



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



ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 3 /20/2019

Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16 +



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 3(20) 2019

16 +

Учредитель

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

Редакция

Зав. редакцией
Дёмин Е.А.

Секретарь редакции

Змановская Е.В.

Дизайн и верстка журнала

Митрофанов М.Г.

Корректор

Шереметьева В.В.

Адрес издателя, редакции

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

Главный редактор

Чистяков С.Н.

Зам. главного редактора

Овечкина Т.Д.

Ответственный секретарь

Токарева И.В.,
кандидат филологических наук

Все права защищены.

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

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

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

На обложке: Максим Валерьевич Смирнов – главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижевартовская городская станция скорой медицинской помощи»

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

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

Дата выхода 08.10.2019 г.

Усл.печ. 9.

Тираж 100 экз.

Выходит раз в
три месяца

Цена
свободная

Отпечатано

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



Уважаемые коллеги!

Мы рады приветствовать читателей, коллег – наших постоянных авторов, а также новых, которые добавились к нашему сообществу с данного номера – № 3 за 2019 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.

Но, с другой стороны, перед вами новый номер журнала «Здравоохранение Югры: опыт и инновации», одной из тем которого является осмысление вопросов, связанных с развитием экспорта медицинских услуг, в том числе лечебно-оздоровительного туризма, его тенденций и потенциала.

Актуальность представляемых статей определяется современными проблемами, которые

стоят перед обществом: особенности суицидального поведения в подростковом возрасте, применение электросудорожной терапии при резистентных состояниях в психиатрии.

Авторы ряда статей, представленных в журнале, рассказывают о саркоме Капоши, которая выявлена у женщины без прямых факторов риска, постмортальной диагностике хронической алкогольной интоксикации доступными методами судебной медицины, а также представлен опыт эндокоррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса препаратом Vantris.

Кроме того, в этом номере журнала в рубрике «Медицина в лицах» публикуются материалы о юбилеях здравоохранения: БУ «Нижевартовская городская станция скорой медицинской помощи» и БУ «Клинический врачебно-физкультурный диспансер», отмечающие 50-ти летний юбилей.

Также Вы сможете познакомиться с научно-практической работой победителя окружного профессионального творческого конкурса для специалистов со средним медицинским образованием и высшим сестринским образованием медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сердце помощи и заботы», посвященного Международному году языков коренных народов и приуроченного к Международному дню медицинской сестры.

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 Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА

Рецлова Ю.А.,

заместитель главного врача по организационно-методической работе
БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»,
ответственный представитель высшего руководства
в области системы менеджмента качества и информационной безопасности

Ломакин П.Н.,

заместитель директора
АНО «Центр менеджмента качества и сертификации» г. Челябинск

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 организация – это тоже живой организм и для того, чтобы этот организм работал качественно и долго необходима постоянная работа над поддержанием и укреплением его органов и систем. Улучшение деятельности направлено на преобразование и изменение, которые максимально предотвратят отклонения от установленных норм и порядков. Система менеджмента медицинской организации, отвечающей лицензионным требованиям, уже состоит из ряда подсистем, на которые распространяют свое действие международные стандарты.

Ключевые слова: система менеджмента качества медицинской организации, международные стандарты, интегрированная система менеджмента

Внедрение ИСМ в БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» началось в 2008 году с внедрения системы менеджмента качества (далее – СМК) на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2008 «Системы менеджмента качества. Требования». На тот момент это было обязательным требованием для всех медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (приказ Департамента здравоохранения ХМАО-Югры от 15 октября 2008 года № 655 «Об организации работ по созданию, внедрению и сертификации системы менеджмента качества»). Особенно активно работа в Учреждении началась с 2009 года после смены консалтинговой организации и повышения заинтересованности высшего руководства Учреждения.



На момент внедрения СМК в Учреждении были:

- выстроенная система контроля качества оказания стоматологической помощи;
- формальная система планирования и отчетности;
- ситуационная инфраструктура (несистемное обслуживание медицинского оборудования, отсутствие управления охраной труда);
- отсутствие систематизированного документооборота;
- отсутствие плановости в закупках, работе с кадрами и т.д.

За период с 2008 по 2019 год в Учреждении в рамках СМК было проведено множество мероприятий, в том числе:

1. Проведено обучение по разъяснению требований обновляющихся стандартов «Системы менеджмента качества. Требования» и методике проведения внутренних аудитов,
2. Разработаны и доведены до персонала Политика и цели в области интегрированной системы менеджмента в виде планов деятельности подразделений и Учреждения в целом.

3. Определены и утверждены формы планов организационных мероприятий, поручений главного врача, планов предупредительных работ по обслуживанию медицинского оборудования, компьютерной и организационной техники и т.д. Определена кратность их оформления, разработан механизм контроля планов.
4. Выстроена жесткая система планирования и проведения закупок согласно действующего законодательства. Разработан стандарт Учреждения «Закупки», который регламентирует деятельность в части закупок в Учреждении.
5. Разработана и внедрена многоуровневая система контроля (аудитов, проверок): еженедельные проверки лечебных отделений старшими медицинскими сестрами и заведующими отделениями, комплексные проверки заместителями главного врача и главным врачом, внутренние аудиты, проверки вышестоящих организаций. Результаты всех проверок оформляются документально, впоследствии разрабатываются планы корректирующих и предупреждающих мероприятий, реализация которых контролируется лично главным врачом на еженедельных планерках.

В рамках внедрения и поддержания СМК (а далее и ИСМ) ежегодно проводятся внешние и внутренние аудиты. Аудитам подвергаются все процессы и подпроцессы ИСМ и все структурные подразделения. Доработана система контроля качества оказания медицинской помощи в Учреждении (5 ступенчатая система). Задокументированы объемы проводимой экспертизы, стандарт по заполнению первичной медицинской документации, классифицированы основные типы ошибок, с 2014 года внедрена электронная медицинская карта во всех лечебных отделениях, что позволило снизить число дефектов оформления первичной медицинской документации.

Система контроля качества в Учреждении не формальна. Ее результаты ежемесячно учитываются при распределении стимулирования работникам за интенсивность и качество работы. По ее результатам определяются темы для врачебных и сестринских конференций, планов повышения квалификации. Итог данной работы – в 2016 году Ханты-Мансийская

стоматология стала лучшей медицинской организацией автономного округа, в которой доля штрафных санкций со стороны страховых медицинских организаций, функционирующих на территории ХМАО-Югры в системе ОМС, составила 0,01%, а по итогам 2017 года – учреждение вошло в пятерку лучших.

6. «Желаемый результат достигается эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессом». В Учреждении определены процессы СМК применительно к деятельности Учреждения (8 процессов и 7 подпроцессов), сформирована схема взаимодействия процессов (см. рис 1):

- идентифицированы в них входы и выходы;
- идентифицированы внутренние и внешние потребители и поставщики;
- идентифицированы взаимосвязи с другими процессами;
- определены возможные риски и мера управления ими;
- распределена ответственность;
- определены ресурсы.

7. Улучшение невозможно, пока не поймешь, где ты находишься. У каждой системы менеджмента (а в СМК – у каждого процесса и подпроцесса) определены критерии результативности и кратность их мониторинга (ежемесячно, ежеквартально, ежегодно). Сбор данных осуществляется посредством:

- анализа исполнения планов работ Учреждения, распоряжений главного врача;
- анализа результатов проверок руководителями структурных подразделений, комплексных проверок;
- анализа результатов контроля качества оказания медицинской помощи в Учреждении;
- анализа работы с кадрами;
- наличия бесперебойной работы всего оборудования;
- бесперебойного запаса расходного материала;
- результатов анкетирования и анализа обращений граждан и т.д.;
- внешних и внутренних аудитов системы;
- проверок вышестоящих организаций.

После сбора данных, их обработки и анализа ставятся новые цели для достижения положительного результата.

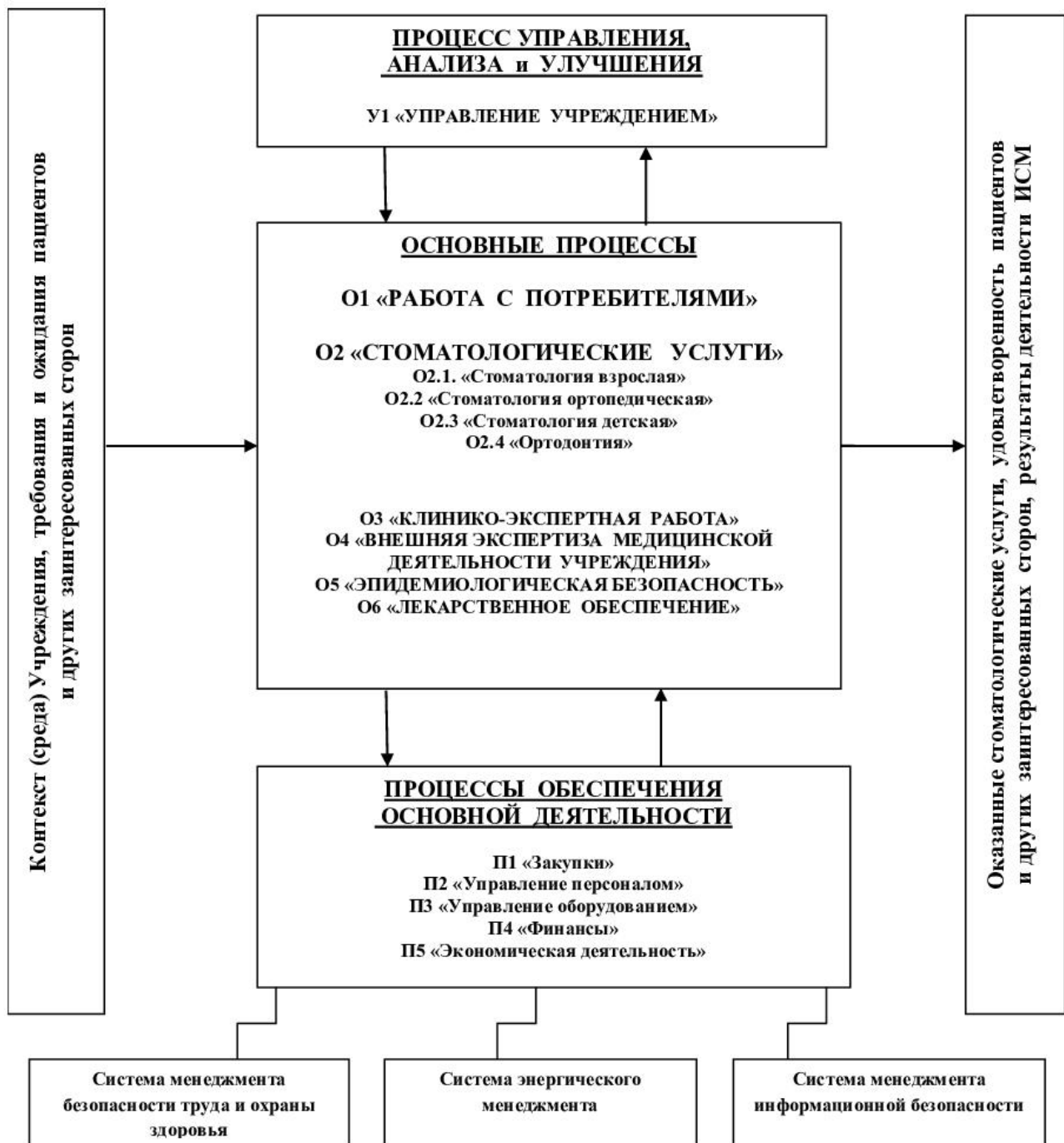


Рис. 1. Схема взаимодействия процессов ИСМ

8. Особое внимание хочется уделить процедуре управления документацией. Для многих, желающих внедрить ту или иную систему менеджмента, документирование является камнем преткновения. Тем не менее, без документирования невозможно достичь результата. Документирование помогает:

- регламентировать требования оформления, изложения, содержания и обозначения внутренних документов;
- устанавливать общие требования к управлению документами в целях унификации требований по оформлению внутренних документов.

Как показывает наш опыт внедрения ИСМ, не все руководители структурных подразделений, несмотря на активное их информирование со стороны ответственных представителей высшего руководства, своевременно актуализируют документацию в структурных подразделениях. Поэтому, благодаря наличию в Учреждении единой локальной сети, к которой подключены все рабочие места, включая выездные стоматологические кабинеты в школах, детских садах и др., все актуализированные документы находятся в локальной компьютерной сети Учреждения. Документация на бумажном носителе

ле находится только у ответственного представителя высшего руководства по качеству.

В рамках работ по разработке, внедрению и поддержанию ИСМ разработаны:

- стандарты Учреждения;
- методологические инструкции;
- различного рода Положения, Порядки, с 2017 года – стандартные операционные процедуры;
- инструкции по охране труда и информационной безопасности;
- актуализированы Должностные инструкции;
- в том числе, в рамках реализации федерального законодательства, приказ по «Контролю качества оказания медицинской помощи в Учреждении» трансформирован в приказ по «Безопасности медицинской деятельности».

9. «Организации зависят от своих потребителей, и поэтому должны понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания».

Потребителями наших услуг являются:

- пациенты,
- страховые компании (как в системе обязательного, так и добровольного медицинского страхования), Ханты-Мансийский территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
- департамент здравоохранения и иные вышестоящие и контролирующие организации.

Удовлетворенность населения медицинской помощью является одним из утвержденных целевых индикаторов, отражающих степень достижения запланированных результатов.

Диаграмма 1

Показатель удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи в Учреждении в сравнении с программно-целевыми показателями Депздрава Югры и Учреждения в динамике за 2008 – 2018 гг.



Результаты анкетирования ежемесячно предоставляются главному врачу и на заседание аналитической комиссии, доводятся до сведения сотрудников Учреждения на общеполитических планерках.

На сегодняшний день Учреждение является полностью пациентоориентированным. На основании пожеланий пациентов в Учреждении:

- модернизирована систем записи к врачам-специалистам (запись к специалистам первичного звена в 95% осуществляется через электронные источники записи, выкладка талонов перенесена на вечернее время, лечащий врач записывает на консультативные, диагностические и лечебные

мероприятия к специалистам смежных стоматологических специальностей Учреждения самостоятельно, исключая повторное обращение пациента в регистратуру);

- введена система «Санация +» – возможность приема пациентов через 6 месяцев после полной санации, минуя регистратуру;
- в холлах детских кабинетов размещены телевизоры с мультфильмами;
- темы для проведения санитарно-просветительской работы выбираются по желанию пациентов.

С целью повышения информированности пациентов с 2010 года в Учреждении функционирует официальный сайт с возможностью об-

ратной связи. С 2017 года созданы официальные аккаунты Учреждения в социальных сетях (Инстаграм, ВКонтакте, Фейсбук).

10. Проводится постоянное обучение специалистов, как на сертификационных циклах, так и на мастер-классах, научно-практических конференциях, врачебных конференциях, семинарах-практикумах, совещаниях. Внедрена система тестирования медицинского персонала по основным вопросам (знание нормативно-правовой базы, мероприятий по неотложной помощи, владения средствами пожаротушения и т.д.). С 2018 года с целью повышения качества оказания медицинской помощи введен экзамен сдачи мануальных навыков врачами и медицинскими сестрами. Возглавляет эту комиссию лично главный врач.
11. Разработаны и реализуются планы предупредительного ремонта (технического обслуживания) медицинского оборудования, компьютерной и организационной техники. Ведется постоянный мониторинг качества работы обслуживающих организаций (своевременного контроля качества воды, работы вентиляционной системы, подготовки здания Учреждения к осенне-зимнему и летнему периоду и т.д.).

Внедрение любой формы менеджмента невозможно без двух основных принципов: ли-

дерства руководства и вовлечения работников в процесс.

Как сказал Дуайт Д. Эйзенхауэр: «Лидерство – это искусство побуждать людей делать то, что вам нужно, да еще и потому что они хотят сделать это». По личному опыту можем сказать, что какими бы ответственными и работоспособными не были ответственные представители высшего руководства и координационный совет в любой системе менеджмента, она не будет внедрена, пока руководитель медицинской организации не будет:

- иметь четкую убежденность в необходимости разработки, внедрения и поддержания системы менеджмента;
- соблюдать принципы построения систем менеджмента;
- устанавливать цели и внедрять стратегии;
- понимать и отвечать изменениям во внешней среде;
- иметь четкое видение будущего;
- обеспечивать необходимыми ресурсами;
- обучать персонал;
- лично осуществлять контроль за деятельностью Учреждения.

«Работники всех уровней составляют основу организации, и их полное вовлечение даёт возможность организации с выгодой использовать их способности».

