиональной патологии в качестве обязательных требований для врачей.

3. Осуществлять регулярный анализ качества диагностики СНТ у работников ключевых (массовых) профессий, занятых в условиях воздействия шума.

Литература

1. Аденинская, Е.Е. Научное обоснование и разработка модели медицинского наблюдения за работниками, занятыми в условиях воздействия шума: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2013. – 24 с.
2. Диагностика, экспертиза трудоспособности и профилактика профессиональной сенсоневральной тугоухости: методические рекомендации. – М., 2012. – 29 с.

3. Измеров, Н.Ф., Суворов, Г.А. Физические факторы производственной и природной среды. Гигиеническая оценка и контроль. – М.: Медицина, 2003. – 566 с.
4. Клинические рекомендации потеря слуха, вызванная шумом. – М., 2015. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. Ассоциация врачей и специалистов медицины труда.
5. Панкова, В.Б, Аденинская, Е.Е., Федина, И.Н., Преображенская, Е. А. Профессиональная тугоухость: старые проблемы – новые вопросы// Вестник оториноларингологии. – 2015. – № 5. Приложение. Материалы XIV Российского конгресса оториноларингологов. Москва, 10-11 ноября 2015. – С.118-119.
6. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 6 ноября 2012 г. № 14-1/10/2-3508 «О направлении Методических рекомендаций «Диагностика, экспертиза трудоспособности и профилактика профессиональной сенсоневральной тугоухости».
7. Потеря слуха, вызванная шумом. Клинические рекомендации. МЗ РФ, 2017, – с. 41.

© Кузнецова Г.И., 2021

СТРАТЕГИИ ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ МЕТОДОМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Чумаченко Л.А.,
медицинский психолог БУ «Клинический врачебно-физкультурный диспансер»
Ибрагимов Е.А.,
к.м.н., заведующий филиалом в городе Сургуте, врач по спортивной медицине,
БУ «Клинический врачебно-физкультурный диспансер»
Колечкина Л.Ю.,
заведующий кабинетом физиотерапии и лечебной физкультуры –
врач-физиотерапевт БУ «Клинический врачебно-физкультурный диспансер» филиал в городе Сургуте
Гильванов В.А.,
главный врач БУ «Клинический врачебно-физкультурный диспансер»

У больных с соматическими заболеваниями зачастую проявляется дезадаптивное поведение, что существенно сказывается на процессе лечения. Применение в практической деятельности врача стратегий повышения мотивации значительно снижают сопротивление пациента во взаимодействии с медицинскими работниками.

Ключевые слова: психодиагностика, психологическое состояние пациента, лечебная физкультура, стратегии повышения мотивации пациентов, поведение в болезни

Несомненно, в лечении пациентов важно добросовестное выполнение ими назначений и рекомендаций врача. Назначая метод лечебной физкультуры (далее – ЛФК), врач может столкнуться с дезадаптационными установками пациента: преувеличение опасности и серьезности своего заболевания, самообвинение и идея наказания, пессимистичное отношение, недооценку полученных результатов, позиция жертвы, погружение в образ больного («я – тяжелобольной человек») и другое.

Психологические факторы могут существенно затруднять процесс лечения. Дезадаптивное поведение может включать малоподвижный образ жизни вплоть до соблюдения постельного режима, чрезмерную зависимость от приема анальгетиков, ограничение социальных контактов, отказ от работы. Одним из важных компонентов работы врача является влияние на поведение пациента с целью трансформации дезадаптивных копинг-стратегий в адаптивные. Для того, чтобы такие перемены произошли, необходимо длительное взаимодействие врача и пациента. Врач должен проявлять одновременно гибкость и настойчивость, мотивируя, направляя и поддерживая пациента.

В настоящее время считается, что наиболее эффективной моделью отношений между врачом и пациентом является партнерство,

при котором врач и пациент совместно идут по пути улучшения психического и физического здоровья, разделяя ответственность за результат лечения.

Пациенты проходят стадии, на каждой из которых перед человеком стоят различные задачи, которые необходимо решить прежде, чем перейти к следующей:

1. Пациенты, которые не предполагают изменений в своем поведении, находятся на стадии «до рассмотрения вопроса». Если они чувствуют, что их принуждают изменить поведение в соответствии с тем, как видят проблему другие люди, а не они сами, возникает активное сопротивление.

2. «Обдумывание» – это стадия, на которой человек видит необходимость в переменах и серьезно обдумывает некоторые изменения в будущем, но пока еще не готов к активным переменам. «Обдумывающие» пациенты взвешивают все «за» и «против» изменения своего поведения.

3. Стадия «принятие решения» включает в себя как готовность к изменениям, так и начальные поведенческие шаги.

4. «Действие» проявляется в виде конкретных шагов, которые приведут к желаемым переменам.

5. Люди, находящиеся на пятой стадии, называемой «поддержание», прилагают активные

усилия для сохранения изменений, достигнутых на стадии «действия».

6. Те, кто не может удержать достигнутых изменений, переходят в стадию «рецидив». Оттуда они могут снова войти в цикл перемен с любой точки (например, все бросить и оказаться на стадии «до рассмотрения вопроса» или снова начать со стадии «действие»).

Применение стадийной модели позволяет врачу дифференцировать подход к ведению пациентов. Лечение следует подбирать индивидуально, в зависимости от стадии готовности пациента. Например, вмешательство, требующее активного вовлечения пациента, наиболее уместно на стадии «действие». Задачи врача в зависимости от стадии изменения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Стадии	Задачи врача
«До рассмотрения вопроса»	Специалисту рекомендуется вызвать сомнения – повысить восприятие пациентом риска и проблем, связанных с существующим поведением
«Обдумывание»	В данном случае имеет смысл сместить баланс – привести доводы в пользу изменений, учитывая риск отсутствия изменений, повысить самооффективность пациента для изменения существующего поведения
«Принятие решения»	Необходимо помочь пациенту выработать наилучший план действий для достижения необходимых изменений
«Действие»	Задача – поддержать пациента на пути изменения поведения
«Поддержание»	Врачу следует отслеживать прогресс, при необходимости возобновлять мотивацию и готовность действовать
«Рецидив»	Необходимо помочь пациенту проследить процессы обдумывания, принятия решения и действия, не останавливаясь и не теряя надежды из-за рецидива

Принципы стратегии повышения мотивации для врача заключаются в повышении мотивации, а для пациента – в осуществлении действия. В соответствии с предлагаемым подходом, клиницисты должны активно избегать делать что-либо за пациента или настоятельно советовать какое-либо одно определенное действие. Возложение большей части ответственности за процесс лечения на пациента в действительности повышает, а не снижает вероятность изменения поведения.

Можно порекомендовать следующие принципы, которыми должен руководствоваться врач, назначая методы АФК:

1. Эмпатическое слушание. Хорошо подготовленному врачу в простых случаях вполне достаточно 2-3 минуты для того, чтобы поставить диагноз и порекомендовать лечение, но этого времени недостаточно для пациента. Наблюдения психологов свидетельствуют о том, что выслушивание врачом истории болезни само по себе оказывает на пациента терапевтическое действие и позитивно сказывается на результате лечения. Смысл терпеливого и заинтересованного выслушивания заключается в том, что оно дает возможность пациенту быть более

открытым во взаимодействии с врачом, что позволяет врачу добиться необходимого повышения мотивации пациента. Таким образом, эмпатическое слушание является первым шагом в стратегии повышения мотивации.

2. Выражение сочувствия. Демонстрация уважения к пациенту, активная поддержка права пациента на самоопределение и самоуправление. Важной позицией, подчеркивающей сочувствие, является безусловное принятие всего сказанного пациентом без вынесения суждения, критики или порицания. Подобное принятие – это не то же самое, что согласие. Оно отражает желание понять позицию пациента и быть понятым пациентом. При этом подходе пациент чувствует свободу выбора в отношении пути изменений, в то время как при подходе, основанном на вынесении суждений, усиливается сопротивление.