Критерий	Результаты в Учреждении
Осознавать личный вклад в достижение общих целей	Все работники Учреждения ознакомлены с Политикой в области ИСМ, со стандартами, положениями, инструкциями, СОП (по профилю деятельности)
Участвовать в решении проблем, внесении улучшений	- Идет постоянный обмен мнениями с работниками на еженедельных планерках, - Представители коллектива входят в состав комиссии по охране труда, комплексных проверок и т.д.
Повышать компетентность	Повышение квалификации работников проходит на сертификационных циклах, семинарах, мастер-классах, вебинарах, врачебных и сестринских планерках, в том числе по результатам выездных учеб, чтение специальной литературы
Обмениваться знаниями и опытом	- Ведется активная работа по подготовке кадрового резерва, - Восстановлен опыт наставничества, - Обмен опытом по результатам посещения сертификационных циклов, вебинаров, семинаров-практикумов, мастер-классов, чтения специализированной литературы
Ориентироваться на нужды потребителей	Информирование о результатах анкетирования, обращений граждан

К 2011 году СМК в Учреждении стала стабильной и активно развивающейся. А, как известно, совершенству нет предела. Поэтому развивая Учреждение дальше, мы начали внедрять следующие системы менеджмента. При этом требования других систем менеджмента во многом перекликаются с требованиями действующего на тот момент стандарта СМК (ответственность руководства (политика, цели, задачи, планирование, анализ со стороны высшего руководства, управление записями и документацией, менеджмент ресурсов, мониторинг и измерения, внутренние аудиты и т.д.). Поэтому в Учреждении было принято решение о разработке и внедрении системы менеджмента безопасности труда и охраны здоровья (далее – СМБТиОЗ), а впоследствии и системы экологического менеджмента (далее – СЭМ), система энергического менеджмента (далее – СЭнМ), система менеджмента информационной безопасности (далее – СМИБ) стали развиваться на основе СМК. Модернизированную систему менеджмента мы назвали интегрированной системой менеджмента.

Интегрированная система менеджмента (ИСМ) – часть системы общего менеджмента, отвечающая требованиям двух или более международных стандартов и функционирующая как единое целое. Совершенно очевидно, что интегрированную систему менеджмента не следует отождествлять с системой общего менеджмента организации, объединяющей все аспекты деятельности организации. В этом плане понятие «интегрированная система менеджмента» носит ограниченный характер, хотя и является более комплексным, чем понятие о каждой из тех отдельных систем менеджмента (система менеджмента качества, система экологического менеджмента и пр.), которые объединены в ИСМ. Даже при внедрении в организации всех действующих в настоящее время систем менеджмента ИСМ не будет тождественна системе общего менеджмента организации, так как область её распространения пока ещё не включает финансовый менеджмент, инновационный менеджмент и др.

Преимущества внедрения ИСМ:

- интегрированная система обеспечивает большую согласованность действий внутри организации, усиливая тем самым синергетический эффект;



- интегрированная система минимизирует функциональную разобщенность в организации, возникающую при разработке автономных систем менеджмента;
- создание интегрированной системы, значительно менее трудоемко, чем нескольких параллельных систем;
- число внутренних и внешних связей в интегрированной системе меньше, чем суммарное число этих связей в нескольких системах;
- объем документов в интегрированной системе значительно меньше, чем суммарный объем документов в нескольких параллельных системах;
- в интегрированной системе достигается более высокая степень вовлеченности персонала в улучшение деятельности организации;
- способность интегрированной системы учитывать баланс интересов различных сторон организации выше, чем при наличии параллельных систем.

На сегодняшний день Учреждение внедрило, сертифицировало и поддерживает четыре системы менеджмента:

1. С 2010 года СМК в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2015.
2. С 2012 года СМБТиОЗ в соответствии с требованиями ГОСТ Р 54934-2012/OHSAS 18001:2007.
3. С 2014 года СЭМ в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 14001-2016 и СЭнМ в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 50001-2012.
4. С 2018 года Учреждение начало внедрять СМИБ в соответствии с требованиями ISO/IEC 27001:2013. В мае 2019 года Учреждение успешно прошло сертификацию данной системы менеджмента.

При внедрении всех последующих систем менеджмента:

- проводился оценочный аудит действующей системы;

- назначались ответственные представители высшего руководства;
- разрабатывался план внедрения систем;
- определялись цели и задачи, критерии результативности каждой системы менеджмента;
- разрабатывались стандарты и методологические инструкции каждой системы менеджмента;
- по мере увеличения числа внедряемых систем менеджмента велась доработка Политики ИСМ Учреждения, которая доводилась до работников Учреждения, пациентов и организаций, с которыми сотрудничает Учреждение;
- определялись риски каждой системы менеджмента и меры управления ими.

В Учреждении на сегодняшний день в рамках СМБТиОЗ за период с 2011 по 2018 год:

- устранен вредный фактор световой среды на всех рабочих местах (проведена замена светильников освещения на более безопасные по уровню пульсации);

- проводится регулярная очистка и дезинфекция вентиляционных шахт и кондиционеров Учреждения;

- в целях снижения нагрузки на персонал, приобретены тележки для транспортировки стерильного инструментария;

- в местах, где имеется контакт с электрическим током, проводится периодическая проверка электрических соединений, замеры сопротивления изоляции, приобретаются необходимые средства индивидуальной защиты;

- проводится приобретение специальной одежды и средств индивидуальной защиты с учетом пожеланий персонала (моделей медицинской формы, качества медицинских перчаток и масок и др);

- проведена специальная оценка условий труда на всех рабочих местах;

- организовано проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в соответствии с результатами специальной оценки условий труда за счет средств работодателя;

- в целях практической отработки навыков действий в аварийных ситуациях в Учреждении два раза в год проводятся объектовые тренировки действий персонала в чрезвычайных ситуациях;

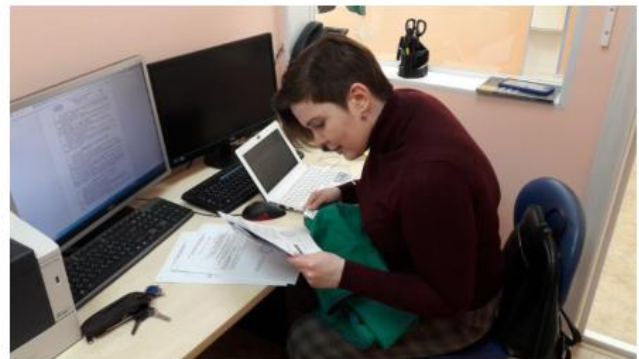
- ежегодно готовится пакет документов в ФСС для оформления финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников.

В СЭМ с целью снижения негативного воздействия на окружающую среду за период с 2013 по 2018 год:

- приобретена установка Балтнер 50 для обеззараживания отходов класса Б и изменения их внешнего вида. В результате чего уменьшился расход дезинфицирующих средств, предотвращен сброс в систему канализации 5750 литров рабочего раствора дезинфектанта;

- проводится утилизация лекарственных препаратов с истекшим сроком годности, использованных батареек и аккумуляторов в специализированных организациях в рамках заключенного договора;

- производится сбор и сдача на вторичную переработку бумаги.



В СЭнМ с целью соблюдения требований по энергосбережению за период с 2013 по 2018 год:

- произведена замена люминисцентных светильников и ламп накаливания на светодиодные;
- приобретение медицинской, бытовой, компьютерной и оргтехники производится преимущественно с энергоэффективностью класса «А»;
- в помещениях общего назначения установлены датчики движения для управления освещением;
- при проведении ремонтных работ в помещениях Учреждения организована замена окон на энергоэффективные;
- проведено утепление фасада здания;
- организована регулировка режимов работы систем приточной и вытяжной вентиляции в здании;
- организована централизованная настройка работы компьютерной и оргтехники для оптимизации режимов работы оборудования.

В СМИБ с целью соблюдения требований по информационной безопасности за период с 2018 год:

- составлен перечень ресурсов СМИБ;
- составлена Программа СМИБ, охватывающая комплекс мер по соблюдению как информационной и физической безопасности;
- внутри и по периметру здания установлена система видеонаблюдения с возможностью архивирования данных, внедрена система контроля управления доступом в здание, заключен договор на физическую охрану здания, в том числе дополнительно на кассу и «золотую комнату», вход в архив с первичной медицинской документацией ограничен биометрическим замком, вход в ограничен доступ в помещения, где обрабатываются персональные данные автоматизированным и неавтоматизированным способом, в ночное время вход в поликлинику осуществляется по паспортам;
- серверное оборудование находится в помещениях с контролируемым доступом и физическими параметрами (температура, влажность, задымленность и др), имеется контур заземления;
- ежегодно производится закупка лицензионного антивирусного программного обеспе-

чения с учетом исключения конфликта с имеющимся иным программным обеспечением;

- организован учет носителей персональных данных;
- опломбировано оборудование, на котором находятся персональные данные работников и пациентов;
- внедрена парольная система при входе в персональные компьютеры и информационные системы;
- разграничен доступ к папкам внутреннего файлообмена, информационным системам;
- разделены сети с персональными данными сотрудников и пациентов;
- внедрен межсетевой экран;
- настроен переход экранов компьютерной техники в спящий режим после определенного периода бездействия;
- составлен реестр электронных адресов, программных продуктов, информационных систем, ЭЦП и их блокировка при прекращении эксплуатации;
- заблокирован доступ USB-носителей к ПК, содержащим персональные данные;
- обработку персональных данных осуществляют только те работники и в тех местах, которые утверждены приказом по Учреждению;
- заблокирована возможность пользования социальными сетями на рабочих местах;
- доступ к Wi-Fi в холлах Учреждения осуществляется через парольную систему;
- ведется программная регистрация по мониторингу изменений в информационные системы (собираются логи) и др.

Таким образом, внедрение ИСМ в Учреждении позволило:

- снизить внеплановые экономические потери, возникающие вследствие аварий, несчастных случаев и профессиональных заболеваний, а также при проведении проверок контролируемых организаций;
- держать на высоком уровне удовлетворенность потребителей услуг Учреждения;
- снизить потери рабочего времени;
- повысить дисциплину сотрудников;
- повысить удовлетворенность и сознательность сотрудников;
- улучшить свой имидж в глазах коллег и вышестоящих организаций.



Вывод

Интегрированная система менеджмента обеспечивает:

- прозрачность управления качеством процессов, происходящих в Учреждении;
- управление профессиональной безопасностью и здоровьем персонала Учреждения, а также потребителей, поставщиков, посетителей, подрядчиков и других заинтересованных сторон;
- основу внедрения новых технологий;
- выход на новый уровень регулирования проблем для поддержания конкурентоспособности;
- прозрачность системы управления и внутренних процессов организации;
- повышение результативности внутренних процессов организации;
- предупреждение появления несоответствий;
- непрерывное совершенствование деятельности организации;
- основу для внедрения других систем менеджмента.

© Рецлова Ю.А., Ломакин П.Н.,
Казакова В.А., 2019



УДК 616.1-073

**ВПЕРВЫЕ В ЮГРЕ. В ОКРУЖНОМ КАРДИОДИСПАНСЕРЕ ВНЕДРИЛИ НОВУЮ
МЕТОДИКУ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЦА****Саенко Е.А.,**специалист по связям с общественностью
БУ «Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

Компьютерно-резонансная перфузия миокарда с медикаментозной стресс-нагрузкой – уникальное исследование, которое только входит в клиническую практику в России. Теперь технология, внедрение которой напрямую связано с развитием национального проекта «Здравоохранение», доступна и югорчанам со сложной патологией сердца.

Ключевые слова: перфузия миокарда, высокотехнологичная диагностика, хирургическая коррекция патологии

Правильно поставленный диагноз – первый шаг на пути к выздоровлению. На помощь врачам приходят передовые технологии. Весной 2019 года в Окружной кардиодиспансер поступил современный компьютерный томограф Revolution CT. Специалисты отделения лучевой диагностики поэтапно осваивают полный функционал сканера, который имеет широкий диагностический потенциал. Одной из последних методик, которую внедрили в работу – перфузия миокарда. Данный вид исследования получил высокое признание за рубежом. В России пока лишь в нескольких центрах применяют технологию, которая обладает высочайшей информативностью.

Справочно: перфузия, вливание – метод, при котором кровь или другие биологически активные вещества подводятся и пропускаются через органы и ткани всего нашего организма.

«Перфузия миокарда с медикаментозной стресс-нагрузкой позволяет оценить состояние сердца, степень его кровоснабжения и выявить участки скрытой ишемии. Пациенту вводится



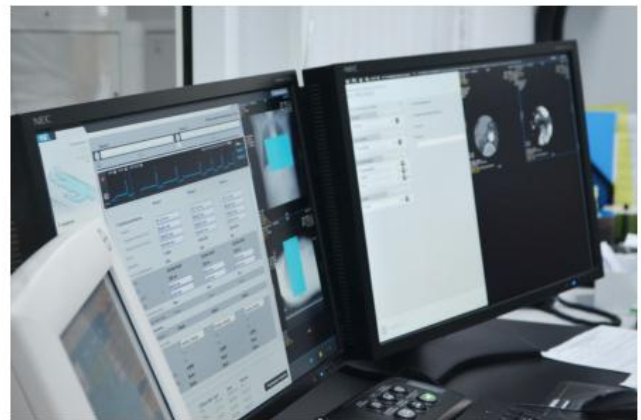
контрастное вещество с препаратом, провоцирующим стенокардию. Далее происходит визуальная фиксация зоны недостаточного кровотока. Диагностика показана пациентам со сложной патологией, а также больным, у которых имеются признаки недуга, однако не отражаются на электрокардиограмме и эхокардиографии», – резюмирует заведующая отделением лучевой диагностики Окружного кардиодиспансера Ольга Сафонова. Максимально информативным и полезным исследование окажется и в определении результативности проведенного хирургического лечения, коронарного шунтирования или стентирования.



Для внедрения методики в клиническую практику специалистов Окружного кардиодиспансера Сургут с мастер-классом посетила Проскурина Марина Федоровна. Медицинский советник детально продемонстрировала специфику проведения перфузии миокарда на современном компьютерном томографе Revolution CT. «Специалисты-рентгенологи, радиологи должны обладать знаниями не только по всем вопросам лучевой диагностики, но и в области кардиологии. В целом, исследование проводит мультидисциплинарная команда врачей: это и функционалисты, и анестезиологи-реаниматологи. Потенциал у врачей Кардиодиспансера есть», – отметила Марина Проскурина. По новой методике специалисты Окружного кардиодиспансера уже обследовали четверых югорчан. В двух случаях врачи диагностировали

снижение кровоснабжения сердечной мышцы. Сейчас специалисты решают вопрос о назначении данным пациентам оперативного лечения. Передовая высокотехнологичная диагностика позволяет хирургам выбирать наиболее оптимальную тактику хирургической коррекции патологии.

Отделение лучевой диагностики Окружного кардиодиспансера оборудовано современной медицинской техникой, в том числе компьютерным томографом, который позволяет проводить полный спектр исследований



пациентам с ишемической болезнью сердца. Новейший сканер Revolution CT дополнительно обладает программным комплексом «Кардиопакет». Сегодня на аппарате обследование прошли более 900 югорчан. До конца года диагностику пройдут еще 1 700 человек.

© Саенко Е.А., 2019

УДК 339.13

РАЗВИТИЕ ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ

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

Представители БУ «Сургутская окружная клиническая больница» в составе Югорской делегации приняли участие в 25-м юбилейном Международном Форуме по туризму «Отдых LEISURE 2019», который проходил в Москве с 10 по 12 сентября.

Ключевые слова: медицинский туризм, Форум, цифровые технологии

Программа выставки интересна каждому, чья деятельность связана с туризмом и, конечно же, самим туристам. Мероприятие позволило получить актуальную информацию из первых уст, пообщаться с экспертами, найти новых партнеров.

Формат Форума предполагал выступления и презентации, дискуссии и круглые столы на ключевые темы, куда активно вовлекались как спикеры, так и участники из зала, которые могли свободно задавать вопросы экспертам. Работала Бизнес-школа, где проходили ма-

стер-классы на актуальные темы, в том числе: правовые вопросы туристической отрасли, эффективные продажи и прочее.

С каждым разом участников Форума-выставки становится всё больше и больше. В этот раз на мероприятие заявили около 900 экспонентов из 41 страны Мира и 44-х регионов РФ.

Особое внимание уделили сравнительно новому направлению в туристическом бизнесе – лечебно-оздоровительному туризму, его тенденциям и потенциалу. В настоящее время уже определились новые направления медтуризма. Из них, как оказалось, наиболее актуальны: санаторно-реабилитационные центры, лечение травм, ЭКО, оперативное лечение морбидного ожирения, слухоулучшающие операции, хирургическое лечение органа зрения.



Делегация из Ханты-Мансийского автономного округа посетила форум-выставку с определенной целью:

- наладить контакты и сотрудничество в сфере экспорта медицинских услуг;
- посмотреть, как это делают другие медицинские учреждения, которые занимаются данным направлением уже не один год;
- научиться делать первые шаги по этому пути и максимально «впитать» всё новое, что есть в сфере медицинского туризма.

Не секрет, что сегодня медицинские учреждения ХМАО-Югры имеют все возможности для оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению. А в начале 2019 года в рамках национального проекта «Здравоохранение», Югра присоединилась к федеральному проекту «Развитие экспорта медицинских услуг». Уже разработана и действует программа одноимённого регионального проекта, который рассчитан до 2024 года. Его цель – увеличить объем экспорта медицинских услуг на тер-

ритории ХМАО-Югры не менее, чем в 4 раза по сравнению с 2017 годом. А это более, чем 1760 человек в год.



БУ «Сургутская окружная клиническая больница» активно работает в этом направлении. На официальном сайте учреждения создан специальный раздел, подготовлены листовки, буклеты и другой раздаточный материал, где размещена информация об учреждении по предоставлению медицинских услуг для российских и иностранных туристов. Идет подготовка к туристическому Форуму, который состоится 30 сентября 2019 года в городе Сургуте. В рамках этого мероприятия запланирована экскурсия в стенах БУ «Сургутская окружная клиническая больница». Экскурсантам, в числе которых представители власти округа, города и гости региона, покажут лечебные и диагностические возможности, расскажут о спектре оказания медицинских услуг и высокотехнологичной медицинской помощи и ответят на вопросы, касающиеся деятельности учреждения.

Сегодня новое поколение туристов и цифровые технологии диктуют изменения в индустрии и необходимость гибкого подхода. Появляются новые ниши и усиливается конкуренция маршрутов и регионов. Каков следующий шаг в развитии медицинского туризма? Как предугадать тренды? Какие направления будут актуальны уже через год-два? Какие перспективы на ближайшие годы? Наконец, каким путём идти к развитию медицинского туризма в нашем северном регионе? Эти и многие другие вопросы ещё остро стоят в ХМАО-Югре. На сегодняшний день намечен ряд задач, решение которых позволит нам развить экспорт медицинских услуг и стать привлекательным регионом для туристов из всех уголков Мира. Это в будущем. А пока, будем двигаться по пути решения очередных поставленных задач и реализации поставленных целей!

© Грибкова В.Б., 2019

УДК 614.2

«ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ ОКРУГ НА ПЯТЕРКУ СПРАВЛЯЕТСЯ С ПОСТАВЛЕННЫМИ ЗАДАЧАМИ». ЭКСПЕРТ ИЗ МОСКВЫ ПРОАНАЛИЗИРОВАЛ РАБОТУ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОКБ

Итоговое совещание по результатам визита в Окружную клиническую больницу Михаила Малишевского, главного специалиста координационного центра по реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ.

Ключевые слова: национальный проект «Здравоохранение», болезни системы кровообращения, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний

- Региональный проект, федеральный проект, национальный проект «Здравоохранение» делаете именно вы на местах, у постели больного, дежуря каждый день, встречая пациента с инфарктом и инсультом, каждый день спасая им жизни, за это вам низкий поклон и огромное спасибо!

С этих слов началось итоговое совещание по результатам визита в Окружную клиническую больницу Михаила Малишевского, главного специалиста координационного центра по реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ.

Эксперт из Москвы побывал во всех отделениях кардиологического профиля медицинского учреждения, скрупулезно исследовал каждое направление в лечении болезней системы кровообращения и остался доволен. По мнению Михаила Владимировича, ситуация в Югре находится под контролем врачебного сообщества, всей системы здравоохранения округа.

- Это подтверждается результатами оказания помощи, и эти результаты мы еще раз увидели в конкретных историях болезней, беседуя

с пациентами, побывав в операционных ... Это хорошие результаты – пример для многих других субъектов нашей страны.

Об этом свидетельствуют и цифры. Михаил Владимирович озвучил тот факт, что Российская Федерация ставит задачу к 2024 году достичь показателя смертности от болезни системы кровообращения – 450 случаев на 100 тысяч населения. В Югре этот показатель уже сегодня в 2 раза ниже.

Организация оказания неотложной кардиологической помощи населению, а также специализированной и высокотехнологичной помощи пациентам с болезнями системы кровообращения – приоритетное направление в работе терапевтической службы медицинского учреждения. С каждым годом растет объем предоставления высокотехнологичной помощи населению по профилю «сердечно – сосудистая хирургия». За 4 года оперативных вмешательств увеличилось почти на 18 %.

В ОКБ применяются высокотехнологичные методы диагностики и лечения, используются современные лекарственные препараты, и это дает свои положительные результаты. По итогам прошлого года общая смертность от болезней системы кровообращения в горо-



де Ханты-Мансийске, к примеру, снизилась на 13%. Причем, смертность от болезней системы кровообращения в городе Ханты-Мансийске меньше, чем по округу - в 1,5 раза и в 3,8 раза меньше, чем по России в целом. И все это – результат планомерной работы всей команды ОКБ.

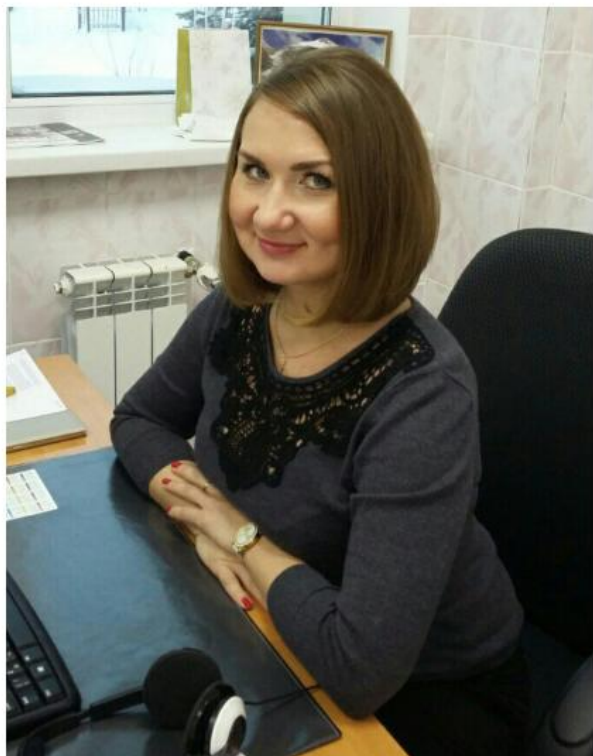
Основная цель федерального проекта – это не просто снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, это, по словам эксперта из Москвы, важный индикатор, который позволяет оценить, насколько регион справляется с поставленными задачами:

- В данном случае мы говорим о помощи больным с инфарктами и инсультами. Конечно, на первом месте стоит первичная профилактика, амбулаторно-поликлиническая помощь, мы оценивали стационарную, специа-

лизированную, в том числе и высокотехнологичную помощь. Задачи, которые мы решаем, это, конечно же, выполнение клинических рекомендаций, протоколов, стандартов лечения больных с инфарктом и инсультом. Качественная медицинская помощь – это соответствие порядкам оказания помощи, которые основаны на клинических рекомендациях, – считает Михаил Малишевский.

Команда экспертов из Москвы уже побывала в Нефтеюганске и Сургуте, а также почти во всех регионах России. Координационный центр федерального проекта по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями создан при Министерстве здравоохранения РФ и курирует все 85 субъектов РФ.

Пресс-центр Окружной клинической больницы



«АПТЕЧНАЯ» НАРКОМАНИЯ - ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА. ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ - ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ!

Зайкова Р.Р.,
специалист по связям с общественностью
кабинета медицинской профилактики
БУ «Сургутская клиническая психоневрологическая
больница»

Зырянов С.А.,
врач - психиатр-нарколог
БУ «Сургутская клиническая психоневрологическая
больница»

Человечество должно понять, что употреблять лекарства следует только с целью лечения. Люди, которые употребляют лекарственные препараты с целью одурманивания, это люди, которые не умеют любить себя, не умеют ответственно относиться к своему здоровью. Они его не сохраняют, они его разрушают.

Ключевые слова: «Аптечная» наркомания, токсическое опьянение, эйфоризирующее действие

Лекарства — это вещества, оказывающие влияние на различные функции организма человека. В зависимости от дозировки одно и то же лекарство может оказывать лечебные свойства для организма или наоборот причинить организму вред. При неправильном режиме употребления, превышении дозировок некоторые лекарства могут вызвать токсическое опьянение и привыкание.

Сегодня в аптеках продается ряд препаратов, вызывающих токсическое опьянение при приеме в сверхтерапевтических дозировках (например, глазные капли, таблетки, обладающие обезболивающим эффектом и ряд других лекарств), способные вызвать сильное привыкание.

В группу риска по развитию наркотической зависимости входят:

- дети, подростки, молодые люди;
- люди с нарушенной системой ценностей;
- люди, ведущие аморальный образ жизни;
- люди, попавшие в негативное окружение.

Признаки:

- шатающаяся походка;
- спутанность мыслей;
- дефект речи;

- дергания мышц лица;
- расширение зрачков;
- расслабленность мышц тела;
- изменения психомоторных функций организма;

- расторможенность.

Последствия злоупотребления:

- синдром хронической усталости: сонливость и слабость;
- спутанное сознание;
- апатия;
- ухудшение памяти, обмороки;
- судороги, мышечные боли;
- тремор;
- невнятная речь;
- ухудшение зрения;
- мигрени;
- поражение различных органов и систем организма;
- инфицирование и гниение кожных покровов;
- импотенция у мужчин, гормональные сбои у женщин;
- отмирание клеток мозга, слабоумие;
- развитие психических расстройств.

Психическая зависимость от «аптечных» препаратов настолько сильна, что не дает возможности человеку вернуться к нормальному образу жизни. На начальных этапах люди, которые злоупотребляют лекарственными препаратами, беспричинно веселы, беззаботны, болтливы, многоречивы, назойливы, двигательные подвижны. Внимание их неустойчиво, они легко переходят с одной темы на другую, недостаточно критически оценивают происходящее вокруг них и собственное поведение. Их эмоциональные реакции, поведение не соответствуют ситуации, они испытывают жажду деятельности, но эта деятельность крайне непродуктивна; в опьянении настроение неустойчивое, благодушное может внезапно смениться недовольством или вспышкой гнева.

Динамика злоупотребления лекарственными препаратами в начальной стадии носит несистематический характер, затем дозы увеличиваются. Длительность начальной стадии болезни может составлять 6-8 месяцев. Человек стремится повторить прием препарата с тем, чтобы получить ощущение эйфории, приятного возбуждения, легкого наркоманического опьянения.

Также выявляются неврологические нарушения, выраженность которых зависит от степени опьянения: расстройство координации и речи, мышечная слабость. Движения становятся неточными, порывистыми, размашистыми. Мимика и жестикуляция утрированно экспрессивны. Нарушена координация движений. Характерны дрожание пальцев рук, неуверенность в походке, пошатывание при ходьбе, речь смазанная, невнятная, замедленная, иногда скандированная.

Рефлексы нарушены, снижается их величина, а также снижается или повышается температура тела, отмечается угнетение безусловных вегетативных рефлексов, отмечается сухость во рту, тонкий коричневатый, спаянный с эпителием, налет на спинке языка.

После употребления может наблюдаться тревожно-угнетенный фон настроения, подавленность, раздражительность и беспокойство, неусидчивость.

Зависимость формируется с появлением эйфоризирующего действия препарата, а затем проявляется и стимулирующий эффект – ощущается «прилив сил», стремление к деятельно-

сти, по всему телу разливается ощущение «теплой волны», могут возникать психосенсорные нарушения («легкость», «парение» и т.п.). Доза и частота приемов увеличивается, препарат принимается не только на ночь, но и в дневные часы и вызывает опьяняющее действие: нарушается координация, наблюдается шаткость походки, дизартрия, легко возникают реакции раздражения, гневливости.

Подобное состояние может длиться долго и осложниться галлюцинациями.

Постепенно токсикоманы переходят от эпизодического к систематическому приему препарата и через три месяца – полгода может сформироваться психическая зависимость с колебаниями настроения, раздражительностью, дискомфортом вне опьянения, влечением к одурманивающим веществам в виде постоянных мыслей о них, подъёмом настроения в предвкушении скорого их приема, подавленности и чувстве неудовлетворенности при их отсутствии.

Растет толерантность. Через год – полтора развивается физическая зависимость. В период абстиненции (через сутки после прекращения приема препарата) появляются разнообразные психические нарушения (беспокойство, внутреннее напряжение, отчетливый спад настроения, дисфории) и соматовегетативные нарушения (тремор, повышение мышечного тонуса, мышечные боли, судорожные подергивания, потливость, тошнота).

Длительность абстинентного синдрома составляет 1-2 недели. Последствиями лекарственной токсикомании являются тяжелые органические поражения центральной нервной системы и других систем организма: сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем и т.д.

Если Ваш близкий человек попал в зависимость от аптечных препаратов, знайте, своевременно оказанная профессиональная помощь увеличивает шансы на победу в борьбе с зависимостью в несколько раз.

**Единая социальная психологическая
служба «Телефон Доверия»
8-800-101-12-12; 8-800-101-12-00
Единая служба
«Детский Телефон Доверия»
8-800-200-01-22**

САРКОМА КАПОШИ В ПРАКТИКЕ СУДМЕДЭКСПЕРТА

Кузьмичев Д.Е.,

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

Скребов Р.В.,

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

Вильцев И.М.,

заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе»,
врач - судебно-медицинский эксперт
Восточного отдела
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

Зиганшин И.З.,

врач – хирург
БУ «Мегионская городская больница № 1»

В работе представлен случай из практики врача – судебно-медицинского эксперта – саркома Капоши, которая выявлена у мужчины без прямых факторов риска.

Ключевые слова: саркома Капоши, судебная медицина, факторы риска

Саркома Капоши (множественная геморрагическая идиопатическая саркома Капоши, ангиосаркома Капоши, ангиоэндотелиома кожи) – множественные злокачественные поражения дермы, развивающиеся из эндотелия проходящих в ней лимфатических и кровеносных сосудов. Зачастую заболевание сопровождается поражением слизистой рта и лимфатических узлов. Проявляется саркома Капоши множественными синюшно-красноватыми пятнами на коже, трансформирующимися в опухолевые узлы до 5 см в диаметре.

Саркома Капоши получила свое название по имени венгерского дерматолога, впервые описавшего заболевание в 1872 году. Распространенность саркомы Капоши не так велика, но среди больных ВИЧ она достигает 40-60%. У этих пациентов саркома Капоши является самой часто встречающейся злокачественной опухолью. По данным проводимых в дерматологии клинических исследований у мужчин саркома Капоши диагностируется примерно в 8 раз чаще, чем у женщин.

К группам риска, в которых развитие саркомы Капоши наиболее вероятно, относятся: инфицированные ВИЧ мужчины, мужчины сре-

диземноморского или восточно-европейского происхождения в пожилом возрасте, народности Центральной Африки, реципиенты пересаженных органов или пациенты, длительно получающие иммуносупрессивную терапию.

Чаще в повседневной работе судебно-медицинской службы саркома Капоши встречается при исследованиях умерших с ВИЧ-инфекцией и редко в других случаях. Вот на таком случае, встретившимся в нашей работе, мы и остановимся.

Наблюдение

У мужчины, 45 лет, за 6 лет до наступления смерти диагностировано злокачественное образование нижних конечностей – саркома Капоши. Диагностика была затруднительной, диагноз был установлен примерно через 8 месяцев, после обращения за медицинской помощью в специализированном учреждении. Специфическое лечение, а именно коррекцию иммунитета, больной переносил крайне тяжело, в связи с чем отказался от проводимой терапии. На протяжении всех лет мужчина неоднократно обследовался на ВИЧ-инфекцию, результаты всегда были отрицательные. Смерть наступила достаточно внезапно дома.