3. Раскрытие противоречий. Следующая задача врача в соответствии со стратегией повышения мотивации состоит в раскрытии противоречий между существующим в настоящее время поведением пациента и серьезными целями, стоящими перед ним в жизни. Очень важно то, как врач помогает пациенту раскрыть про-

тиворечия. Следует избегать так называемых конфронтационных подходов, поскольку они часто приводят к оборонительной реакции со стороны пациента. Врачу необходимо поощрять пациента рассказывать о своей проблеме. Это делается специально для того, чтобы выявить противоречия между целями пациента и его проблемным поведением. Врачу следует реагировать на эти противоречия тогда, когда они высказаны, призывая пациента обдумать эти несоответствия. В процессе такой беседы пациент все больше осознает, что его поведение находится в конфликте с его же важными жизненными целями.

4. Уклонение от дискуссий. Врач, использующий стратегию повышения мотивации, любой ценой должен избегать дискуссий, особенно таких, в ходе которых врач выступает в защиту конкретного действия. Спор дает пациенту возможность найти причины уклонения от изменений и, следовательно, может скорее затормозить изменения, чем способствовать им. Стратегия повышения мотивации предполагает, что сопротивление пациента провоцируется поведением врача. Например, сопротивление вероятно тогда, когда врач пытается оказать давление на пациента, призывая его изменить поведение до того, как он будет к этому готов. Если врач замечает, что пациент начинает возражать против изменений поведения, для него это должно стать сигналом к смене стратегии.

5. Преодоление сопротивления. С принципом «уклонение от дискуссий» тесно связан принцип «преодоление сопротивления». Врач, использующий стратегию повышения мотивации, должен избегать спора путем переключения стратегии. Помимо несогласия и спора существуют и другие способы реагирования на

сопротивление пациента. В первую очередь это подтверждение высказываний пациента таким образом, чтобы продемонстрировать, что врач понимает двойственное отношение пациента к изменениям. Иногда, когда врач повторяет аргументы пациента, выражающие сопротивление, пациент может отреагировать отказом от доводов, которые он сам ранее приводил против изменения поведения.

Существуют также специфические стратегии мотивации пациентов. Так, стратегии фазы 1 лучше всего работают на стадиях «до рассмотрения вопроса» и «обдумывание»; они предназначены для того, чтобы пациенты задумались об изменениях в их поведении. Стратегии фазы 2 используются на стадии «обдумывание», когда пациент почти готов решиться на изменения – они предназначены для смещения баланса в сторону изменений при неустойчивом настроении. Стратегии фазы 3 используются в отслеживающих беседах после того, как пациент выразил готовность к изменениям.

Фаза 1. Стратегии, повышающие мотивацию к изменению поведения.

Стратегии фазы 1 направлены на то, чтобы добиться от пациента самомотивирующих заявлений. Цель их применения – увеличить вероятность того, что пациент в дальнейшем примет адаптационную модель поведения. Стратегии фазы 1 включают слушание с сочувствием, задавание открытых вопросов, предоставление личной обратной связи, подкрепление успехов пациента, преодоление сопротивления и обобщение. Врач, работающий по системе терапии, повышающей мотивацию, применяет эти стратегии в процессе первой беседы. В таблице 2 приведены примеры вопросов, которые могут быть использованы в процессе беседы.

Таблица 2

Признание проблемы	«Как вам кажется, в последние 6 месяцев вы себя стали чувствовать хуже или лучше?» «Что вы сейчас делаете, чтобы справиться с заболеванием?» «Это помогает?» «От чего вам пришлось отказаться из того, что вы делали до заболевания?»
Опасение	«Что вас беспокоит больше всего в связи с заболеванием?» «Что вас пугает?» «Что может случиться, если вы не попробуете подойти по-новому к этой проблеме?»
Намерение внести изменения	«Факты говорят о том, что вы хотели бы, чтобы ситуация изменилась. Чем ваша жизнь должна отличаться от сегодняшней?» «Что вы больше всего хотите изменить?»

Оптимизм	<p>«Пытались ли вы заниматься АФК в прошлом? Что из этого удалось легко, а что с трудом?»</p> <p>«Какие стороны вашей жизни еще не затронуты проблемой плохого самочувствия?»</p> <p>«Какие события вашей жизни доказывают, что у вас могло бы это получиться?»</p> <p>«Что было бы для вас легче, снизить употребление лекарственных средств или выполнить АФК?»</p> <p>«Какие аспекты своей жизни вы контролируете лучше всего?»</p>
----------	--

Поскольку реакции пациента на стратегии фазы 1 дают информацию о готовности к изменениям, эти стратегии являются великолепной возможностью оценить, на какой стадии перемен находится пациент. Таким образом, данный подход можно считать как диагностикой, так и вмешательством. Когда пациент завершает «Обдумывание» и начинает продвигаться к «Принятию решения», врачу следует сменить стратегии, повышающие мотивацию (фаза 1), на стратегии, укрепляющие готовность к изменениям (фаза 2).

Фаза 2. Стратегии, укрепляющие готовность к изменению поведения.

Важно правильно выбрать время перехода от стратегий фазы 1 к стратегиям фазы 2. Если врач меняет стратегию слишком рано, когда пациент еще находится на стадии «До рассмотрения вопроса об изменениях поведения», очевидно, что пациент будет сопротивляться, и прогрессирование к «Принятию решения» и «Действию» заблокируется. С другой стороны, если пациент уже находится в стадии «Принятие решения» стратегии фазы 1, которые стимулируют обдумывание вопроса об изменении поведения, могут оказать нежелательное действие, вызывая у пациента раздражение. Основная цель стратегий фазы 2 состоит в разработке плана изменения поведения и в получении согласия пациента на выполнение этого плана.

Фаза 3. Стратегии проверки исполнения планов.

Исходя из того, что наиболее серьезным препятствием к изменениям в сторону адаптационного поведения является отсутствие мотивации к этим изменениям, а не отсутствие информации или навыков, фазы 1 и 2 можно считать самыми трудными. Как только мотивация была выработана (фаза 1), а затем сформулирована в виде четкого плана действий и получено согласие следовать этому плану (фаза 2), происходят адаптационные изменения. Фаза 3, которая представляет собой проверку исполнения и работу

по систематизации полученных результатов, состоит из трех стратегий: отслеживание прогресса, проверка мотивации (при необходимости) и повторное подтверждение готовности следовать намеченному плану (также при необходимости).

Все врачи сталкивались с пациентами на стадии «до рассмотрения вопроса об изменении поведения», которые проявляли значительное упорство в приверженности дезадаптивным стратегиям. Случается так, что попытка пойти путем мотивационного интервьюирования вызывает у пациента исключительно раздражение и нетерпение. При работе с такими пациентами рекомендуется вызвать сомнения относительно рациональности их дезадаптивного поведения и возможности другого типа реагирования.

Стратегия повышения мотивации значительно снижает сопротивление пациента во взаимодействии с врачом. Используя стратегию повышения мотивации, гораздо легче справиться с такими пациентами, о которых говорят: «злой, раздраженный, возмущенный и упрямый в своих заблуждениях». Одним из замечательных «побочных эффектов» стратегии повышения мотивации является то, что работа врача становится более приятной. Применение в работе стратегий повышения мотивации, значительно улучшает контакт между пациентом и медицинским работником.

Литература

1. Конечный, Р., Боухал, М. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага: Авиценум, 1974. – 201 с.
2. Маслоу, А. Мотивация и личность / А. Маслоу. – СПб.: Питер, 2003. – 351 с.
3. Проценко, С. А. Скрытая мотивация в реабилитации наркозависимых / С.А. Проценко. – СПб.: Изд-во. РГПУ им.Герцена, 2003. – С. 53.
4. Психосоматическая проблема: психологический аспект / Под ред. Ю.Ф. Полякова, В.В. Николаевой. – М., 1992. – 203 с.

© Чумаченко Л.А., Ибрагимова Е.А., Колечкина Л.Ю., Гильванов В.А., 2021

ЭВОЛЮЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ АНДРОЛОГИИ

Пищаев Е.В.,

заведующий детским уроandroлогическим отделением
БУ «Нижневарттовская окружная клиническая детская больница»

Кропин В.А.,

врач – детский уролог-андролог детского уроandroлогического отделения
БУ «Нижневарттовская окружная клиническая детская больница»

Осипов В.В.,

врач – детский уролог-андролог детского уроandroлогического отделения
БУ «Нижневарттовская окружная клиническая детская больница»

Обухов Н.С.,

врач – детский уролог-андролог детского уроandroлогического отделения
БУ «Нижневарттовская окружная клиническая детская больница»

Цель работы: оценка результатов внедрения новой тактики ведения пациентов с острыми заболеваниями мошонки, основанной на обязательном применении эхо- и доплерографии при обращении ребёнка в стационар и отказа от экстренной ревизии яичка как метода диагностики у таких пациентов.