Морфология

Питание мужчины было резко понижено, скелетная мускулатура гипертрофирована. Кожные покровы нижних конечностей на уровне стоп, голеней и бедер с множественными красно-бурыми пятнами от 0,3 см до 0,7 см в диаметре с гладкими поверхностями, с множественными узловидными шероховатыми бляшками, возвышающимися до 0,7 см до округлой формы 1 см в диаметре синюшно-серо-бурого цвета. Мягкие ткани нижних конечностей при пальпации плотноватые. Каких-либо метастатических поражений внутренних органов и тканей установлено не было. Другими морфологическими особенностями стали: выраженный отек и полнокровие головного мозга, неравномерное кровенаполнение его оболочек, значительные дистрофические изменения внутренних органов с преобладанием белковой, нарушенное кровообращение в виде выраженного неравномерного кровенаполнения. Микроскопическая картина была характерной для саркомы Капоши и раковой интоксикации, а именно: периваскулярные единичные мелкоочаговые пропитывающие кровоизлияния, без воспалительной реакции в головном мозге, в коре разреженность нервной ткани, очажки нейронофагии, явления атрофии кардиомиоцитов, в коже разрастания опухолевой ткани в виде участков и тяжелей, клетки опухоли веретенообразно вытянуты, переплетались в виде пучков, с палочковидными гиперхромными ядрами, на отдельных участках эндотелиальные клетки с явлениями атипизма и единичными фигурами деления ядер, встречались разрастания веретенообразных клеток, среди которых видны сосудистые щели, в стро-ме большое количество мелких неравномерно кровенаполненных хаотично расположенных тонкостенных сосудов капиллярного типа, лимфо-макрофагальная инфильтрация. Методом ПЦР (полимеразная цепная реакция) - РНК или ДНК ВИЧ-инфекции установлено не было.

Выводы.

1. Характерная морфологическая картина позволила установить диагноз «Саркома Капоши нижних конечностей», которая развиваясь во времени, привела к «Раковой интоксикации», последняя в свою очередь и послужила непосредственной причиной смерти. Как из-

вестно, раковая интоксикация, появляется на последней стадии онкологического процесса и характеризуется необратимыми последствиями для организма, развитием терминальной недостаточности органов и систем, закономерно приводящей к наступлению смерти онкобольного.

2. Можно выделить некоторые особенности данного случая, это, в первую очередь, запоздавшая диагностика заболевания (спустя 8 месяцев), не адекватное, по невыясненным обстоятельствам, специфическое лечение, длительность онкологического процесса (около 6 лет), отсутствие метастаз в органах и тканях, отсутствие у мужчины фактов риска заболевания, в том числе ВИЧ-инфекции, пересадки органов и тканей, иммунодепрессии. И в целом данная патология для северных регионов не характерна, мужчина и его предки были выходцами из центральной России.

3. Медицинская документация предоставлена была не своевременно, поэтому проанализировать ее не представилось возможным. Для экспертной работы очень важно своевременное предоставление и изучение медицинской документации до начала исследования, эти данные помогут комплексно подойти к определению патологических процессов, их взаимосвязи, диагностических и лечебных мероприятий, прогрессирование заболевания и его осложнений, причины смерти, танатогенезу в данном конкретном случае, и ответить на ряд вопросов медицинского и юридического характера. Кроме того, работу, связанную с морфологами и клиницистами, необходимо проводить в рамках судебно-медицинских клинико-; поликлинико-анатомических конференций, с привлечением широкого круга медицинских специалистов, по итогам которой должны рождаться те или иные медицинские рекомендации, стандарты, основанные на современных достижениях медицинской науки.

Литература

1. Neipel F, Albrecht JC, Fleckenstein B. Human herpesvirus 8: the first human rhadinovirus. J Natl Cancer Inst Monograph 1998; 23:73;
2. www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/kaposi-sarcoma.

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

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕЗИСТЕНТНЫХ СОСТОЯНИЯХ В ПСИХИАТРИИ

Жевелик О.Д.,
главный врач

БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

Гринченко О.Н.,
заместитель главного врача по медицинской части, врач психиатр
БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

Колодченко Е.Н.,
заведующий психиатрическим отделением, врач психиатр
БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

Клинический опыт показывает, что резистентность к психотропным средствам может обнаруживаться с самого начала заболевания, говоря в первую очередь о ее злокачественности, в иных случаях она формируется постепенно по ходу течения заболевания. Одним из эффективных методов преодоления терапевтической резистентности является электросудорожная терапия.

Ключевые слова: электросудорожная терапия, терапевтическая резистентность, психические расстройства

Введение

За свою почти восьмидесятилетнюю историю электросудорожная терапия прошла сложный, но исключительно плодотворный путь развития. Из опасной, иногда калечащей, ужасной в представлениях общества процедуры ЭСТ превратилась в высокоэффективный, доступный, комфортный для пациента метод лечения. Высокий результат был достигнут путем организации проведения сеансов ЭСТ в соответствии с современными стандартами, рекомендациями ведущих отечественных и зарубежных специалистов. Успех современной ЭСТ определяется обязательным применением наркоза, миорелаксантов, мониторингом жизненно важных функций и подбором физиологически обоснованных способов воздействия электрического тока на центральную нервную систему. При этом риск развития нежелательных эффектов и осложнений практически сведен к нулю. Все преимущества метода: высокая эффективность, скорость наступления терапевтического эффекта не только сохраняются, но и увеличились.

В БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница» ЭСТ является методом выбора и проводится практически ежедневно. Предпосылкой к этому явилось наличие в БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

отделения реанимации и интенсивной терапии, в условиях которого и проводятся сеансы. В тесном взаимодействии двух врачей – психиатра и анестезиолога-реаниматолога, а также опытной медицинской сестры достигается возможность контролировать каждый этап процедуры, проводить электровоздействие в должную фазу наркоза, обеспечить комфорт пациента в течение всего сеанса.

Материалы и методы

Одним из главных показаний для проведения ЭСТ на сегодняшний день являются терапевтическая резистентность пациентов к психотропным препаратам. С целью преодоления терапевтической резистентности и стабилизации психического состояния были отобраны 11 больных, страдающих различными типами течения параноидной шизофрении.

Проводилось 10-12 сеансов модифицированной ЭСТ. Наркоз обеспечивался инъекциями пропофола (до 150мг), а миоплегия – листеноном (до 150мг). Использовалась лобно-височная локализация электродов (LART). Подбор дозы осуществлялся методом реальных доз в ручном режиме. Для контроля приступа оценивалась судорожная активность контрольной конечности и уровень тахикардии.

В период лечения кроме оценки психического статуса, состояние пациентов контролировалось по шкале общего клинического впечатления. Проводились исследования: проба Ашафенбурга, проба Рейхардта, проба Липмана, СМОЛ, исключение предметов, соотношение пословиц, метафор и фраз, классификация предметов.

Результаты и обсуждение

ЭСТ проводилось после полной отмены предыдущего медикаментозного лечения. После окончания курса ЭСТ медикаментозное лечение возобновлялось сразу в прежних дозах. Улучшение обычно наступало на 2 недели лечения после 6-7 сеансов. В первую очередь упорядочивалась аффективная сфера, затем подвергалась редукции продуктивная симптоматика.

Тип течения параноидной шизофрении	Количество больных	Улучшение	Без эффекта	Ухудшение
Параноидная, непрерывное	9	7	2	-
Параноидное, эпизодическое	1	1	-	-
Параноидное, период наблюдения менее года	1	1	-	-

В результате проведенной терапии у большинства пациентов отмечалась клинически выраженная редукция продуктивной симптоматики, что подтвердилось результатами психологического исследования.

Клинический случай

В приемный покой БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница» бригадой скорой помощи в сопровождении сестры доставлена пациентка К. Со слов сестры пациентки и по данным медицинской документации известно, что ранее проходила лечение в психиатрической больнице города Нижний Новгород. Последняя госпитализация в 2013 году. После выписки принимала в течении 5 лет поддерживающие лечение. В ноябре 2018 года обратилась к психиатру (частнопрактикующий врач) с целью выяснить возможность отмены препаратов, т.к. в дальнейшем планирует беременность. По рекомендации психиатра пациентка должна была постепенно снижать дозировки препаратов, до полной их отмены. После прекращения приёма оланзапина нарушился ночной сон (стала спать по 2-3 часа в сутки), стала высказывать нелепые идеи, обнаруживала зрительные галлюцинаторные переживания. Госпитализирована в психиатрическое отделение.

Анамнез

Родилась в г. Дзержинск, третьим ребенком в многодетной семье. Наследственность психопатологически не отягощена. ДДУ не посещала, воспитывалась бабушкой. В школу пошла с 7 лет, закончила 11 классов общеобразовательной школы №10, успеваемость была удовлетворительной, классы не дублировала. С классом не общалась, была одна подруга. С 1 по 9 класс обучалась в общеобразовательной школе №6. Причиной перехода называет конфликт с девочкой: «Мы с ней подрались. Причины не было, она буйная была и ко всем лезла». Затем поступила в ИНГУ им. Лобачевского, заочное обучение, по специальности филолог. Высшее образование. Работала 7 месяцев в школе, педагог-организатор. Летом работала вожатой в лагерях. В «Билайн» (горячая линия) консультант. Проживает с мамой и тремя сестрами, отношения характеризует как хорошие. Раньше посещала «Зумба фитнес» (пропал интерес), бассейн. Любит читать книги, кататься на велосипеде, роликах. Не замужем, детей нет. Работает продавцом-консультантом в «Ив Роше». В ноябре 2018 года рассталась со своим молодым человеком, по причине «не сошлись характерами», встречались полтора года. Аллегроанамнез не отягощен. Травмы: в детстве об качели

сломила левое запястье, летом гуляла с подружкой и упала штукатурка на голову, было нанесено 7 швов. ВИЧ, гепатит, туберкулез, операции отрицает. Но сообщает, что в детстве ходила к инфекционисту по поводу печени, причину объяснить не может, не знает.

Впервые проходила стационарное лечение в психоневрологической больнице в 2011 году в Болгарии, когда поехала от университета вожатой в лагерь. Находясь там, почувствовала изменение в своем состоянии: ощущала раздражительность, внутреннее возбуждение, ускоренность мыслей. Поняла, что она избранный человек, «избранная Богом». Чувствовала в себе «Божий дар». Испытывала «ускорение мыслей и движений», «все быстро понимала». В последующем развился кататонический ступор – лежала без движения. Была госпитализирована в психиатрическую больницу с диагнозом кататонический ступор, получала зипрексу. После возвращения в Нижний Новгород, продолжила курс лечения. В дальнейшем чувствовала себя хорошо и через полгода прекратила прием поддерживающего лечения. Состояние ухудшилось в 2013 году, когда пропал аппетит (2 недели практически ничего не ела), стала возбужденной, чувствовала полет мыслей, «мысли путались в кучу», чувствовала озарение, испытывала чувство избранности, обладала «Божьим даром», нарушился сон, появилась тревога. Была госпитализирована в психоневрологическую больницу, где проходила лечение в течение месяца. После выписки принимала в течение 5 лет вальпарин до 600 мг/сут., оланзапин 5мг/сут. В ноябре 2018 года обратилась к психиатру (частнопрактикующий врач) с целью выяснить возможность отмены препаратов, т.к. в дальнейшем планирует беременность. По рекомендации психиатра пациента должна была постепенно снижать дозировки препаратов, до полной их отмены. После прекращения приема оланзапина – нарушился ночной сон (стала спать по 2-3 часа в сутки), стала высказывать нелепые идеи, обнаруживала зрительные галлюцинационные переживания. Госпитализирована в психиатрическое отделение.

При поступлении:

Состояние средней степени тяжести.

Жалобы на снижения аппетита, настроения.

Соматический статус: Кожные покровы физиологической окраски. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Артериальное давление 130/91 мм. рт. ст. ЧСС 88 в минуту. Температура тела 36,6 С. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления со слов пациентки в норме.

Неврологический статус: Очаговой симптоматики и менингеальных знаков нет. Зрачки равновеликие, фотореакции содружественные. В позе Ромберга устойчива.

Психический статус: в сознании. Внешне малоопрятна (волосы растрепаны). Контакт малопродуктивен. Речь не по существу. Психомоторно возбуждена, рвется к дверям. На замечания не реагирует. Внимание трудно-привлекаемое, быстро истощаемое. Мышление определить невозможно. Периодически начинает разговаривать с мнимыми собеседниками, признается им в любви. Считает себя избранной, всемогущей. Убедена, что «нашла цель в любви». Высказывает бредовые идеи величия, любовный бред. Критики нет.

Решением врачебной комиссии пациентке был установлен диагноз «Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения. Галлюцинаторно – параноидный синдром».

Проведенная терапия:

галоперидол до 40 мг/сут., рисперидон до 6 мг/сут., аминазин до 100 мг/сут., клопиксол до 40 мг/сут, левомепромазин до 200 мг/сут, циклодол 4 мг/сут, карбамазепин 800мг/сут, ЭСТ.

Длительное время в отделении пациентка была психомоторно возбуждена, активно галлюцинировала, разговаривала с мнимыми собеседниками, считала себя избранной, продуктивному контакту была недоступна. Коррекция дозы вышеперечисленных препаратов - без эффекта. Назначен курс ЭСТ, после 5 процедуры отмечалась положительная динамика, упорядочилась в поведении, выравнился фон настроения, в дальнейшем купировалась психопродуктивная симптоматика. Была переведена на клопиксол-депо. С целью социально-бытовой реабилитации неоднократно отпускаясь в домашний отпуск, из которого возвращалась в указанное время.

Рекомендовано

Наблюдение у психиатра амбулаторно, прием препаратов: клопиксол-депо 2мл в/м, 1 раз в две недели, тригексифенидил 0,002 по 1 табл – 2 раза в день.

Заключение

Таким образом, электросудорожная терапия в БУ «Нижневарттовская психоневрологическая больница» показывает себя эффективным

методом лечения больных с терапевтической резистентностью к психотропному препарату. При этом качество жизни пациентов в условиях стационара выше, ввиду отсутствия нежелательных эффектов лечения, меньшей продолжительности пребывания пациента в стационаре и более скорой редукции продуктивной симптоматики.

© Жевелик О.Д., Гринченко О.Н., Колодченко Е.Н., 2019

УДК 616.21

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ОПЕРАТИВНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Алибеков И. М.,

заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий курсом оториноларингологии МИ СурГУ,
заведующий дневным стационаром
БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3»

Одним из первых, кто опроверг устоявшие традиции длительного постельного режима после операции был Джеймс Николь (1909 г), работавший в Королевской детской больнице в Глазго. Джеймс Николь сообщил о почти 9000 детей, которые прошли оперативное лечение в течение одного дня. Уже тогда он подчеркивал важность успехов хирургического лечения в амбулаторных условиях как следствие приближения к условиям лечения на дому.

Ключевые слова: амбулаторная хирургия, хирургия ЛОР органов

Амбулаторная хирургия – это пребывание больного в стационаре лишь несколько часов после операции.

Такая система распространена в регионах и странах с развитой медицинской инфраструктурой.

В нашей стране первые сведения о применении метода «однодневная хирургия» появились в 1963 году. Инициаторами выступили хирурги Санкт-Петербурга, которые выполнили за 4 года в амбулаторных условиях 465 операций, и сообщили о хороших результатах.

Амбулаторная хирургия ЛОР органов как самостоятельная дисциплина получила широкое распространение с 80-х годов.

Амбулаторная оперативная оториноларингология – одно из структурных подразделений современной медицины, где можно выполнить более 60-70% операций при соответствующем современном оснащении и квалифицированном подборе сотрудников.

В городе Сургуте амбулаторная хирургия оториноларингологического профиля начала развиваться с 2000 года.

Цель работы

Расширение возможностей амбулаторной хирургической службы в сфере оказания медицинской помощи населению, на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий для диагностики, лечения и реабилитации.

Результат планового хирургического лечения в амбулаторных условиях зависит от правильно поставленных организационных, клинических и социальных задач.

Задачи:**I. Организационные:**

- оснащение дневного стационара-центра амбулаторной хирургии;
- формирование кабинета отбора пациентов

для планового хирургического лечения и послеоперационного осмотра;

- оснащение операционного блока;
- обеспечение послеоперационного наблюдения;
- организация сопровождения пациента санитарным транспортом домой с учетом климатических особенностей региона;
- круглосуточный контакт со специалистами дневного стационара (при возникновении экстренных ситуаций);
- подбор квалифицированных кадров.

II. Медицинские:

- сформировать показания и противопоказания для выполнения плановых амбулаторных операций;
- перечень оториноларингологических операций, выполняемых амбулаторно;
- учесть аллергологический анамнез;
- сформировать перечень обследования для исключения сопутствующей патологии внутренних органов, усугубляющих интра- и послеоперационный период.

Перечень обследования.

За 10 (десять) дней до даты операции:

1. группа крови и резус фактор;
2. общий анализ крови, свертываемость крови, длительность кровотечения, тромбоциты;
3. микрореакция;
4. анализ крови на ВИЧ;
5. анализ крови на HBSAg, антитела к ВГ-С;
6. флюорография;
7. общий анализ мочи;
8. анализ кала на яйца глистов и энтеробиоз (детям);
9. консультация педиатра (детям);
10. прививочная карта (детям);
11. ЭКГ по показаниям;
12. консультация стоматолога;
13. биохимический анализ: сахар крови, АЛТ, АСТ, билирубин, ост. азот, общ.белок, ПТИ, фибриноген.