Ключевые слова: острые заболевания мошонки, экстренная скрототомия

Острое заболевание органов мошонки («острое заболевание яичка», «острая мошонка», «синдром острой мошонки», «синдром отёчной мошонки») – общее название группы острых поражений органов мошонки, включающую перекрут яичка, некроз гидатиды придатка или яичка, эпидидимоорхит, травму яичка и мошонки, имеющих практически идентичную клиническую картину.

При всей локализованности и доступности органов мошонки, вопрос диагностики и дифференциальной диагностики данной группы заболеваний всегда был достаточно сложным и дискуссионным. В течение последних 40 - 45 лет единственным достоверным методом диагностики поражений органов мошонки была экстренная скрототомия. Переход к активной хирургической тактике в отношении таких пациентов произошел в конце 1970-х – начале 1980-х гг. [4]. Большинство детских хирургов такой подход к диагностике и, в ряде случаев, лечению более чем устраивал. Количество экстренных операций с целью ревизии органов мошонки занимал у детей второе место после аппендэктомий [1]. Считалось, что вторичные эпидидимиты, вызванные поражениями гидатид, способствуют обструкции семявыносящих путей и могут стать причиной бесплодия. Попытки консервативного лечения могут приводить к формированию водянки оболочек яичка

и даже атрофии яичка [3]. Экстренная ревизия яичка – несложная манипуляция, позволяющая незамедлительно поставить диагноз и в случае выявления перекрута семенного канатика своевременно оказать помощь – такой активной хирургической тактике и в настоящее время придерживаются многие клиники. Однако, для большинства хирургов во всех случаях главным объектом поиска при экстренной скрототомии является перекрут яичка, так как только этот вид острого заболевания мошонки требует оперативного лечения (деторсия, фиксация и контрлатеральная фиксация, либо орхэктомия).

На данный момент любой детский стационар обладает достаточно современным ультразвуковым диагностическим оборудованием, с помощью которого можно получить практически полную информацию о характере патологических изменений органов мошонки в ближайшие сроки после обращения. И сопоставив эхокартину, клинические и анамнестические данные, можно достоверно оценить показания к ревизии органов мошонки.

В конце 2017 – начале 2018 гг. в БУ «Нижневарттовская окружная клиническая детская больница» (НОКДБ) активно стала использоваться экстренная ультразвуковая диагностика острых заболеваний мошонки, что привело к радикальному изменению тактики ведения пациентов данной группы и в последствии к

отказу от агрессивной хирургии в большинстве случаев. При отсутствии эхографических признаков заворота яичка пациенту назначалась антибактериальная (цефалоспорины 1–3 поколения), противовоспалительная, при необходимости обезболивающая терапия. В случае улучшения состояния ребёнка и уменьшения локальных проявлений заболевания в течение первых суток медикаментозная терапия продолжалась до 5–7 дней с последующим выполнением контрольной УЗДГ перед выпиской,

через 1 и 6 месяцев амбулаторно. Суспензорий и блокада семенного канатика не применялись. Отсутствие, либо резкое обеднение кровотока в интратестикулярных сосудах при ЦДК [2], а также отсутствие положительной динамики на фоне консервативной терапии в течение суток являлись показанием к экстренной скрототомии. Данная тактика отражена в разработанном и утверждённом совместно с детскими хирургами НОКДБ алгоритме (рис. 1) в январе 2018 года.



Рис. 1

Для оценки и сравнения эффективности оперативной и эхографической диагностики проанализированы все истории болезни и амбулаторные карты пациентов с острыми заболеваниями органов мошонки с 2011 по 2020 годы включительно. За это время было госпитализировано 610 детей (40 – 80 пациентов в год). Наиболее многочисленная возрастная группа – 11 – 14 лет (36,5%), затем 8 – 10 лет (22,1%), 4 – 7 лет (17,9%), 1 – 3 года (10,4%), 15 – 17 лет (9,3%) и дети до 1 года – 4,1%. Самой частой причиной острого заболевания органов мошонки были перекрут и некроз гидатиды Морганьи – 349 случаев (57,2%). Изолированные эпидидимит и эпидидимоорхит выявлены у 176 детей (28,8%). Перекрут яичка только в 53 случаях (8,6%), у 25 пациентов потребовалась орхэктомия (47%). По поводу травмы мошонки госпитализаций было меньше всего – 14 (2,2%), из них с повреждением тестикулярной ткани – 7 случаев, один вывих яичка. Орхэктомия после травмы мошонки потребовалась одному пациенту с тотальным размождением гонады. С 2011 по 2017 гг. включительно прошло 426 случаев. УЗДГ мошонки при поступлении выполнена 59 пациентам (13,8%), оперативная ревизия мошонки – 380 пациентам (89,2%). С 2018 по 2020 гг. включительно лечение получили 184 ребёнка. Экстренная УЗДГ мошонки в 155 случаях (84,2%), экстренная операция у 42 детей (22,8%). Образцовые показатели отмечены в 2020 году. Госпитализировано 46 детей. УЗДГ мошонки при поступлении выполнена в 43 случаях. Экстренное оперативное вмешательство применено всего 6 раз (13%), во всех случаях по поводу перекрута яичка. У 3 детей потребовалась орхэктомия. Ни одной «диагностической» операции в течение всего года не было. Средняя длительность госпитализации детей после ревизии яичка составила 7,7 дней. Койко-день в случае активного наблюдения и консервативной терапии – 4,2 – 5,5. Уменьшение длительности госпитализации связано с отличной эффективностью медикаментозной терапии без нанесения лишней травмы уже воспалённым тканям мошонки. Такие симптомы как отёк и гиперемия мошонки (при эпидидимоорхите или осложнённом некрозе гидатиды) на фоне консервативной терапии купированы в первые-вторые сутки лечения. Тогда как после оперативного вмешательства сохранялись до

3 – 5 суток. Только у одного ребёнка положительной динамики на фоне медикаментозной терапии в первые сутки не отмечено. Во время ревизии мошонки выявлена крупная (более 1,5 см в диаметре) некротизированная гидатида. Также имел место случай трехкратной госпитализации одного и того же мальчика по поводу острого заболевания мошонки с интервалами в 2–3 месяца. Дважды воспалительный процесс купирован консервативно, во время третьего обращения при поражении той же стороны мошонки, взят на оперативную ревизию. Выявлены две гидатиды, одна из которых отёчная, удалены обе. Из 142 за 3 года консервативно пролеченных детей, осмотрено контрольно с результатами УЗДГ (в течение 6 месяцев после выписки) 78 пациентов (54,9%). случаев формирования водянки оболочек яичка и атрофии тестикулярной ткани у данных детей не отмечено.

В дальнейших планах – тщательная оценка катамнеза наблюдающихся пациентов, но уже на данном этапе можно говорить о формировании положительной неинвазивной тенденции в экстренной детской андрологии. В результате изменения тактики лечения детей с острыми воспалительными заболеваниями органов мошонки удалось полностью избавиться от периодически необоснованных оперативных вмешательств, дополнительного травмирования репродуктивных органов, уменьшить пребывание ребёнка в стационаре и улучшить психо-эмоциональную составляющую его госпитализации.

Литература

1. Окулов, А. Б., Лаврова, Т. Р., Пыков, М.И. Острые заболевания органов мошонки у детей: учебное пособие для интернов, ординаторов, врачей. – М., 2009.
2. Кадыров, З. А., Теодорович, О. В., Жуков, О. Б. Атлас ультразвуковой диагностики органов мошонки. – М.: Издательство БИНОМ, 2008. – 128 с., ил.
3. Детская хирургия: национальное руководство/ под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
4. Соловьев, А.Е. Лечение острых заболеваний яичка в детском возрасте. // Клиническая хирургия – 1988. – № 6. – С. 30-34.
© Пищаев Е.В., Кропин В.А., Осипов В.В., Обухов Н.С., 2021

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА МЕТОДОМ КРИОДЕСТРУКЦИИ

Гончарова Ю.А.,

врач – оториноларинголог

ООО «Медицинский центр доктора Князева», г. Сургут

Цель работы: изложить возможности малоинвазивной, безболезненной методики «криодеструкция» в лечении хронических полипозных риносинуситов.