14. медикаментозная подготовка:

Аскорутин – по 1 таблетке 3 раза в день.

Глюконат кальция – по 1 таблетке 3 раза в день.

Дицинон – по 1 таблетке 2 раза в день, в течение 3 дней с 8-го дня приема Аскорутина и Глюконата кальция, по показаниям.

Примечание: для детей дозировка уменьшается в 2 раза (по 1/2 таблетки).

В день операции. При себе иметь:

1. Страховой полис.
2. Результаты анализов.
3. Халат, тапочки.
4. Голод.
5. Свидетельство о рождении.

III. Социальные:

- благоприятные домашние, бытовые условия;
- наличие сиделки или ухаживающих родственников в послеоперационном периоде (этаж, лифт, возраст, телефон);
- медицинская информированность и активность пациента.

Материалы и методы

Дневной стационар БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» оснащен палатами, операционной с современным оборудованием и высококвалифицированным персоналом.

Для планового хирургического лечения оториноларингологических больных в дневной стационар БУ «СГКП №3» поступают с направлением врачей оториноларингологов, педиатров, терапевтов с прикрепленного участка, с других лечебных учреждений города Сургута, Сургутского района, округа, а также в порядке самообращения.

Предварительный первичный осмотр больных на плановое хирургическое лечение проводит врач отоларинголог дневного стационара на консультативном приеме.

За день до операции обследованные пациенты проходят осмотр врачами дневного стационара: оториноларингологом, анестезиологом, терапевтом и при необходимости, в зависимости от результатов обследования, врачами других специальностей, учитываются показания, противопоказания (абсолютные и относительные) для операции в амбулаторных условиях – в условиях дневного стационара.

Пациентам и родителям пациентов объясняют суть предполагаемого оперативного лечения, примерная длительность операции, методы анестезии, время нахождения пациента после операции в дневном стационаре, послеоперационный уход, сроки нетрудоспособности пациента и реабилитация.

В послеоперационном периоде больной находится в палате дневного стационара 2-4-6 часа. Осматриваются врачом, получают рекомендации и послеоперационный уход.

После операции пациент доставляется санитарным транспортом лечебного учреждения домой, учитывая климатические особенности региона.

Послеоперационное ведение:

- ежедневные перевязки в течение 3-х дней;
- последующие перевязки в зависимости сложности операции через 2-3 дня.

Клинический материал

За 2014-2018 гг. в дневном стационаре БУ«СГКП № 3» проведено 2863 операции.

Выводы

Качественный, положительный эффект в амбулаторной оперативной оториноларингологии зависит от правильного отбора пациента на операцию; адекватной предоперационной подготовки пациента к операции; профессионализма специалистов, послеоперационного наблюдения пациента, выполнения пациентом рекомендаций.

Таблица 1

Итоги работы дневного стационара

	2014г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	Всего
Всего операций	329	423	689	668	754	2863
- ПРНП	111	127	215	199	217	869
- Аденомия	54	81	165	139	183	622
- Вазотомия	125	154	211	235	255	980
- Полипотомия	13	24	39	42	36	163
- Папиллома, киста миндалины	3	-	2	6	3	15
- Операции на ухе	6	8	6	5	5	37
- Рассечение синехий носа	5	5	2	8	15	43
- Лакунотомия	-	3	4	3	3	16
- Гайморотомия микро	8	15	34	25	21	111
- Репозиция костей носа	3	3	6	5	3	22
- Тонзиллотомия	-	-	-	-	3	3
- Увалопалатотомия	-	3	2	10	8	23
- Удаление образований носовой перегородки	1	-	3	1	1	6
- Удаление образований глотки	-	-	-	-	1	1
Оперативные с радиоволновой высокочастотной аппаратуры	146	175	216	470	532	1694
Эндоскопические вмешательства	22	36	73	74	73	295
Оперативные с применением						

© Алибеков И. М., 2019

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Жевелик О.Д.,

главный врач

БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

Герасимова Т.М.,

врач-психиатр

БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

Частота суицидальных попыток, совершаемых подростками в современном мире растет. Каждое пятое самоубийство совершается подростком. При диагностике суицидального поведения необходимо учитывать особенности подросткового периода, который характеризуется возрастными изменениями и кризисами. В генезе такого состояния играет роль целый ряд различных средовых, личностных и психопатологических факторов. В связи с этим профилактика суицидоопасных кризисных состояний подростков требует комплексного многостороннего системного подхода.

Ключевые слова: подростки, суицидальное поведение, суицидальные попытки

И в душу мне проникли
Печаль, депрессия, тоска.
Дмитрий В., 16 лет

В рамках наших наблюдений осмотрено 60 подростков с суицидальным поведением в возрасте от 12 до 17 лет. В ходе нашей работы применялись клинические и психологические методы обследования, анализировалась социальная среда подростка.

Критериями для отнесения подростка к группе наблюдения являлись аутоагрессивное поведение, нарушение в сфере контактов и в системе межличностных отношений ближайшего окружения. Ни у одного из обследованных не было интеллектуальной недостаточности.

Большинство обратившихся за помощью к подростковому психиатру составили подростки в возрасте 15-16 лет, имея при этом длительные внутриличностные и социально-психологические проблемы. При сборе анамнеза выяснялось следующее: большинство из этих детей уже имели неоднократный опыт самоповреждений и отмечали ухудшение своего состояния на протяжении 2-3 лет, некоторые пациенты говорили о начале заболевания до пубертатного периода. Многие из них отмечали навязчивый характер суицидальных мыслей, интенсивность которых возрастала как на

фоне ухудшений в психическом состоянии, так и на фоне психогенных заболеваний. Суицидальные действия чаще возникали в ответ на незначительно выраженную, но субъективно значимую для подростка психотравмирующую ситуацию. Расстройства настроения и эмоций часто скрывались под маской какого-либо соматического расстройства или отдельных соматических симптомов.

40 подростков в связи с соматовегетативными расстройствами обращались до приёма психиатра к врачам других специальностей. Некоторые дети обследовались параллельно у нескольких врачей разных специальностей. К неврологу обращались из этой группы 28 подростков с жалобами на головные боли, головокружение, проблемы со сном. Во всех случаях установлен диагноз: Вегетососудистая дистония. Пациенты курсом, а иногда и неоднократно, принимали по этому поводу лечение, чаще эффект носил непродолжительный и незначительный положительный эффект. Проходили инструментальные обследования, патологии при этом выявлено не было. К кардиологу из этой группы обращались 12 человек с жалобами на приступы тахикардии, удушья, в основном диагностировались функциональные нарушения ритма. К гастроэнтерологу обращались 9 человек, с нарушениями аппетита, похудением, болями в животе, метеоризмом, у половины выявлена патология желудочно-кишечного тракта. Чаще всего получали лечение по

поводу гастрита, дискинезией желчевыводящих путей. 8 пациентов обследовались в условиях соматических стационарных отделений, половина проходила неоднократное обследование.

Ты видишь свет луны и снова полночь,
Пора прощаться, дивный мир.
Дмитрий В., 16 лет

На основании наших наблюдений в рамках работы кабинета медико-социально-психологической помощи, чаще всего в клинической картине эндогенных, экзогенных, невротических состояний, сопровождающихся суицидальным поведением, присутствует депрессивная симптоматика разной степени выраженности. У 28 подростков была диагностирована депрессивная симптоматика легкой степени, у 5 пациентов - умеренной степени. 2 девочки были госпитализированы в психиатрическое отделение в связи с тяжелой затяжной депрессивной симптоматикой. Для подростков более характерны суицидальные попытки, вытекающие из идей виновности и малоценности.

Суицидальное поведение в подростковом возрасте встречается как без психопатологии, так и при эндогенных расстройствах, психопатиях, так и акцентуациях характера, при которых оно является одной из форм девиантного поведения при острых аффективных реакциях.

Особое внимание, на наш взгляд, необходимо уделять детям с эндогенной патологией в связи с высоким риском истинного суицида. В группе обследуемых пациентов с эндогенными расстройствами оказалось 6 подростков. У молодых пациентов, перенесших психотический эпизод, высока вероятность депрессии с астено-апатическими включениями, которая тяжело поддается терапии и имеет затяжное течение. Возникновение коммуникативных нарушений, которые сопровождаются чувством отчуждения приводят к возникновению навязчивых мыслей о нежелании жить. Только через несколько лет суицидальная активность уменьшается в связи с нарастанием эмоционального дефекта, в том случае если заболевание носит непрерывное течение.

Уже в раннем пубертатном периоде подростки отличаются заостренными акцентуированными чертами. К 16 годам у некоторых из

них происходит психопатологическое формирование личности. В нашей группе таких подростков оказалось 14. Для таких личностей характерно преобладание эмоций над рассудком, как следствие, высокий риск самоубийства, явления дезадаптации, склонность к деструктивному поведению. Поэтому наблюдение подростков с расстройствами личности должно быть регулярным, при декомпенсации обязательно применение медикаментозной терапии.

Подростки тяжело переживают влияние неблагоприятных средовых факторов, на фоне чего часто возникают проблемы адаптационного характера. У 40 пациентов диагностировались расстройства адаптации и невротические состояния, у 36 из них наблюдаются акцентуированные черты личности, от которых во многом и зависит клиническая картина. Психопатологическая картина также представлена синдромами патологически протекающего пубертатного периода, реакциями эмансипации, протеста, группирования. У 22 пациентов отмечались смешанные черты характера с тревожностью, неуверенностью, астенией, неадекватной самооценкой, у 3 девочек – смешанные черты характера с социальной изоляцией. На фоне таких черт у большинства прослеживаются черты демонстративности с жадой признания.

8 детей из этой группы отличались циклоидными, неустойчивыми чертами характера. При ситуационных реакциях такой ребенок плохо контролирует свое поведение и не способен оценить последствия своих поступков. Критическая, безвыходная ситуация, по мнению подростка, может внезапно привести к решению расстаться с жизнью. На высоте аффекта подростки не думают о последствиях. И способы выбираются сиюминутно. Чаще всего это нанесение порезов, отравление лекарственными препаратами. Суицидальные попытки редко ведут к смерти, однако именно неумелость и незнание могут стать причиной летального исхода.

Аффективные реакции могут сопровождаться демонстративностью, в таких случаях в качестве демонстрации используются угрозы самоубийства, наносятся поверхностные самопорезы, принимаются горстями нетоксичные лекарства. Такие «покушения» осуществляются на публику. Часто сами подростки фотогра-

фируют свои самоповреждения и отправляют через социальные сети друзьям. Реакции с демонстративностью свойственны истероидным личностям, в группе обследуемых таких оказалось 10 подростков.

У большинства подростков наблюдались коморбидные состояния, которые представлены тревожными, фобическими, дисморфофобическими, ипохондрическими и самотоформными расстройствами.

Я хотел бы рассказать тебе,
Как в гордом одиночестве обрести покой.
Я хотел бы рассказать тебе,

Как в этой серой комнате не светит солнце
надо мной.

Дмитрий В., 16 лет.



Рисунок пациентки Алены

Условия и отношения в семье у пациентов из обследуемой группы весьма разнообразны. Проанализировав наследственность, психологические особенности родителей, состав

семьи, отношения между супругами, тактику воспитания, асоциальное поведение, алкоголизм одного из родителей, совместное проживание разведенных родителей, условия в семье имеют чаще неблагоприятный характер. Ситуация недоверия, постоянное ущемление самолюбия подростка, чрезмерно строгое и критическое отношение к нему приводит к развитию депрессивных неврозов.

Только 12 детей из обследуемой группы проживают в полных семьях с биологическими родителями. При этом только половина из них говорят о хорошем взаимоотношении с родителями. Они в свою очередь заинтересованы здоровьем ребенка, принимают активное участие в психотерапевтических мероприятиях, интересуются лечением, контролируют прием лекарственных препаратов. И самое главное, у них налажен доверительный контакт с подростком. 3 человека чувствуют отвержение родителями, вследствие чего эти дети переживают комплекс неполноценности с тревожностью. 3 детей характеризуют отношения в семье непостоянством требований родителей к ним и частыми конфликтами между отцом и матерью. 4 девочки проживают с бабушкой, имея при этом маму, которая проживает отдельно с сожителем. Отношения с мамой характеризуются как конфликтные, видятся с ней редко. У одной девочки из группы опекуном является бабушка по материнской линии, родители лишены родительских прав в связи с алкоголизмом.

Оставшиеся, 41 пациент, проживают с мамой, 36 из них имеют «отчима». Гармоничные отношения в семье были у 6 подростков. В остальных семьях отмечались нарушения межличностных отношений, которые характеризовались напряженным и нестабильным эмоциональным климатом, воспитательные меры также носили противоречивый характер.

50% подростков из нашей группы большую часть времени проводят за гаджетами, большинство из них засыпают далеко за полночь, проводя время за своими «любимыми» игрушками. Многие из них признаются, что в сутки они проводят до 10, а иногда и 12 часов за гаджетами. Информация, которую получает «неокрепшая» нервная система, часто несет противоречивый и агрессивный характер, что в свою очередь провоцирует эмоциональные расстройства.



Рисунок пациентки Алены

На основании вышесказанного можно выделить следующие суицидоопасные факторы в подростковом возрасте.

1. Нарушения внутрисемейных и общественных отношений.
2. Преморбидные особенности личности (особенно возбудимые, циклоидные, психастенические черты).
3. Попытки суицидального характера в анамнезе (необходимо быть предельно внимательным и к демонстративным попыткам).
4. Психические расстройства (психотические состояния, депрессивные эпизоды).
5. Нарушения в коммуникативной сфере, явления дезадаптации в социальной среде.
6. Наличие в клинике дисморфофобических расстройств, нарушений пищевого поведения.
7. Употребление подростком алкоголя и психоактивных веществ.

Если б вы пришли не днем,
А прошлым вечером – мы были б живы.
Дмитрий В., 16 лет.

Суицидальные попытки чаще имеют характер «демонстративно-шантажный», подрост-

ки при этом не желают расстаться с жизнью и просто хотят изменить ситуацию. В связи с неспособностью подростка правильно оценить последствия действий, заведомо не планируемая смерть может стать свершившимся фактом, поэтому суицидальное поведение даже при явной демонстративности должно вызывать к себе серьезное отношение окружающих.

Уже при первой встрече врача с пациентом необходимо установить благоприятный психотерапевтический контакт, от успешности которого зависит весь дальнейший процесс социально-психологической и лечебно-реабилитационной помощи. Именно в силу экстремальности ситуации и совершенной аутоагрессивной попытки у подростков появляется возможность говорить откровенно о своих проблемах. В каждом случае обращения подростка с суицидальным поведением проводится анализ возникшей конфликтной и кризисной ситуации, определяется степень тяжести социально-психологической дезадаптации. Наблюдение суицидентов с повторными попытками, с хронизацией состояния включает систематическое наблюдение врачом-психиатром, тщательную оценку суицидального риска, дифференцированную терапию, своевременную госпитализацию.

Медикаментозная терапия подбирается строго индивидуально. Половина подростков из группы обследуемых получала антидепрессанты курсом до 6 месяцев. Учитывая суицидальный риск при назначении антидепрессантов, дозировка увеличивалась постепенно, при этом пациенты наблюдались регулярно, в первые 2 недели с частотой до 1 раза в 3 дня. Широко применяется в нашей практике нотропная терапия, в 30 % случаев достаточно было только их назначение в сочетании с психотерапией. В случаях с явлениями дисморфобии, навязчивостями, выраженной тревогой назначаются небольшие дозы малых нейролептиков. При психопатических реакциях применяются корректоры поведения. При назначении лекарственных препаратов особое внимание необходимо уделять беседе с родителями, которым рекомендуется контролировать прием и хранение препаратов. В нашей работе с подростками практикуется передача рецепта в руки родителя.

Основными задачами специалистов кабинета медико-социально-психологической помощи в работе с подростками являются:

1. Своевременное распознавание суицидального риска;
2. Профилактическая работа по предупреждению суицидальных попыток;
3. Терапия и реабилитация подростков с суицидальным поведением;
4. Психогигиеническая и психопрофилактическая работа с родителями;
5. Оказание консультативной помощи другим лечебно-профилактическим учреждениям;
6. Взаимодействие с сотрудниками инспекций по делам несовершеннолетних;
7. Взаимодействие с образовательными учреждениями.

Важно понимать, что нет специальных стопроцентных тестов, которые бы определили наличие суицидальных наклонностей у ребенка, тем более, что изменение в настроении у детей может произойти в любой момент, поэтому прежде всего необходимо проводить профилактическую работу с семьей. Именно родитель должен видеть, слышать, понимать своего ребенка и вовремя обратиться к специалисту.