Материал и методы исследования: использована основная информация об этиологии и патогенезе заболевания «хронический полипозный риносинусит».

Отмечено, что в зимний период времени обращаемость пациентов в Медицинский центр с данной патологией значительно меньше (таб.1 и диаграмма к таблице 1). Отмечена важность проведения прививки от КОВИД -19 пациентам, страдающим полипозным риносинуситом.

Исследованы пациенты, обратившиеся с данным заболеванием в Медицинский центр, которым проводилась методика криодеструкции в течении 3х лет работы (за 2018-2020гг). Количество пациентов, обратившихся с данной патологией носа в Медицинский центр по сравнению с обращениями в поликлинику и стационар не такая большая, но в масштабах частного медицинского центра все же значительная.

Результаты проведения процедур и их пояснение. У отоларингологических больных выявлено различное состояние нарушения дыхания от первой стадии полипов носа до тяжелой третьей стадии, от единичных полипов до множественных.

В результате проведения процедур у пациентов с 1-ой, 2-ой стадией полипов носа и единичных полипов процедура криодеструкции высокоэффективна. Рецидивов за год наблюдения не отмечалось. (табл. 2, диаграмма к табл. 2). У пациентов с 3-ей стадией множественных полипов случались обострения, так как площадь видоизмененной слизистой большая, осложнения, вызванные длительной обструкцией носовых ходов также выраженные.

Выводы: Процедура криодеструкции, которая проводится пациентам, страдающим «Хроническим полипозным риносинуситом», показала свою эффективность. Процедура проста, безболезненна, малоинвазивна, проводится с применением низких температур, посредством чего происходит полная эрадикация (удаление) инфекции. Процедура недорогая, доступна пациентам, минимум расходного материала. Кроме того, слизистая перевосстанавливается, в ответ на удаленную патологическую слизистую, появляется новая слизистая. Так, у пациентов появляется возможность избавиться от проблемы хронического полипозного риносинусита и тех осложнений, которое вызывает данное заболевание.

Ключевые слова: Криодеструкция, полипозный риносинусит, антрохоанальный полип, этмоидальный полип, хоанальный полип, эрадикация слизистой носа, ретенционная киста

Полипозный риносинусит – хроническое заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, основным клиническим проявлением которого является образование и ре-

цидивирующий рост полипов. Проблема хронического риносинусита является распространенной проблемой в отоларингологической практике.

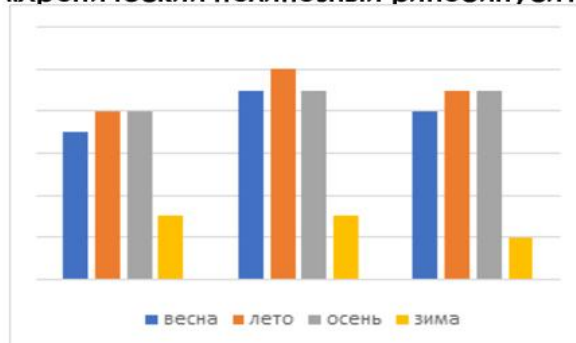
Таблица 1

Обращаемость пациентов в Медицинский центр с диагнозом «Хронический полипозный риносинусит»

ГОДЫ	весна	лето	осень	зима
2018	17	18	18	13
2019	19	20	19	13
2020	18	19	19	12

Диаграмма 1 к таблице 1

«Обращаемость пациентов в Медицинский центр с Диагнозом «Хронический полипозный риносинусит»



Как видно из таблицы 1 и диаграммы к таблице 1 – обращаемость пациентов с данной проблемой достаточно частая на протяжении года. Значительно меньше пациентов обращается в зимнее время года и достаточно часто в весенне-осенний период, исходя из практики моей работы.

Полип – это патологическое разрастание слизистой оболочки. Это доброкачественное образование, однако, имеется риск перерождения полипа в злокачественную опухоль. Полипы в носу – проблема, распространенная как среди детей, так и среди взрослых.

Кодирование по МКБ 10

J33.0 – полип полости носа;

J33.1 – полипозная дегенерация синуса;

J33.8 – другие полипы синуса;

J33.9 – полип носа неуточненный.]

В начале формирования полипы не доставляют дискомфорта и остаются незамеченными до тех пор, пока их размер не станет значительным и они не начнут раздражать слизистую и нарушать нормальное носовое дыхание и обоняние.

Главный механизм образования полипов заключается в увеличении количества секреторных желез, при повреждении верхнего слоя слизистой (эпителия), ее разрывах, отеке и инфильтрации выпадает средний слой слизистой, или собственно слизистая. В результате она выпячивается через отверстие в эпителии. И если эпителий полностью не восстановится, то из собственно слизистой формируется полип, а на нем уже разрастаются железы, продуцирующие слизь.

К основным факторам риска, почему у человека в носовых проходах могут образоваться полипы, относят:

- Аллергический насморк. Обусловлено это плохой экологической обстановкой, неправильным питанием, ведением образа жизни. Чаще всего аллергическая реакция появляется на пыль, на шерсть животных, на пыльцу растений особенно в весенний и летний период, на какие-то определенные химические вещества. Если же раздражитель присутствует в воздухе постоянно, то слизистая оболочка со временем разрастается и утолщается из-за постоянного отека.

- Воспаление околоносовых пазух, как например, синусит. Во время этой болезни чело-

век не только чувствует недомогание, но еще и начинает сильно гнусавить. А именно эта гнусавость говорит о сильнейшем отеке слизистой оболочки, то есть о том, что происходит процесс разрушения клеток и проникновения в них бактерий.

- Простудные заболевания, во время которых появляется насморк. Причем речь идет не о простуде один раз в год, а о постоянном болезненном состоянии.

- Искривление носовой перегородки, которое может быть как врожденным, так и приобретенным. Если носовые проходы искривлены, то воздух в них поступает не так, как того требует организм. Да и из-за этого соединительная ткань постепенно разрастается, и начинают образовываться полипы.

- Реакция иммунной системы. Так, у некоторых людей слизистая носа при попадании вирусов и бактерий начинает просто сразу утолщаться, тем самым помогая образованию полипов.

- Наследственность. У человека, имеющего генетическую предрасположенность к выработке полипов, у того, у кого родители (бабушки, дедушки) страдали от проблемы, точно станет следующим ее обладателем.

Исходя из места возникновения, полипоз может быть:

- Антрохоанальный, возникающий из гайморовых пазух. Больше встречается в детском возрасте и располагается с одной стороны.
- Этмоидальный, развивающийся из решетчатой слизистой.
- Очень часто встречается хоанальный полип. Хоанальный тип развивается из ретенционной кисты.

Полипы носа, учитывая их размеры и провоцируемые ими изменения, делятся на три стадии:

Первая. Полипы появляются, заполняя лишь малую часть носового пространства и не доставляя лишнего дискомфорта.

Вторая. Увеличиваются быстро, разрастаясь, закрывают значительную часть носовой полости, затрудняя дыхание человека.

Третья. Образования полностью перекрывают дыхательный ход и человек плохо дышит носом, пропадает обоняние.

Полипы в носу обычно не беспокоят больного – они не зудят, не болят, не кровоточат.

Симптомы патологии зависят от того, какая именно из вышеперечисленных стадий развития имеется.

Полипы в носу имеют такие симптомы:

- Нарушение обоняния, иногда оно пропадает полностью;
- Синуситы;
- У человека наблюдаются приступы насморка вместе с чиханием;
- Заложенность носа. Степень заложенности зависит от количества и степени разрастания полипов. Они стремительно растут и могут полностью блокировать носовые ходы, вызвав полную их непроходимость;
- Головные боли разной интенсивности, появляются из-за развития гнойных осложнений полипоза, недостаточного поступления кислорода к головному мозгу;
- Лицевые боли или чувство сдавления, которое усиливается при насморке;
- Пациенты жалуются на слабость, тяжесть в голове, нарушение сна, забывающих способностей.