Литература

1. Воронов, Б. В. Психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб: Наука и техника, 2012. – 288 с.
2. Биркин, А.А., Войцех, В.Ф., Закондырина, В.А., Кучер, А.А. Раннее выявление тенденций аутоагрессивности и диагностика суицидальной опасности. – Мурманск: НИЦ «Пазори», 2004. – 82 с.
3. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – Копито-Центр, 2018. – 376 с.

© Жевелик О.Д., Герасимова Т.М., 2019

ОПЫТ ЭНДОКОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ПРЕПАРАТОМ VANTRIS

Пищаев Е.В.,

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

Шарафиев Г.Р.,

врач – нефролог детского уроandroлогического отделения
БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»

Целью работы является оценка результатов эндоскопической коррекции ПМР (пузырно-мочеточниковый рефлюкс) у детей с помощью объёмобразующего небиodeградируемого препарата полиакрилата (Vantris) на базе детского уроandroлогического отделения Нижевартовской окружной клинической детской больницы.

Ключевые слова: инфекция мочевыводящих путей, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, эндокоррекция

Наиболее частым нарушением уродинамики, осложняющимся инфекцией мочевыводящих путей (ИМВП) у детей, бесспорно является пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – ретроградное попадание мочи из мочевого пузыря в коллекторную систему почки. Лечению и профилактике данной патологии посвящено немало работ, проведено большое количество исследований. Рефлюкс-нефропатия, нефросклероз, как довольно часто неизбежный исход заболевания, заставляют детских урологов не устанно искать способы более эффективного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса. В случае неэффективности консервативных мероприятий по лечению ПМР с целью профилактики потери функции почки большинство специалистов выполняют оперативную коррекцию. Самым популярным способом коррекции является эндоскопический – инъекции объёмобразующих препаратов в область устья мочеточника. В случае отсутствия эффекта после эндокоррекции на фоне сохраняющихся ИМВП, либо наличия грубых структурных и функциональных изменений мочевых путей на стороне поражения, ребёнку рекомендуется более инвазивное оперативное пособие – реимплантация мочеточника (уретероцистонеостомия) по одной из антирефлюксных методик. Но даже успешная ликвидация ПМР не исключает возможное развитие рефлюкс-нефропатии и не редко хронической почечной недостаточности в позднем послеоперационном периоде, что, в свою очередь, требует обязательного

длительного амбулаторного наблюдения пациентов данной группы.

В детском уроandroлогическом отделении БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница» в период с февраля 2011 года по декабрь 2018 года выявлен ПМР у 932 детей. Поводом к направлению в отделение послужили рецидивирующие ИМВП либо признаки расширения мочевыводящих путей на антенатальном скрининге. Эндокоррекция ПМР потребовалась у 278 детей (409 мочеточников). Из них: при I степени – 8 мочеточников (1,9%), при II степени – 153 мочеточника (37,4%), при III степени – 173 мочеточника (42,2%) и при IV-V степенях – 56 мочеточников (13,6%). В 4 случаях эндоскопическое лечение рефлюкса выполнено после ранее перенесенной реимплантации мочеточника по поводу обструктивного мегауретера. Средний возраст пациентов составлял 3,7 года (от 6 месяцев до 15 лет), 149 девочек, 133 мальчика.

У детей до года коррекция применялась в случае непрерывно рецидивирующей ИМВП и при грубых структурных изменениях, сопровождающихся снижением функции почек (IV–V степень ПМР при отсутствии рефлюкс-стеноза). После выявления ПМР I – II степени эндокоррекция выполнялась только в случае неэффективности консервативной терапии в течение 6 – 12 месяцев и упорного рецидивирования ИМВП.

Во всех случаях для лечения ПМР использовался гидрогель синтетического происхожде-

ния, неабсорбируемое биологически совместимое объемообразующее вещество – сополимер полиалкоголя полиакрилата. Методики: STING (Subureteral Transurethral Injection) и HIT I, II (Hydrodistention Implantation Technique) – соответственно степени расширения устья мочеточника. Количество препарата на коррекцию одного устья – 0,05 – 1,2 мл (также соответственно деформации устья, в среднем 0,1 – 0,2 мл). Мочевой пузырь после процедуры опорожнялся, но не дренировался. В течение двух суток после коррекции выполнялось УЗИ почек с целью исключения нарушений уродинамики, после чего ребёнок выписывался на фоне уросептической терапии (нитрофураны амбулаторно до 7 – 10 дней). Контроль общего анализа мочи (ОАМ) каждые 2 недели. Через 1 месяц после коррекции выполнялся контроль УЗИ почек. Микционная цистоуретрография (МЦУГ) назначалась через 3 месяца. В случае положительного эффекта и отсутствия нарушений уродинамики по УЗИ, повторная МЦУГ проводилась ещё через 1 год. Если через год ПМР не выявлялся, отсутствовали признаки обструкции на уровне интрамуральных отделов мочеточников и рецидивы ИМВП, рекомендовалось дальнейшее амбулаторное наблюдение с контролем ОАМ 1 раз в 2 месяца, УЗИ почек 1 раз в год с выполнением МЦУГ через 3 года и 5 лет. Структурные изменения коллекторных систем почек, признаки нефросклероза на амбулаторных эхограммах или рецидивы ИМВП являлись показанием для более раннего проведения МЦУГ. В случае выявления ПМР выполнялась повторная эндокоррекция (Вантрис) с той же тактикой наблюдения. При неэффективности эндоскопической коррекции ПМР дважды с одной и той же стороны рекомендовалась реимплантация мочеточника.

Контрольно обследовано через 3 месяца после эндокоррекции – 400 случаев (97,7 %), через 1 год после коррекции – 391 случай (95,5 %), через 3 года – 224 случая (54,7 %), через 5 лет – 206 случаев (50,5 %).

Первое (в трёх случаях – второе) после коррекции ультразвуковое исследование выявило признаки нарушения уродинамики – обструкцию на уровне интрамурального отдела мочеточника у 6 (1,5 %) детей. В 3 случаях осложнение купировано путём стентирования мочеточника в течение 1 - 3 месяцев. Такое же

последствие имплантации препарата Vantris у трёх детей удалось ликвидировать только с помощью уретероцистостомии. Признаки обструкции в отдалённом послеоперационном периоде (по результатам МЦУГ через 1, 3 и 5 лет) не выявлялись.

Первая после коррекции МЦУГ выявила положительный эффект – полное отсутствие ПМР в 352 случаях (88 %), отсутствие или неубедительный эффект (снижение до I – II степени при изначально высокой) в 39 случаях (9,8%). Вторая после коррекции МЦУГ (через 1 год) выявила положительный эффект в 371 случае (94,8%), отсутствие и неубедительный эффект в 20 случаях (5 %). 20 мочеточников потребовали повторного «доведения» гидрогеля, при двух контрольных МЦУГ после которого ПМР у 11 из них зафиксирован не был. В 4 случаях из них отмечена «миграция» имплантированного препарата в медиальном направлении. В 9 случаях (2,2 %) двухкратная эндокоррекция была неэффективна, потребовалась уретероцистостомия.

В результате анализа полученных данных, можно убедиться в высокой эффективности лечения ПМР с помощью препарата Vantris. При имплантации минимального количества препарата (0,05 – 0,2 мл на устье) и, в некоторых случаях, этапности проводимой коррекции, можно максимально исключить возможные обструктивные осложнения манипуляции. Эндокоррекция препаратом полиалкоголя полиакрилата является малоинвазивной альтернативой уретероцистостомии при рефлюксирующем мегауретере без рефлюкс-стеноза. Препарат может применяться и в возрасте до 1 года, не вызывая нарушения уродинамики по мере роста ребёнка.

Литература

1. Глыбочко, П.В., Свистунов, А.А., Морозова, О.А. и соавт. Сравнительный анализ течения периоперационного периода у детей с различными вариантами коррекции пузырно – мочеточникового рефлюкса. // Саратовский медицинский журнал. 2010. № 6. С. 182-188.
2. Зоркин, С.Н., Гусарова, Т.Н., Борисова, С.А., Барсегян, Е.Р. Эндоскопическая коррекция пузырно – мочеточникового рефлюкса у детей. // Детская хирургия. – 2011. – № 2. – С. 23-27.

3. Зоркин, С.Н., Борисова, С.А. Эндоскопическая коррекция пузырно – мочеточникового рефлюкса у детей. // Лечащий врач. – 2013. – № 1. – С. 21-24.
4. Коварский, С.Л., Шмыров, О.С., Теконов, А.Н. Осложнения эндоскопической коррекции пузырно – мочеточникового рефлюкса. // Детская хирургия. – 2012. – № 3. – С. 51 -54.
5. Меновщикова, Л.Б., Коварский, С.Л., Николаев, С.Н., Склярора, Т.А., Текотов, А.Н. Вантрис. Коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. Первый опыт применения нового медицинского синтетического изделия Vantris® (Вантрис) для эндоскопической коррекции первичного пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. // Детская хирургия – 2012. – №4. – С. 12 – 15.
6. Chertin, B. W. A. Arafeh, S. Kocherov. Endoscopic correction of complex cases of vesicoureteral reflux utilizing Vantris as a new non-biodegradable tissue-augmenting substance. *Pediatr Surg Int* 2014.
7. Tekul, S, Riedmiller, H., Gerharz, E., Hoebeke, P. Kocvara, R., Nijman, R., Radmayr, Chr., Stein, R. *Paediatric Urology. European Association of Urology*. 2011. P. 45-53.

© Пищаев Е.В., Шарафиев Г.Р., 2019

УДК 616-091.0

ПОСТМОРТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Кузьмичев Д.Е.,

заведующий Восточным отделом -

врач – судебно-медицинский эксперт

секретарь Научно-организационного совета

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

Скребов Р.В.,

начальник,

врач – судебно-медицинский эксперт

председатель Научно-организационного совета

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

Шакиров И.И.,

заместитель начальника по организационно-методической работе

КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

Кузьмичева Т.Г.,

врач – акушер-гинеколог

БУ «Мегионская городская больница»

В работе, на основе собственного опыта и анализа научной литературы, предлагается вниманию, в отсутствие медицинской документации по объективным причинам, постмортальная диагностика хронической алкогольной интоксикации доступными методами судебной медицины: морфологическими, морфометрическими, аналитическими и путем дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: постмортальная диагностика, хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ), судебная медицина

Хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ), как причина смерти, в практической деятельности врача – судебно-медицинского эксперта танатологических отделов встречается редко. Связано это с тем, что такие исследования производят, преимущественно, врачи – патологоанатомы, у которых к моменту исследования имеется медицинская документация. При этом, подобная патология совершенно не исключена и в работе у врача – судебно-медицинского эксперта. В связи с чем мы и реши-

ли остановиться на секционной диагностике хронической алкогольной интоксикации с использованием, в большой степени, доступных методов, а именно морфологических и морфометрических.

Несколько слов о хронической алкогольной интоксикации. ХАИ – это отравление организма алкоголем, принимаемым систематически в дозах, превышающих безопасный порог, характеризуется полиорганным поражением органов и систем (нервной, сердечно-сосудистой,

пищеварительной и др.). Прошедший в 1998 году Форум «Алкоголь и здоровье населения России» выделил очень важное практическое значение и преимущества выявления наличия или отсутствия состояния ХАИ:

1. ХАИ не является синонимом алкоголизма, вследствие чего ее диагностика не требует обязательного участия нарколога, и представляет меньшую этическую проблему, чем постановка диагноза «алкоголизм».

2. Постановка диагноза ХАИ не может служить юридическим поводом для возбуждения иска о защите чести и достоинства.

3. Диагностика ХАИ основана на общепризнанных во всем мире методах.

4. Диагностика ХАИ доступна врачу любой специальности.

5. Выявляется существенно больший круг лиц с высоким риском и лиц, злоупотребляющих алкоголем, чем просто больных алкоголизмом (лиц с алкогольной зависимостью).

ХАИ идеально подходит под рубрику T51.0 (токсическое действие алкоголя) МКБ-10 и может быть результатом не только систематического употребления алкоголя в больших количествах (группа высокого риска), но и результатом патологического влечения к алкоголю (F10.2) и результатом злоупотребления алкоголем без зависимости (F10.1).

Случай из экспертной практики. На судебно-медицинское исследование из дома поступил мужчина 54 лет. Катамнез остался практически невыясненным, по причине недавнего переезда мужчины из другого региона, какая-либо медицинская документация отсутствовала, известно, со слов соседей, что частенько злоупотреблял горячительными напитками, часто был пьян. Специфическими и характерными маркерами исследования стали следующие особенности. Изменение кожного покрова и мягких тканей лица в виде одутловатости, синюшности и отека. В головном мозге выраженный отек, сглаженность извилин, явления геморрагического энцефалита, в веществе головного мозга липоидная инфильтрация цитоплазмы нервных клеток, пролиферация нейроглии, фиброз стенок сосудов, наличие гемосидерофагов, выпадение нейронов (признаки алкогольной энцефалопатии). Увеличение размеров и веса сердца, расширение камер сердца, резкая степень расстройства кровообращения

и дистрофических изменений миокарда, мышечная оболочка сердца была тусклая, дряблая, желтоватая, структура не выражена, глинистого вида, признаки сочетания жировой, гидропической дистрофии, атрофии кардиомиоцитов с их гипертрофией, с небольшими участками склероза и липаматоза. Коронарные артерии были интактны. Печень резко уменьшена в размерах, передний край гладкий, поверхность гладкая, плотная, пестрого вида, желтовато-зеленого цвета на разрезе, при микроскопическом исследовании тканей печени обнаружен мелкоузловой цирроз печени с высокой степенью активности, вариабельность размеров гепатоцитов, отдельные некрозы, воспалительная инфильтрация нейтрофилами, мононуклеарами, перипеллюлярный фиброз, также крупнокапельный и мелкокапельный стеатоз, наличие большого количества алкогольного гиалина, или телец Маллори, в цитоплазме гепатоцитов. В желудке признаки атрофического гастрита, поджелудочная железа была увеличена, отечная со сливающимися кровоизлияниями, с распространенным жировым некрозом, с замещением соединительной тканью и образованием множественных псевдокист.

Выводы

Таким образом, на основании морфологических и морфометрических методов, путем исключения другой патологии, травм и отравлений, нами установлен диагноз «Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями», которая осложнилась «Отеком головного мозга», вследствие чего и произошла смерть. Конечно, при исследовании практически любого умершего, необходимо предварительно изучить медицинскую документацию, чтобы владеть информацией о заболеваниях, диагностических и лечебных манипуляциях, но специфика работы врача – судебно-медицинского эксперта в том и заключается, что катамнестические данные к началу исследования отсутствуют или как в нашем случае. Это в свою очередь, требует от морфолога знания такой патологии, умение ее своевременно распознать, провести дифференциальную диагностику и правильно установить причину смерти.

Нельзя не упомянуть о том, что для диагностики причин смерти необходим полноценный научный подход, с комплексным использова-

нием всех имеющихся средств для этого, в том числе правильно организованная работа с правоохранительными органами и практическим здравоохранением, целью которого является своевременное и полноценное предоставление всех необходимых объектов (материалов дела, проверки, протокола осмотра места происшествия, фото таблиц, медицинской документации и др.), конечно, с учетом процессуальных требований.

Литература

1. Пауков, В.С., Угрюмов, А.И. Патологоанатомическая диагностика алкоголизма. / Арх. патологии. – М, 1985. – С. 74-81.
2. Капустин, А.В. Панфиленко, О.А. Серебрякова, В.Г. Значение изменений миокарда для судебно-медицинской диагностики смерти от алкогольной кардиомиопатии: усовершенствованная медицинская технология. – М, РЦ СМЭ. – 2007.
3. Привалихина, А.В., Фандеева, А.Ю., Спицын, П.С., Гервальд, В.Я. Морфологические изменения внутренних органов при хроническом алкоголизме. / Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 1.
4. Кузьмичев, Д.Е., Скребов, Р.В., Кожан, И.Г., Ильина, М.П., Чирков, С.В., Вильцев, И.М. Основы морфометрии печени: методическое пособие. – Ханты-Мансийск, 2017. – 62 с.
5. Кузьмичев, Д.Е., Скребов, Р.В., Новоселов, А.С., Штрек, Л.А. Летальность от отравления этиловым алкоголем на территории Восточного отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2013, 2014, 2015 годы // Проблемы управления речными бассейнами при освоении Сибири и Арктики в контексте глобального изменения климата планеты в XXI веке том I. – Тюмень, 2017. – С. 232-237.

© Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Шакиров И.И., Кузьмичева Т.Г., 2019

УДК 614.2

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНОГО ДИСПАНСЕРА

Толстикова Н. В.,

к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части
БУ «Клинический врачебно-физкультурный диспансер»

Бюджетное учреждение «Клинический врачебно-физкультурный диспансер Югры» сегодня – современное медицинское учреждение, которое оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, а также медицинское освидетельствование (экспертизу) лиц, занимающихся физической культурой и спортом. 16 декабря 2019 года БУ ХМАО-Югры «Клинический врачебно-физкультурный диспансер» исполняется 50 лет!

Ключевые слова: спортивная медицина, Клинический врачебно-физкультурный диспансер Югры, медицинское обследование

В истории и развитии здравоохранения Югры первое упоминание о спортивной медицине относится к 1967 году, когда на базе Окружной клинической больницы города Ханты-Мансийска был открыт кабинет врачебного контроля.

1969 год – приказом Окружного здравотдела города Ханты-Мансийска создан Окружной врачебно-физкультурный диспансер для обеспечения медицинского контроля за лицами, занимающимися физической культурой и спортом.

1985 год – вместе с созданием детско-юношеских спортивных школ, открытием спортивных залов, хоккейных кортов, лыжных баз, плавательных бассейнов и других объектов физкультурно-спортивного назначения, программа медицинской диагностики в диспансере



Первый главный врач Горбунов Владимир Павлович

для пациентов становится более доступной.

1994 год – реорганизация диспансера в отделение врачебного контроля за лицами, занимающимися физической культурой и спортом при Окружной клинической больнице.



*Главный врач Крюкова Екатерина Романовна
с 1985 по 1990 г.г.*



*Главный врач Кетриц Алексей Борисович
с 1990 по 1994 г.г.*

1997 год – Постановлением Губернатора Ханты-Мансийского автономного округа – Югры отделение реорганизовано в Окружной врачебно-физкультурный диспансер.

2014 год – в преддверии проведения XXII Олимпийских и Параолимпийских зимних игр в г. Сочи приоритетным направлением деятельности диспансера становится содействие формированию олимпийского и параолимпийского резерва.



Зал ЛФК



Спортивный зал ДСО Спартак

В 2015 году произошло присоединение диспансеров в гг. Сургут, Нижневартовск, Нефтеюганск в качестве филиалов.

СЕГОДНЯ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Клинический врачебно-физкультурный диспансер» сегодня – современное медицинское учреждение, которое оказывает первичную, в том числе доврачебную, врачебную и специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, а также медицинское освидетельствование (экспертизу) лиц, занимающихся физической культурой и спортом.

Ежегодно на базе диспансера медицинское обследование проходят более 22 000 спортсменов, в том числе призеры и участники Олимпийских игр, чемпионы мира, Европы, России, члены сборных команд Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Из них 20000 – это дети, учащиеся детско-юношеских спортивных школ и спортивных секций. На диспансерном учете состоят 456 лиц с ограниченными возможностями здоровья.



*Главный врач Пачганов Александр Яковлевич
с 1997 по 2019 г.г.*

Специалистами диспансера обслуживается около 700 соревнований в год. В среднем 7000 спортсменов проходят восстановительные мероприятия после интенсивных физических нагрузок.

Коллектив врачебно-физкультурного диспансера Югры – это команда сертифициро-

ванных специалистов высокого уровня, среди которых есть кандидаты медицинских наук, постоянно совершенствующие свои знания и практические навыки, участвующие в обслуживании соревнований различных уровней, в том числе международных.

В крупнейших муниципалитетах региона: Сургуте, Нижневартовске, Нефтеюганске, функционируют филиалы диспансера.

Виды деятельности учреждения:

- проведение медицинских обследований лиц, занимающихся физической культурой и спортом;
- допуск к учебно-тренировочным занятиям и соревнованиям;
- экспертиза спортивной работоспособности;
- врачебно-педагогические наблюдения;
- медицинский контроль за физкультурно-оздоровительной работой в образовательных учреждениях Югры;
- обучение населения основам ЗОЖ;
- медицинская реабилитация спортсменов;
- консультирование населения по режиму двигательной активности;
- анализ заболеваемости и травматизма спортсменов.

ОТДЕЛЕНИЕ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ № 1



В отделении ведут приём высококвалифицированные врачи по спортивной медицине, узкие специалисты: педиатр, невролог, офтальмолог, травматолог-ортопед, кардиолог, детский кардиолог, стоматолог, отоларинголог.



Основные направления деятельности отделения:

- диспансеризация и динамическое наблюдение спортсменов на всех этапах спортивной подготовки;
- медицинское обеспечение спортивно-массовых мероприятий и соревнований;
- оказание медицинской помощи спортсменам при проведении восстановительных мероприятий после интенсивных физических нагрузок, заболеваний и травм;
- профилактика спортивного травматизма.



ОТДЕЛЕНИЕ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ № 2

Отделение спортивной медицины № 2 является новым, динамично развивающимся структурным подразделением диспансера. В отделении работают квалифицированные специалисты: врачи по спортивной медицине, массажисты, психологи.

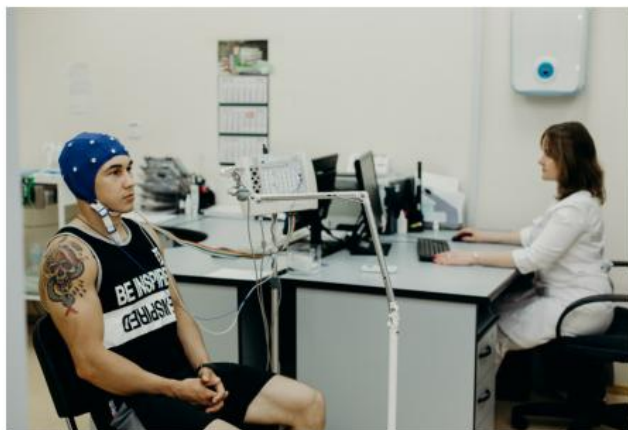
Целями и задачами работы отделения являются:

- медико-биологическое обеспечение спортсменов спортивных сборных команд Югры;



- взаимодействие со спортивными федерациями и организациями, осуществляющими подготовку спортсменов сборных команд на территории округа;
- организация своевременного, полного фармакологического и инструментального обеспечения спортивных сборных команд в период учебно-тренировочных сборов и соревнований;
- участие в организации и подготовке региональных, всероссийских и международных спортивных мероприятий.

ОТДЕЛЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ



Направления деятельности отделения:

- определение функционального состояния и динамическое наблюдение учащихся ДЮСШ, спортсменов высокой квалификации;

- оказание помощи в выборе вида спорта, подбор оптимального тренировочного режима;
- диагностика состояния перетренированности;
- определение функционального состояния пациента перед консультацией врачей спортивной медицины по подбору оптимального режима физической активности;
- консультативная помощь врачам диспансера в выборе наиболее информативных диагностических тестов, трактовка данных исследований пациентов.

В отделении проводятся следующие виды исследований:

Электрокардиография, велоэргометрия, суточное мониторирование ЭКГ (холтеровское мониторирование), суточное мониторирование артериального давления, электроэнцефа-



лография, ультразвуковые методы исследования (эхокардиография, УЗИ внутренних органов).

ОТДЕЛЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

После интенсивных физических нагрузок, заболеваний и травм спортсменам необходимо проводить восстановительные мероприятия.

Основные направления деятельности отделения:

- реабилитация спортсменов после интенсивных физических нагрузок, заболеваний и травм;
- лечение заболеваний и травм у лиц, занимающихся физической культурой и спортом, методами аппаратной физиотерапии, бальнеологии, лечебной гимнастики, массажа и рефлексотерапии;
- помощь в адаптации к увеличению физической нагрузки спортсменам в период тренировок;



- подготовка организма спортсменов к эмоциональной и физической нагрузке в период тренировочных сборов методами аппаратной физиотерапии, бальнеологии, лечебной гимнастики, массажа и рефлексотерапии.

В отделении проводятся следующие виды лечения:

- электрофорез и гальванотерапия,
- дарсонвализация и ультратонотерапия,
- низкочастотная и высокоинтенсивная магнитотерапия,
- транскраниальная электростимуляция,
- лазеротерапия,
- хромотерапия,
- амплипульстерапия,
- диадинамотерапия,
- интерференцтерапия,
- среднечастотная электротерапия,
- ультразвуковая терапия и лекарственный ультрафонофорез,
- ингаляционная терапия,
- терапия динамическая электронейростимуляция,
- подводный душ массаж,
- ручной массаж,
- вибротерапия,

- компрессионная терапия,
- лечебная гимнастика,
- иглорефлексотерапия,
- баротерапия,
- гипокситерапия,
- пилатес-система,
- кинезиотерапия на аппарате Ормед-Кинезио.

ФИЛИАЛ В Г. НЕФТЕЮГАНСКЕ



В 1972 году в Нefтеyгaнске при меdсан-части «Югaнскнефть» появился специалист, который занимaлся медицинским сопровождением людей, занимающихся физкультурой и спортом.

В декабре 1998 года на базе МУ «Центр медицинской профилактики» было организовано врачебно-физкультурное отделение в составе 11 человек.

В июне 2004 года врачебно-физкультурное отделение было реорганизовано в МУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер».

На сегодняшний день филиал в своем составе имеет отделение спортивной медицины, которое включает в себя врачей по спортивной медицине, узких специалистов и лабораторию. Также в филиале работают кабинеты: функциональной диагностики, восстановительного лечения, массажа, физиолечения и зал ЛФК.





История городского врачебно-физкультурного диспансера началась в 1973 году, когда при медсанчасти «Нефтяник» был открыт кабинет врачебного контроля. Его специалист осуществлял наблюдения за лицами, занимающимися физкультурой и спортом, и выдавал допуск к участию в спортивных соревнованиях. Спустя два года штат увеличился, а кабинет «вырос» до полноценного Врачебно-физкультурного диспансера.



За годы работы диспансера менялась его структура, характер работы в соответствии с требованиями времени. На сегодняшний день сургутский филиал является современным медицинским учреждением, имеющим в своем составе отделение спортивной медицины, клинико-диагностическое отделение и отделение физиотерапии и лечебной физкультуры. В нем трудятся высококвалифицированные специалисты – настоящие профессионалы своего дела. Оснащенность современной диагностической и лечебной аппаратурой обеспечивает высокое качество медицинской помощи.

В 1973 году на базе медсанчасти «Мегион-нефть» открылся кабинет медицинского контроля за лицами, занимающимися физкультурой и спортом. Количество занимающихся спортом быстро выросло и спустя два года на базе филиала городской поликлиники был открыт врачебно-физкультурный диспансер. В нем было всего три помещения: массажный кабинет, зал для занятий ЛФК и кабинет заведующей диспансера. В 1977 году площадь диспансера увеличилась, открылись кабинет врачебного контроля и физиотерапии.



С 2013 года в структуре диспансера функционирует отделение спортивной медицины, отделение лечебной физкультуры и физиотерапии, кабинет функциональной диагностики, клиническая лаборатория.



Многолетний опыт профессиональных специалистов нижневартковского филиала позволяет восстановить и вернуть в строй спортсменов разного уровня подготовки.

© Толстикова Н. В., 2019

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА НИЖНЕВАРТОВСКА

Смирнов М.В.,

главный врач

БУ «Нижневартовская городская станция скорой медицинской помощи»

Камилова Э.Р.,

заведующий организационно-методическим отделом

БУ «Нижневартовская городская станция скорой медицинской помощи»

В 2019 году станции скорой медицинской помощи Нижневартовска исполняется 50 лет. Как это было: история создания службы скорой помощи города Нижневартовска.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, станция скорой медицинской помощи

1961 год для Нижневартовского района был ознаменован большим событием для всей страны, в Нижневартовском районе была найдена нефть. А в 1962 году центр района перенесли в село Нижневартовское. В том же 1962 году при Нижневартовской районной больнице организуется отделение скорой помощи. Штат отделения в то время состоял из 4 фельдшеров и 2 водителей. Численность населения - 3200 человек, радиус выезда не превышал 1,5 км. Вызовы выполнялись на единственной автомашине УАЗ – 452-А. Из-за полного бездорожья привлекалась техника повышенной проходимости на гусеничном и колесном ходу с предприятий города.

В текстовом отчете районной больницы за 1964 год отмечено: «... в конце года за счет общего бюджета райбольницы выделено отделение скорой медицинской помощи с фельдшерскими штатами и больные на дому обслуживаются фельдшерами отделения скорой помощи».

В 1965 году открытие Смотлорского месторождения дает начало индустриальной исто-



рии города, в новой части Нижневартовска открывается второе отделение скорой помощи при поликлинике районной больницы.

С чувством огромного уважения и благодарности необходимо назвать имена тех людей, кто стоял у истоков развития службы скорой помощи, это: Ермолин Юрий Федорович (врач), фельдшера: Чебарева Вера Григорьевна, Козодой Рита Васильевна, Рогена Валентина Афанасьевна, Погодина Галина Васильевна, Слинкин Александр Иванович, Кузнецова Вера Васильевна, Одинец Нелля Тимофеевна, водители: Заблоцкий Е.В., Носович И.В., Шайдулина У.Н., Ершов В.Ф., Садиков А.З.

В статистическом отчете за 1969 год учреждение впервые значится, как станция скорой и неотложной медицинской помощи. Штат станции состоит уже из 25 человек: 1 врач, 10 – средний медперсонал, 6 – младший медперсонал, 8 – прочий. В отчете имеется запись о территории обслуживания и обозначено, что станция скорой помощи работает круглосуточно и практически выполняет функции неотложной помощи на дому». Именно с этого периода на-





чинается история развития службы скорой медицинской помощи в Нижневартовске, как самостоятельного учреждения. Кто может лучше всего рассказать о том времени? Конечно же, те люди, чья трудовая деятельность началась в этот период. Фельдшер выездной бригады - Валентина Владимировна Родикова работает на скорой помощи Нижневартовска с 1971 года по настоящее время, Валентине Владимировне присвоено почетное звание «Отличник здравоохранения». Вот как рассказывает она о том периоде: «Когда я устроилась на работу главным врачом была Зинаида Алексеевна Сидорова (с 1971-1973 г.г.). Скорая занимала помещение в 4-х комнатной квартире по ул. Омская дом 14, кв. 63. В декабре 1973 года мы впервые выехали для прохождения специализации по скорой помощи в Тюмень. Учеба проходила на станции скорой помощи Тюмени. С 1974 по 1982 год главным врачом станции скорой помощи был назначен Альберт Маркович Софийский.



В этот период скорая помощь переезжает в здание на улице Таежная, где для автомобилей предусмотрен гараж. Применяется звукозапись при приеме вызова скорой помощи от



населения. А.М. Софийский совмещал работу старшего врача смены и в определенные часы лично контролировал работу выездных бригад и работу диспетчерской службы. В 1982 году Альберт Маркович переезжает на постоянное место жительства в другой регион, после его отъезда временно исполняет обязанности главного врача Вячеслав Олегович Прохорихин, до середины 80-х годов главными врачами были Леонид Касьянович Цвиренко, Валентина Ивановна Флидерман». Скорая помощь в этот период размещалась в одноэтажном здании 2-х квартирного жилого дома по ул. Нефтяников дом 4 (в настоящее время на этом месте стоит 16-ти этажный жилой дом).

Нижневартовская городская станция скорой и неотложной медицинской помощи до 01.01.1991 года входит в состав медсанчасти № 3 производственного объединения «Нижневартовскнефтегаз», до 01.01.1995 года относится к Нижневартовскому отделу здравоохранения. С середины 80-х годов до 1991 года руководит учреждением Павлов Игорь Всеволодович грамотный специалист, активно уделяющий внимание внедрению передовых технологий в области медицины. В этот период, в 1985 году на скорой помощи Нижневартовска впервые выполнили тромболитическую терапию при оказании медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда. Скорая помощь переезжает в здание на ул. Индустриальная дом 6 (ранее там размещалась администрация «Трест – площадки №1»).

В период 1991 – 1994 г.г. руководит учреждением Крохмаль Лилия Викторовна. В это время в работе скорой помощи активно используется коэффициент трудового участия (КТУ), для того, чтобы каждый сотрудник ви-

дел результат своего труда и имел представление от чего зависит уровень его заработной платы. «В то время каждый сотрудник был заинтересован в достижении определенных показателей» – вспоминает фельдшер Людмила Алексеевна Павлова. Людмила Алексеевна пришла на скорую помощь в 1978 году, долгое время проработала диспетчером по приему и переда-



че вызовов, была председателем профсоюзной организации, заведовала отделом статистики. В настоящее время продолжает трудовую деятельность в организационно-методическом отделе, имеет почетное звание «Отличника здравоохранения».