Если полипы начали разрастаться в носоглотке, то выделения могут стекать по задней стенке глотки.

Если полипы имеют неправильную форму, болят и кровоточат, это может быть злокачественная опухоль.

Опасность разрастания слизистой носа в первую очередь заключается в развитии осложнений. Когда естественное дыхание носом ничем не затруднено, происходит увлажнение и согревание воздуха, попадающего в легкие. Кроме того, из него удаляются пылевые частицы, которые остаются на слизистой, а затем естественным путем выводятся. Полипы не дают воздуху свободно проходить по носовому пути, что вынуждает человека дышать ртом. Как правило, воздух не успевает должным образом согреться, что провоцирует такие заболевания, как: трахеит, фарингит, пневмония, бронхит, ларингит, ларинготрахеит.

В результате того, что происходит нарушение естественного сообщения между носовыми пазухами, больной страдает от хронического синусита. Чем больше разрастание, тем сильнее оно давит на кровеносные сосуды носоглоточной ткани, вызывая тем самым воспаление миндалин и формирование аденоидов, увеличение небных миндалин с симптомами ангины. Также

нарушение кровообращения может привести к развитию клиники хронического тонзиллита. Что касается нарушений со стороны слуховой трубы, то усиление давления на нее приводит к развитию евстахеита.

Конечно, такие пациенты подвержены новой короновирусной инфекции COVID-19 с большей вероятностью. У людей со столь уязвимой и видоизмененной слизистой происходит быстрое вирусное поражение верхних дыхательных путей РНК-геномным вирусом. Поэтому, пациентам с хроническим полипозным риносинуситом я рекомендую обязательно прививаться, чтобы избежать заражения.

Полипы могут быть как единичными, так и множественными. Обрацаемость пациентов примерно одинаковая с единичными полипами и с множественными. Все оториноларингологи знают, что, к сожалению, однократно удалить полипы не получается, так как возможен рецидив заболевания и потребует реоперация. Все эти факты тяжелы и мучительны для пациентов.

В лечении таких пациентов я использую методику криодеструкции. Криодеструкция – это деструкция (разрушение) и гибель патологической слизистой при помощи воздействия на нее (более 30 секунд) низких температур. Основная причина назначения криодеструкции – отсутствие положительного эффекта при традиционном лечении хронической формы заболевания. Некоторым пациентам противопоказаны хирургические операции по причине определенных особенностей организма и состояния пациента. Никаких скальпелей и ножей! Имеется лишь специальный прибор, подающий холод. Основной действующий компонент – жидкий азот, выдающий температуру примерно 198,5 градусов. При соприкосновении с тканью происходит отмирание пораженных участков. Иными словами, холодом убиваются пораженные ткани, а здоровые оказывают ему сопротивление.

Однако криодеструкция не всемогущая – она неспособна обратить поражение глубоких слоев. При криодеструкции замораживание может вызывать деструкцию (разрушение) и гибель тканей, для этого необходима более длительная, более 30 секунд, экспозиция насадки над удаляемым полипом.

Преимущества:

- безболезненность процедуры;

- стимуляция местного и общего иммунитета;
- полная эрадикация (удаление) инфекции;
- без назначения антибиотиков;
- без послеоперационных осложнений;
- без пребывания в стационаре;
- без потери трудоспособности.

Однако, противопоказания все же есть. Это:

- беременность;
- обострения заболеваний;
- непереносимость холода;
- повреждение тканей;
- заболевания сердечно-сосудистой системы.

Пациенты предварительно обследуются мной (сбор анализов, данные КТ или МРТ). По результату обследования назначается необходимое медикаментозное лечение, а также дообследование у специалистов (аллерголог, иммунолог, инфекционист). Также, при необходимости, назначаются консультации стоматолога.

Обследования пациентов важны, так как это позволяет уточнить этиологию заболевания, замедлить рост полипов, продлить период ремиссии.

Пациент приглашается на процедуру криодеструкции, предлагается накануне процедуры не кушать 2 часа. Заполняется добровольное согласие на процедуру с указанием аллергоанамнеза и наличия хронических заболеваний.

Криодеструкция проводится под местной анестезией (аэрозоль 10% Лидокаин). Предварительно проводится проба на переносимость 10% Лидокаин.

Пациент усаживается в отоларингологическое кресло напротив врача. На аппарат устанавливается специальная насадка для носа, при помощи заправочного устройства из сосуда Дьюара азот поставляется в сам аппарат криодеструктор. Время полной заправки аппарата – 2-4 минуты. Насадка для носа вводится в соответствующий носовой ход и устанавливается на удаляемый полип. После, путем создания «холодного» облачка, создается зона удаления патологически измененной слизистой, время экспозиции аппликатора над удаляемым полипом 30 секунд. Затем насадка удаляется из носового хода.

Процедура проста, чем на мой взгляд и хороша. Как правило, после проведения криодеструкции, где-то через час наступает отек. Полип, подвергавшийся криодеструкции, увеличивается в размере. Лучше не допускать

обтурации носового хода отечным полипом. После проведения процедуры, обычно проводятся подслизистые блокады в нижний конец нижней носовой раковины суспензией глюкокортикостероида, в небольшой дозе – 0,5 мл при помощи инсулинового шприца. Пациенты, благодаря данным манипуляциям, чувствуют значительное улучшение, так как глюкокортикостероиды снимают отечность, у пациентов восстанавливается обоняние. Осмотр проводится на 3-й день и на 10-ый день со дня проведения криодеструкции. Обмороженные полипы извлекаются носовым пинцетом. Иногда полипов очень много, при извлечении они имеют вид «медузок».

Все это время в домашних условиях пациенты соблюдают охранительный режим, обрабатывают слизистую носа мазью Левомеколь, для улучшения процесса заживления слизистой носа и отхождения удаленных полипов.



Рис. 1. Один из «замороженных» полипов после проведения криодеструкции – 3-ий день

Полип свободно удален при помощи обычного носового пинцета (полипы отходят самостоятельно при отсмаркивании пациента). При невозможности эвакуировать (большой размер) их самостоятельно, полипы совершенно безболезненно и бескровно убираются путем вытягивания из общего носового хода. Полипы отходят ежедневно в большом количестве.

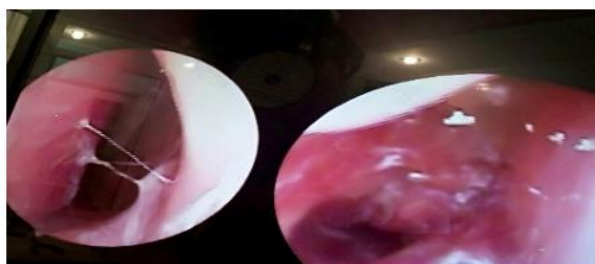


Рис. 2. Полип общего носового хода слева на 10-ый день (слева на фото до удаления, справа состояние общего носового хода на 10-ый день)



Рис. 3. Состояние носовых ходов через 3 недели после криодеструкции

Носовой ход справа (широкий, свободный, левая половина носа свободная). Слизистая носа розовая. Носовые раковины сократились в размерах, цвет слизистой физиологичный, просвет носовых ходов широкий. Еще отмечается отхождение корочки с поверхности слизистой носовых раковин.

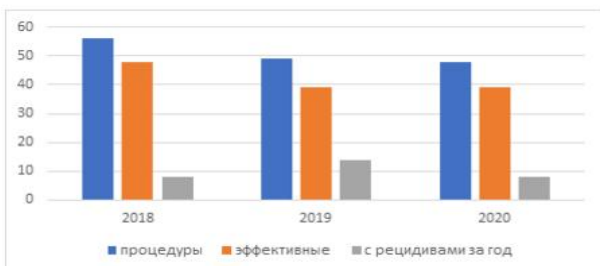
Таблица 2

Эффективность проведения процедуры криодеструкции

год	Количество проводимых процедур (чел.)	Отсутствие рецидива заболевания за год (чел.)	Повторное обращение за год (чел.)
2018	56	48	8
2019	49	39	10
2020	48	39	8

Диаграмма 2 к таблице 2

Эффективность проведения процедуры криодеструкции



Из данной диаграммы видно, что обращаемость пациентов в медицинский центр примерно одинаковая за годы работы (2018-2020 г.г.).

Эффективность проведения процедур криодеструкции высокая, происходит перевосстановление слизистой носа, полная эрадикация (удаление) инфекции. Также, помимо проведения процедур, пациенты обследуются и лечатся у врачей других специальностей. Рекомендую пациентам проводить процедуру через полгода.

Литература

1. Рязанцев, С.В. Многофакторная теория этиологии и патогенеза полипоза носа и околоносовых пазух. // Актуальная оториноларингология – 2002. – № 3. – С. 16-23.
2. Ланцов, А.А., Рязанцев, С.В., Цепарский, Б.М., Кошель, В.И. Эпидемиология полипозных риносинуситов. – СПб., 1999.
3. Носуля, Е.В. Ким, И. А. Афанасьева, Н. В.Сумбаева, О. В. Распространенность полипозного риносинусита среди городского населения Восточной Сибири // Российская ринология – 2007. – № 1. – С. 4-7.
4. Коленчукова, О.А., Смирнова, С.В. Лаптева, А.М. Количественный и качественный состав микрофлоры слизистой оболочки носа при полипозном риносинусите // Инфекция и иммунитет. – 2016. – Т. 6. – № 4. – С. 366-372.
5. Прохоров, Г.Г. Основы криохирургии: Обзор истории и современного состояния проблемы. / В кн.: Коченов В.И., ред. Медицинская криология: междунар. сб. научн. трудов. – Н. Новгород. – 2008.– Вып. №5. – 408 с.
6. Глянцев, С.П. Криохирургия. Новая российская энциклопедия – том 9(1). – 2012.
7. Руководство по проблемам криохирургии. Американская Академия дерматологии, Комитет по выпуску руководства. // Журнал Американской Академии дерматологии, – 1994. – № 31. – С.48-53.
8. Соорег, С. Криотерапия в общей практике (дополнения опубликованы в журнале Практикующий врач, 2001;245:1031, 2001;245:954-6.

© Гончарова Ю.А., 2021

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ОЧАГОВООБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Иорданишвили А.К.,

д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова

Робустова Т.Г.,

заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова»

Баринов Е.Х.,

д.м.н., профессор кафедры судебной медицины и медицинского права
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова»

В работе представлены исторические и современные взгляды на патогенез развития очаговообусловленных заболеваний. Под хронической очаговой инфекцией полости рта понимают явные и скрытые очаги инфекции, локализующиеся в органах и тканях полости рта и способные вызывать или поддерживать ряд заболеваний организма или его отдельных органов, протекающих длительно и плохо поддающихся лечению.

Ключевые слова: хроническая очаговая инфекция полости рта, патогенез, развитие очаговообусловленных заболеваний, исторические аспекты

Актуальность

Под хронической очаговой инфекцией полости рта (ХОИПР) понимают явные и скрытые очаги инфекции, локализующиеся в органах и тканях полости рта и способные вызывать или поддерживать ряд заболеваний организма или его отдельных органов, протекающих длительно и плохо поддающихся лечению. Синонимом ХОИПР является понятие хроническая стоматогенная инфекция (ХСИ). Также часто в литературе можно встретить термин «хронические очаги одонтогенной инфекции», к которым относят хронические воспалительные процессы, локализующиеся преимущественно в тканях, окружающих корни зубов, и в структуре всех ХОИПОР играющих ведущую роль.

Учение о хронической очаговой инфекции полости рта имело большое значение для развития всех разделов клинической медицины и актуально по сей день.

Цель сообщения

Осветить исторические и современные взгляды на патогенез развития очаговообусловленных заболеваний.

Материал и методы

Настоящая работа является итогом многолетней работы авторов и основана на подроб-

ном изучении работ по проблеме хронической очаговой инфекции полости рта и результатах собственных исследований, позволивших создать схему основных патогенетических механизмов, имеющих место в развитии очаговообусловленных заболеваний. Особое значение в работе имеют исследования доктора медицинских наук Анны Соломоновны Рабинович, которая явилась автором монографии «Хроническая очаговая инфекция полости рта», изданной 60 лет тому назад в Москве, Государственном издательстве медицинской литературы (М.: МЕДГИЗ, 1960) (3).

Результаты и их обсуждение

Результаты анализа отечественной и зарубежной литературы показывают, что в конце XIX века английский врач Гюнтер, изучая ряд заболеваний внутренних органов, обратил внимание на нездоровый цвет лица его больных, наличие «у них неврозоз, анемии, расстройств пищеварения». При этом Гюнтер выявил, что у всех больных в полости рта имелись зубы с некротизированной пульпой. После удаления таких зубов у большинства больных наступило значительное улучшение самочувствия или выздоровление. В 1910 г. Гюнтер сформулировал понятие об очаговой инфекции полости рта и ротовом сепсисе, которое получило

быстрое распространение за рубежом и имело много сторонников. Гюнтер призывал удалять все зубы с некротизированной пульпой, так как считал, что лечение таких зубов «консервирует в них инфекцию».

В начале XX века в работах американских ученых Биллингса и Розенау была предложена доктрина ротового сепсиса. Основные положения этой доктрины были следующими. Микроорганизмы стрептостафилококковой группы могут значительно изменять свою вирулентность в зависимости от условий внешней среды и особенно от содержания в ней кислорода. Кроме этого, патогенные микроорганизмы обладают феноменом избирательной локализации, то есть микробы из очага одонтогенной инфекции способны проникать через ток крови и поражать различные внутренние органы и ткани, по отношению к которым они обладают определенным сродством. Отсюда следовал вывод, что любой зуб с некротизированной пульпой подлежит обязательному удалению.

Практическим результатом этой доктрины явилось массовое удаление зубов с хроническими периапикальными очагами одонтогенной инфекции и некрозом пульпы. Такой упрощенный подход к решению сложных клинических вопросов устранял необходимость какой-либо дифференциальной диагностики этих очагов инфекции и выбора метода их лечения.

В Европе на основании экспериментальных работ стоматологов, терапевтов, бактериологов и других специалистов доктрина ротового сепсиса подверглась в более поздние годы резкой критике, так как были получены новые данные и вскрыт ряд методических ошибок в экспериментах, проведенных Биллингсом и Розенау.

В СССР вопрос о хронической стоматогенной очаговой инфекции и сенсibilизации организма впервые глубоко освещался в 1925 г. на II Всесоюзном одонтологическом съезде. Отечественные ученые С.С. Стериопуло, Я.С. Пеккер, Н.А. Астахов, Д.А. Энтин и другие дали критическую оценку доктрине ротового сепсиса, феномену избирательной локализации микроорганизмов и высказали собственные научные представления о взаимосвязи между хроническим очагом инфекции и заболеваниями внутренних органов с учетом сенсibilизации организма человека, состояния его нервной системы и иммунитета.

Большой вклад в разработку этого вопроса внесла А.С. Рабинович, которой были проведены собственные исследования по изучению вегетативной иннервации пародонта, гемодинамической реакции, вызываемой удалением зуба, непосредственных и отдаленных результатов санации полости рта при некоторых вариантах хронического полиартрита, нефрита, субфебрильных состояний неясной этиологии, а также при лечении вяло гранулирующих ран после огнестрельной травмы (1,2,3,4,5).

В результате проведенных исследований были разработаны новые методы консервативного лечения зубов при осложненном кариесе, а также пересмотрены известные методы лечения, направленные на сохранение зубов. Однако патогенетическая роль хронических одонтогенных очагов инфекции в возникновении патологии внутренних органов сомнений ни у кого не вызывала.

Учение о хронической стоматогенной инфекции и сенсibilизации организма имело большое и важное значение в развитии стоматологии, внесло определенный вклад в развитие всей современной клинической медицины и остается актуальным и в настоящее время.

Ведущее место в этиологии хронических очагов одонтогенной инфекции занимает микробный фактор. Выделяемые из одонтогенных очагов инфекции микробы представляют собой ассоциации стрептококков, стафилококков, грамположительных и грамотрицательных палочек, спиралевидных форм бактерий. Реже высеваются монокультуры.

В последние годы раскрыты многие механизмы хронизации острых инфекционных одонтогенных процессов, чаще верхушечных периодонтитов. Сущность этих механизмов заключается в том, что в период острого воспаления в периодонте накапливаются антигены, среди которых основную роль играют эндотоксины грамотрицательных микроорганизмов. Эндотоксины оказывают сильное антигенное воздействие на иммунное состояние периодонта и окружающих его тканей. Реакция тканей периодонта на непрерывное раздражение антигенами, поступающими из канала корня зуба, проявляется в виде антигенозависимых и клеточно-обусловленных процессов. К антигенозависимым относятся иммунокомплексы реакции типа Артюса и IgE обусловленные ре-

акции, к клеточно-обусловленным – реакции гиперчувствительности замедленного типа.

Развивающееся хроническое воспаление в периодонте при нормальном иммунном статусе следует рассматривать как защитный барьер, предотвращающий распространение продуктов распада тканей, микроорганизмов и их токсинов в общую крово- и лимфоциркуляцию из зоны инфекционного воспаления около верхушки корня зуба.

Вместе с тем формирование такого защитного барьера может нарушаться из-за повышения вирулентности микрофлоры или из-за возникновения недостаточности функционирования иммунной системы.

При этом масштаб реакции иммунной системы может быть различным, она может протекать на уровнях всего организма, при локальных воспалительных процессах (пульпит, периодонтит) отмечаются изменения в иммунологических показателях преимущественно материала из десневой борозды, в меньшей степени – в иммунограмме ротовой жидкости, и совсем едва заметные сдвиги – в иммунограмме периферической крови.

Наличие в организме человека хронических очагов инфекции может обусловить развитие и отягощать течение большого количества заболеваний. Известно более 70 нозологических форм различных очаговообусловленных заболеваний и состояний. Среди них наиболее часто упоминают ревматизм, нефриты, болезни суставов, сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные заболевания, вегетоневрозы, болезни глаз, кожи и другие.

Роль инфекционного очага может играть всякий длительно текущий инфекционно-воспалительный процесс в том или ином органе. Хроническими стоматогенными очагами инфекции (ХСОИ) являются верхушечные периодонтиты, околокорневые и фолликулярные кисты зубов, многие заболевания краевого пародонта и слизистой оболочки полости рта (гингивиты, пародонтиты, язвенно-некротические стоматиты и т.п.), кариес зубов и другие. ХСОИ составляет от 50% и более от очагов хронической инфекции организма.

Среди очагов хронической стоматогенной инфекции и сенсibilизации необходимо различать первичные, располагающиеся в органах и тканях полости рта; вторичные, находящиеся

во внутренних органах и тканях организма человека, а также транзиторные, локализующиеся, как правило, в лимфатических узлах.

В начальные сроки существования очагов стоматогенной инфекции имеет место мобилизация защитных сил организма человека, которая достаточна для компенсации влияния этого очага за его пределами. Такое состояние компенсации может поддерживаться неопределенно длительное время. Однако самые различные экзогенные и эндогенные факторы, чаще неспецифического характера (перегревание или переохлаждение организма, переутомление, резкое изменение микроклимата или условий труда и быта человека, перенесенные заболевания и т.п.), приводят к быстрому истощению компенсаторных возможностей организма, активизации инфекционного очага и возникновению обусловленных заболеваний.

Учитывая, что взаимосвязь очага хронической стоматогенной инфекции и организма имеет весьма сложный характер, в 2000 г. А.К. Иорданишвили условно выделил следующие семь основных патогенетических механизмов, каждый из которых в большей или меньшей степени имеет место в развитии очаговообусловленных заболеваний, которые в настоящее время насчитывается более 70 нозологических форм.

1. Рефлекторный механизм. Ведущая роль отводится самому инфекционному агенту (микробам и их токсинам), который создает в очаге активные рецепторные поля раздражения. Последние рефлекторно через центры головного мозга вызывают нарушение функции вегетативной нервной системы и регуляции работы внутренних органов и систем организма с последующим развитием в них функциональных и дистрофических изменений.

2. Пиофагия. На развитие и клиническую картину заболеваний пищеварительной системы особенно неблагоприятно может влиять постоянное проглатывание больным гноя, выделяющегося из пародонтальных карманов при пародонтите или из свища при хроническом гранулематозном или гранулирующем периодонтите и околокорневой кисте челюсти.

3. Низкий уровень иммунологической реактивности организма человека, при котором возможно проникновение микробов из очагов стоматогенной инфекции в кровеносное рус-

ло, что клинически определяется как острый сепсис. С целью подтверждения диагноза и выбора лечебной тактики в таких случаях проводят бактериологическое исследование — посев крови на питательные среды для выявления возбудителя и определения его чувствительности к различным лекарственным препаратам (антибиотикам).

4. Токсемия. Поступление в кровь токсинов микроорганизмов, находящихся в очаге хронической стоматогенной инфекции, обуславливает затяжной субфебрилитет, изменения в картине крови и другие клинические симптомы, характерные для хронической интоксикации организма.

5. Аллергические механизмы. Микроорганизмы, находящиеся в очагах инфекции, вызывают сенсibilизацию организма человека и образование в нем специфических антител. При вторичном инфицировании организма тем же видом микробов возникают более выраженные общие и местные симптомы воспалительной реакции.

6. Аутоиммунный механизм. В крови появляются антигены тканевого происхождения (цитотоксины), которые образуются в результате повреждения тканей и распада белка. Цитотоксины, являясь аутоантигенами, также изменяют чувствительность организма человека и вызывают его сенсibilизацию и хронизацию воспалительного процесса.

7. Эндотоксикоз. Воспалительные процессы, локализующиеся в челюстно-лицевой области сопровождаются эндогенной интоксикацией, обусловленной поступлением в кровь фракции эндотоксинов лизосомального происхождения, продуктов тканевого распада, бактериальных токсинов и других токсических продуктов, образующихся в самом организме в результате тех или иных нарушений жизненных функций (2).

Диагностика ХСОИ важна на ранних стадиях развития. Однако это весьма сложная задача, особенно при сочетании ее с тонзиллогенными и риногенными очагами инфекции. Затрудняет диагностику ХСОИ самолечение больных, которое существенно изменяет клиническую картину заболевания.

При уже развившемся очаговом заболевании весьма трудно, а порой и невозможно установить причинный фактор, так как часто

диагностируют сразу несколько очагов хронической инфекции (в носоглотке, миндалинах, околозубных тканях и др.). В свою очередь, общие заболевания организма приводят к более активному течению очаговой стоматогенной инфекции. Возникает своеобразный порочный круг: общее и местное заболевания взаимно отягощают друг друга. Разорвать такой круг бывает нелегко. Однако несомненно, что лечение ХСОИ необходимо для профилактики и комплексного лечения очагово обусловленных заболеваний организма человека. Только после санации полости рта и устранения всех выявленных хронических воспалительных процессов лечение основного заболевания бывает эффективным.

В настоящее время стоматологи располагают достоверными клиническими и лабораторными тестами для выявления очагов хронической стоматогенной инфекции и установления степени их активности.

Заключение

Как показывают современные клиничко-лабораторные, бактериологические и иммунологические исследования о роли ХОИПР в развитии того или иного заболевания однозначно дать предпочтение какому либо одному патогенетическому механизму нельзя. Очевидно, имеет место сложный механизм связей ХОИПР, которые зависят от многих причин и, прежде всего, от общей резистентности организма, сопутствующих заболеваний, а также других эндогенных и экзогенных факторов. Вместе с тем, представленные основные патогенетические механизмы, каждый из которых в большей или меньшей степени имеет место в развитии очаговообусловленных заболеваний, следует знать врачам любой специальности. Также выделение основных патогенетических механизмов развития очаговообусловленных заболеваний актуально в педагогическом плане, позволяя студентам медицинских вузов развивать клиническое своё мышление.

Литература

1. Балин, В.Н., Васильева, Л.В. В развитие научных взглядов проф. И.С. Рубинова и проф. А.К. Иорданишвили на патогенез и лечение болезней пародонта // Terra medika. – 2003. – № 1 (2). – С. 16–18.

- Иорданишвили, А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 248 с.
- Рабинович, А.С. Хронические очаговые инфекции полости рта. – М.:МЕДГИЗ, 1960. – 138 с.
- Робустова, Т.Г., Иорданишвили, А.К., Лысков, Н.В. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений, возникающих после операции удаления зуба // Пародонтология. – 2018. – № 2. – С. 58–61.
- Робустова, Т.Г. Хирургическая стоматология: учебник. – М.: Медицина, 2009. – 512 с.
© Иорданишвили А.К., Робустова Т.Г., Баринев Е.Х., 2021

УДК 539.1.06

ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ В ХМАО-ЮГРЕ

Билан Е.В.,
заместитель главного врача по онкологии БУ «Окружная клиническая больница»
Асеев Н.И.,
заведующий отделением медицинской физики окружного онкологического центра
БУ «Окружная клиническая больница»
Бондученко Н.А.,
врач-радиолог окружного онкологического центра БУ «Окружная клиническая больница»

8 ноября 1895 года немецкий физик Вильгельм Конрад Рентген обнаружил существование лучей, впоследствии названных его именем.

Кстати, в года Блокады жители Ленинграда не только не снесли его памятник, но, после того как блокада была снята, даже и отремонтировали его.

Рождение новой медицинской науки – рентгенологии – дало впоследствии жизнь такому направлению, которое мы сегодня называем ядерная медицина.

Ключевые слова: ядерная медицина, рентгенология, изотоп

У каждого из химических элементов, перечисленных в таблице Менделеева, есть свои короткоживущие версии – изотопы. Ядра их нестабильны и распадаются. Скорость распада может варьировать от миллионов лет до нескольких секунд. Причем испускаемые частицы имеют фиксированный, известный пробег в биологических тканях. Если поместить такой изотоп в раковую опухоль, зная, что дальше большой клетки излучение не распространяется, то можно уничтожить раковую опухоль прямо на месте ее рождения.

Плодами этого разросшегося дерева пользуются практически все медицинские профессии. Уже в открытой печати появились сообщения об успешных опытах лечения с помощью малых доз радиации Covid-19.

Анализ неудач хирургического лечения онкологических больных свидетельствует, что 30-40% из них приходится на локорегионарные рецидивы. Это больные, которым необходимо проводить оперативное лечение лишь после лучевой обработки. Разумеется, возникает мно-

го технических сложностей для хирурга и клинического радиолога. Центров, имеющих возможности для проведения таких манипуляций, в масштабах страны недостаточно. Но, главное, преодолеть внутреннее чувство сопротивления медицинских работников перед процедурой, которая не даёт мгновенного ответа и затрудняет дальнейшие действия.

Процедура, ставшая привычной, пока лишь достояние врачей Ханты-Мансийского окружного онкологического центра.

Для этой цели используется, как правило, квантовое излучение. При квантовом излучении практически не располагающем массой, глубина проникновения в ткани значительна.

Корпускулярное излучение, практически не проникая снаружи, при попадании во внутренние полости, обеспечивает значительный поток вторичного излучения, чем и пользуются как врачи –диагносты так и лечебники.

Сегодня считается, что 70-75% онкологических больных нуждаются в лучевой терапии.

Виды и способы лучевой терапии настоль-

ко разнообразны и применяются не только в лечении и диагностике онкологической патологии.

Строгое определение термина ядерная медицина заключается в использовании короткоживущих элементов, которые в процессе своего распада генерируют ионизирующее излучение. Это излучение можно отслеживать. На этом основана диагностика не только в онкологии, но и в смежных областях медицины. При использовании достаточно крупных доз эти же элементы можно использовать и для разрушения раковых клеток.

Для радионуклидной диагностики используют радиофармацевтические препараты (РФП). РФП называется химическое соединение, содержащее в своей молекуле определенные радиоактивные нуклиды, которые разрешены для введения человеку с диагностической или лечебной целью. Для разных заболеваний используются разные изотопы: воспаленные клетки миокарда определяют с помощью «Галлия 68».

К ядерной медицине можно отнести и точечное воздействие лучей высокой энергии на пораженные участки тела. Слова «Гамма-Нож», а также «Брахитерапия» сегодня на слуху у многих. Суть процесса в том, что из множества пучков, сконцентрированных в одной точке, удастся создать очаг разрушения патологически измененной ткани. То есть разрушить то, что не приносит человеку пользы без разрезов и ампутаций.

Окружная столица обладает практически полным набором технических, лечебных и диагностических возможностей для реализации практически полного спектра ядерной медицины. По мнению авторов, для расширения методов возможен выезд автомобиля с Изотопом из стен Ханты-Мансийской окружной больницы в 4 часа утра и уже в 9 утра первый больной в стенах Сургутского онкоцентра или кардиологического центра получит необходимую процедуру.

© Билан Е.В., Асеев Н.И., Бондученко Н.А., 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рецлова Ю.А., Казакова В.А. Электронная медицинская карта как элемент бережливого производства, управления качеством и рисками. Опыт БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника».....3

Васильева Е. Н., Кондакова Е. Г. Опыт применения основ коучинга в управлении подразделением медицинской организации.....8

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Каргапольцева Е.А., Улитина И.В., Павлова Е.В., Лакомова И.Н. Опыт открытия кабинета функциональной диагностики по дерматоскопии в БУ «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер».....14

Кузьмичев Д.Е., Кондаков В.А., Скребов Р.В., Мисников П.В. Анализ деятельности Нижневартовского судебно-химического отделения Восточного зонального отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2018, 2019, 2020 годов.....19

Нохрин А.В., Алибеков И.М., Чухманова Г.В., Троцко Н.А., Давятов Е.В., Папушев С.В. Организация и оптимизация лечения оториноларингологических пациентов на базе БУ «Лангепасская городская больница».....25

Шастин А. С., Газимова В. Г., Цепилова Т. М. Первичная заболеваемость взрослого трудоспособного населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Региональные особенности. COVID-19.....28

Ершов В.И., Салманов Ю.М., Хафизов И.З. Анализ смертности на догоспитальном этапе при оказании скорой медицинской помощи в г. Сургуте за 2015-2019 года.....33

Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Скребов Р.В., Мисников П.В. Анализ деятельности филиала «Отделение в г. Мегионе» Восточного зонального отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2018, 2019, 2020 годов.....35

АКТУАЛЬНО

Билан Е.В., Асеев Н.И., Бондученко Н.А. Ближайшие перспективы борьбы за раннюю диагностику злокачественных новообразований среди жителей ХМАО-Югры.....43

Абраменко Л.А., Ешану О.Ю. Не доведи до инфаркта.....46

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Иорданишвили А.К., Баринов Е.Х. Новый метод оценки личностного реагирования на болезнь.....49

Кузнецова Г.И. Влияние шума на здоровье работников нефтедобывающей промышленности.....53

Чумаченко Л.А., Ибрагимова Е.А., Колечкина Л.Ю., Гильванов В.А. Стратегии повышения мотивации пациентов к лечению методом лечебной физкультуры.....61

Пищаев Е.В., Кропкин В.А., Осипов В.В., Обухов Н.С. Эволюция экстренной андрологии.....65

Гончарова Ю.А. Лечение хронического полипозного риносинусита методом криодеструкции.....68

Иорданишвили А.К., Робустова Т.Г., Баринов Е.Х. Патогенетические аспекты развития очаговообусловленных заболеваний.....73

Билан Е.В., Асеев Н.И., Бондученко Н.А. Вчера, сегодня и завтра ядерной медицины в ХМАО-Югре.....77

*Поздравляем с 40-летним юбилеем коллектив
БУ «Лангепасская городская больница»!*

За 40 лет больницей пройден сложный и успешный путь становления от небольшой врачебной амбулатории до современного многопрофильного комплекса.

С момента своего основания больница выполняла самые сложные задачи, стояла на страже жизни и здоровья югорчан. В медицине одинаково важны как знания, так и опыт, и постоянное совершенствование своей работы, внедрение инновационных методов лечения и диагностики, позволяет вам многого добиваться.

Главным достоянием больницы является её высокопрофессиональный коллектив врачей, медицинских сестер, фельдшеров, фармацевтов, младшего медицинского персонала, каждый из которых достойно выполняет свой профессиональный долг.

В этот праздничный день примите самые искренние поздравления!

Желаем профессиональных успехов и тех благ, которые вы ежедневно дарите людям – здоровья, радости и уверенности в завтрашнем дне!