С 01.01.1995 года Станция скорой и неотложной медицинской помощи Нижневартовска реорганизована в муниципальное учреждение «Станция скорой и неотложной медицинской помощи» на основании Постановления главы администрации № 643 от 31.10.1994 года. В 1999 году переименовано в муниципальное учреждение «Станция скорой медицинской помощи» на основании Постановления главы администрации № 403 от 26.05.1999 года.

Главный врач Ольга Михайловна Бедрий возглавляет учреждение с 1995 года. Из трудовой характеристики Ольги Михайловны: «Трудовая деятельность Бедрий О.М. в г. Нижневартовске начинается с февраля 1984 года на Станции скорой и неотложной медицинской помощи в должности выездного врача, затем с 1989 по 1994 г.г. преподаватель, заместитель директора по учебно-воспитательной работе Нижневартовского медицинского училища. С июля 1994 года работает в должности старшего врача, заведующей подстанцией Станции скорой и неотложной медицинской помощи. С мая 1995 года – главный врач муниципального

учреждения «Станция скорой медицинской помощи».

На время ее работы в должности главного врача выпали наиболее сложные периоды становления станции в самостоятельное учреждение с требованием перехода на новые механизмы хозяйствования: муниципализация, лицензирование, сертификация, разработка положения и расценок по работе в системе обязательного медицинского страхования. Ольга Михайловна, будучи человеком дисциплинированным, настойчивым, трудолюбивым, обязательным, требовательным к себе и сотрудникам провела эту работу в четко установленные сроки и на достаточно высоком уровне. С ее приходом значительно улучшилась дисциплина и микроклимат в коллективе, улучшилось материально-техническое снабжение станции.



За время работы Ольга Михайловна смогла организовать и грамотно провести работу по дезинфекции и стерилизации медицинского инструментария. Были выполнены все требования по правильному хранению и контролю за обоснованностью назначения врачами наркотических средств. По инициативе О.М. Бедрий начиная с 1997 года проведена компьютеризация с автоматизацией рабочих мест, что позволило соответствовать современным требованиям.

В период её руководства водители автомобилей скорой медицинской помощи вошли в состав учреждения, до этого времени услуги по управлению автотранспортом предоставлялись компанией «Медтранс».

Для повышения профессиональных знаний врачей О.М. Бедрий тесно сотрудничает с заведующей кафедрой «Скорой помощи» института усовершенствования врачей г. Новокузнецка, куда командировются на учебу врачи в соответствии с планом повышения квалифи-



кации. Средний медицинский персонал проходит усовершенствование на базе медицинского училища. В марте 2003 года организован выездной цикл обучения при участии АНО ДПО «Санкт-Петербургская академия постдипломного образования» по специальности «Скорая помощь». Медицинские работники Станции скорой помощи Нижневартовска имели возможность получить ответы на интересующие их вопросы от авторов краткого учебного руководства по скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга.

В этот период улучшилась работа по преемственности между скорой помощью и всеми другими ЛПУ города, совместно отработаны многие механизмы по госпитализации больных, что позволило улучшить показатели в работе «скорой».

В 2007 году главным врачом назначен Геннадий Иванович Романов (2007-2009 г.г.), в 2010 году – Мубаряк Махмутович Якупов (2010-2015 г.г.).

В 2013 году скорая помощь начинает работать в системе ОМС. В учреждении проводятся все необходимые для этого организационные мероприятия. На основании распоряжения Департамента по управлению государственным

имуществом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 22.11.2013 г. №13-Р-2567 с 01.01.2014 года Муниципальное бюджетное учреждение «Станция скорой медицинской помощи» переименовано в бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская городская станция скорой медицинской помощи».

В 2019 году учреждению исполняется 50 лет со дня основания службы.

Сейчас бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская городская станция скорой медицинской помощи» оказывает круглосуточную скорую медицинскую помощь населению Нижневартовска, численность которого превышает 260 тысяч человек. Сегодня станция скорой медицинской помощи располагает 20 бригадами: анестезиологии – реанимации, врачебными и фельдшерскими общепрофильными бригадами скорой помощи. С июня 2015 года по настоящее время – главный врач БУ «Нижневартовская городская станция скорой медицинской помощи» Максим Валерьевич Смирнов – врач высшей категории, грамотный руководитель, обладающий глубокими профессиональными знаниями.



На сегодняшний день персонал учреждения – 291 человек. Это очень дружный и сплоченный коллектив, патриоты своей профессии. Ведь на «скорой», как известно, не бывает «случайных» людей. Среди сотрудников «Отличники здравоохранения»: Павлова Людмила Алексеевна, Рецер Светлана Павловна, Родикова Валентина Владимировна, Филатова Татьяна Анатольевна, Иванко Нина Васильевна, Китаева Елена Николаевна. В учреждении трудятся «Ветераны труда», «Ветераны ХМАО». В пери-

од с 2015 года по настоящее время сотрудники учреждения неоднократно подтверждали свой уровень, принимая участие в конкурсах профессионального мастерства. Кроме этого проявили себя и в творческих конкурсах.

Медицинские работники принимали участие в конкурсе «Лучший врач», «Лучший средний медицинский и фармацевтический работник» показав при этом достойный результат:

2016 год – фельдшер Ирина Петровна Гольцман становится победителем регионального этапа конкурса – 1 место, заняв 2 место на федеральном уровне;

2017 год – фельдшер Дилара Сакеновна Доценбаева – 3 место на региональном этапе конкурса;

2019 год – врач скорой медицинской помощи Ольга Петровна Зайцева – 1 место на региональном этапе конкурса;

2019 год – фельдшер Виталий Анатольевич Выголов – 1 место на региональном этапе конкурса.

В 2017 году фельдшер Максим Леонидович Панин стал призером Всероссийского молодежного конкурса «Мистер медицина» в номинации «Творчество». Занял призовое III место и получил звание Вице-Мистер медицины. Вице-орлик учреждения участвовал в конкурсе социальных проектов «Радуга жизни», в номинации «Миссия жизнь» была получена высшая оценка жюри – первое место.

В июне 2017 года команда скорой медицинской помощи приняла участие в VI Окружных соревнованиях профессионального мастерства среди специалистов скорой медицинской помощи и медицины катастроф г. Нягань. В команду вошли лучшие специалисты учреждения: фельдшера В.А. Выголов, С.Г. Теньков, О.В. Мутанион, Р.В. Асаханова, водитель М.М. Зарипов. По результатам конкурса команда заняла 6-е место среди 19 команд участников.

Под руководством Максима Валерьевича проводится работа по комплексной автоматизации станции скорой медицинской помощи с применением современных информационных технологий. В качестве информационной системы, автоматизирующей процессы работы в учреждении успешно применяется «Унифицированное программное решение для обеспечения функции диспетчеризации санитарного автотранспорта». Выездные бригады скорой

медицинской помощи оснащены мобильными планшетами, в диспетчеризации вызовов применяются навигационные системы, электронная медицинская карта составляется и хранится в информационной базе данных системы.

Для вызова бригады скорой медицинской помощи с 2017 года можно воспользоваться единым номером 103 и 112 – через Единую диспетчерскую службу (ЕДДС). В учреждении проводятся все необходимые мероприятия в рамках утвержденной Стратегией развития санитарной авиации до 2024 года, разработанной в соответствии с паспортом федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико – санитарной помощи».

В целях улучшения обеспечения учреждений здравоохранения санитарным автотранспортом и упорядочения режима работы санитарных автомобилей в учреждении (в рамках пилотного проекта по передаче транспортных услуг на аутсорсинг частным компаниям) с ноября 2017 года по настоящее время предоставление транспортных услуг осуществляется сторонней организацией в рамках действующих контрактов и учреждение работает по «смешанной» схеме оказания транспортных услуг.

Продолжается обновление медицинского оборудования. В рамках реализации мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы» были приняты в оперативное управление автомобили СМП марки «Газель», «Соболь» класса «В».

В оснащении выездных бригад современные электрокардиографы, дефибрилляторы, аппараты непрямого массажа сердца, системы внутрикостного доступа, ларингеальные маски. Модернизация медицинского оборудования – это залог эффективной помощи пациентам, как следствие снижение смертности.

Коллектив БУ «Нижневартовская городская станция скорой медицинской помощи» живет и трудится во имя достижения одной общей цели, направленной на сохранение жизни и здоровья пациентов. Самое главное в медицине – высокое чувство ответственности, профессионализм, желание помочь людям. И на скорой помощи Нижневартовска работают самые чуткие и отзывчивые люди, которые на посту днем и ночью спасают жизни людей. Именно здесь, в вечной борьбе, достигается победа жизни над смертью благодаря настоящим профессионалам своего дела.

© Смирнов М.В., Камилова Э.Р., 2019

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПЕДИАТРИИ В НЯГАНИ

Плеханова В.Д.,

специалист по связям с общественностью
БУ «Няганская городская детская поликлиника»

БУ «Няганская городская детская поликлиника» – современное и на высоком уровне оснащенное медицинское учреждение, начавшее свою деятельность в 60-х годах 20 века, миссией которого является сохранение и укрепление здоровья каждого ребенка города Нягани, а ценностями – жизнь и здоровье пациентов, профессионализм и ответственность.

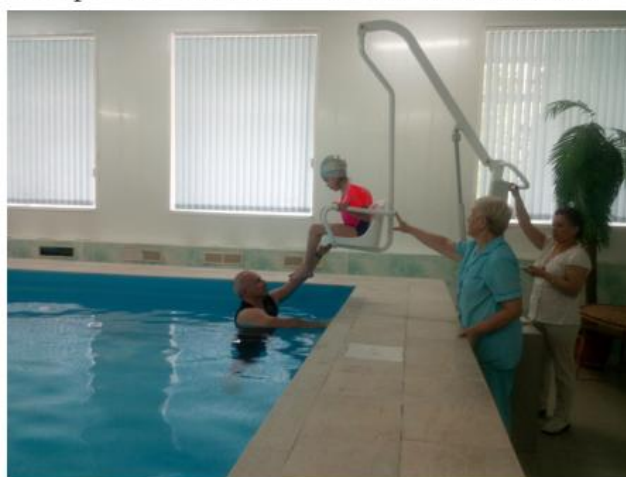
Ключевые слова: история педиатрии, юридически обособленная единица, комфорт пребывания пациентов

История развития педиатрии в Нягани берет свое начало с 60-х годов 20 века. Первым медицинским работником, отвечающим за здоровье пятисот детей поселка лесозаготовителей Нях, была назначена фельдшер по детству Раиса Никифоровна Чернобровкина. Кабинет детства располагался в фельдшерском пункте. С приходом нефтяников численность детей возросла. Для их осмотра и лечения было создано уже небольшое детское отделение в составе участковой больницы. Затем на базе медсанчасти градообразующего предприятия ПО «Красноленинскнефтегаз» появилась детская консультация. Прием детей велся в приспособленных помещениях, с печным отоплением и привозной водой. Было образовано четыре педиатрических участка по 1 тысяче ребятишек на каждом.

В 1984 году коллектив детской консультации переехал в просторное капитальное помещение, расположенное в одной из только что построенных пятиэтажек будущего города. Приказом главного врача Няганской участковой больницы врач-педиатр консультации

Лидия Николаевна Стрюковская назначается первой заведующей. С этой поры и ведется летоисчисление истории Детской поликлиники г. Нягани.

В 1990 году детская служба г. Нягани получает капитальное здание, построенное специально для поликлиники. Новые площади – новые масштабы. В этот период учреждение значительно повышает свой потенциал в оказании медицинской помощи детскому населению. Формируются такие структурные подразделения как: дневной стационар на 20 коек, дошкольно-школьное отделение. Функционируют физиотерапевтические, массажные кабинеты, прививочный блок, комплекс бассейнов.



В 1992 году на должность заведующего детской консультацией назначается Александр Васильевич Грейлих. В период его руководства на базе учреждения открывается отделение восстановительного лечения, физиотерапевтическое отделение, отделение медико-социальной помощи детям и подросткам и информационно-аналитическое отделение. Чуть позже орга-





низуется консультативно-диагностическое отделение, технический отдел и Центр здоровья для детей и подростков.

В 2005 году медицинская организация меняет форму собственности и становится юридически обособленной единицей «Детская поликлиника Нягань» в системе здравоохранения города Нягань. С этого времени начинается новый виток в модернизации материально-технической базы учреждения.

С 2010 по 2018 годы здание поликлиники претерпело масштабные изменения. Капитальный ремонт превратил серое, скучное здание с

офисным интерьером в современное учреждение с ярким фасадом и индивидуальным внутренним дизайном. Игровые зоны с мягкими матами и кубиками стали излюбленным местом детей. Плазменные экраны, установленные на каждом этаже, транслируют как мультфильмы, так и познавательные и профилактические ролики. Цифровые табло извещают посетителей о режиме работы докторов. Для удобства записи на прием в фойе учреждения размещен терминал самозаписи и электронный регистратор, организован сестринский прием. Для оперативного обслуживания телефонных вызовов оборудован call-центр с единым многоканальным телефонным номером. Внедрен ряд IT-новинок, позволяющих значительно повысить доступность и качество медицинских услуг, в частности Qr-код, информированность о записи на прием через мессенджер Viber, автоматизированное информирование пациентов по громкой связи в поликлинике, видеоконференцсвязь.

С 2018 года БУ «Няганская городская детская поликлиника» возглавляет Ирина Эдуардовна Лазарива, врач-педиатр высшей квалификационной категории, «Отличник здравоохранения РФ», награжденная муниципальным нагрудным знаком «За заслуги перед городом».

Администрация БУ «Няганская городская детская поликлиника», заботясь о качестве предоставляемых медицинских услуг и комфорте пребывания пациентов в учреждении, создает для этого максимальные условия. С 2018 года ЛПУ на 100% перешло на ведение электронного документооборота: выписка листов нетрудоспособности и заполнение электронной карты





больного. В рамках федерального проекта «Бережливое производство» реконструкцию претерпела регистратура. Сегодня это современная, технически оснащенная структура учреждения с великолепным дизайном и отсутствием очередей. Электронная система работы с документами с успехом внедрена и в открывшемся в 2018 году аптечном пункте, специализирующемся на снабжении лекарственными препаратами более 3-х тысяч детей из числа льготных категорий. Отныне, получатель лекарства при обращении в аптечный пункт больше не зависит от читабельности бумажного носителя, следовательно, оптимизированы трудозатраты врача и фармацевта, экономится время пациентов.

Детская поликлиника – активный участник различных проектов и программ, как регионального, так и федерального уровней. За успешную организацию работы по грудному вскармливанию и внедрению программы «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания» поликлиника удостоена престижного статуса и Диплома «Больница, доброжелательная к ребенку». Успешная работа по поддержанию достойных условий обслуживания и лечения пациентов позволяет поликлинике на протяжении четверти века оставаться одним из лучших медицинских учреждений г. Нягани.

Так, согласно данным официального сайта для размещения информации о государственных (муниципальных) учреждениях <http://bus.gov.ru>, БУ «Няганская городская детская поликлиника» вошло в число лидеров среди медицинских организаций ХМАО – Югры в рейтинге по результатам независимой оценки. Согласно данным, медицинское учреждение находится в группе 10-ти медучреждений, занимающих 1 место среди 116 организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, и в группе 10, занимающих 1 место среди 8146 детских поликлиник в Российской Федерации.

Выполнение Указов Президента РФ, а также реализацию пунктов национальных проектов «Здравоохранение» администрация медицинской организации держит на особом контроле, неукоснительно следуя всем рекомендациям по улучшению качества предоставления медицинских услуг и мотивации профессиональной деятельности сотрудников поликлиники.

БУ «Няганская городская детская поликлиника» продолжает реализацию мероприятий, предусмотренных в рамках государственной программы «Доступная среда в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2016-2020 годы». На сегодняшний день реализованы следующие мероприятия: установлен уличный лифт – подъёмник для маломобильных групп. Реконструированный пандус для заезда инвалидов колясок в учреждение, имеющий отдельный вход, планируется покрыть антискользящим покрытием. Для удобства посещающих учреждение увеличено количество парковочных мест с выделением специальных стоянок для инвалидов. Заменён на современную модель грузовой лифт, имеющий расширенный проем и позволяющий колясочникам комфортно перемещаться по всем этажам учреждения.

На всех межэтажных и этажных пространствах имеются маршрутные указатели с информацией о размещенных на этажах кабинетах, специалистах и службах поликлиники. Бассейн учреждения оснащен специальной системой подъёмных устройств, позволяющих детям с ограниченными физическими возможностями проходить восстановительные и реабилитационные процедуры в полном объёме. Установлена система «Автоматические двери» для беспрепятственного посещения поликлиники маломобильных групп населения.

Одним из главных достижений поликлиники за последние годы стало кадровое пополнение. В ряды сотрудников влились порядка 40 новых медицинских специалистов. На 100% укомплектован штат участковых врачей-педиатров. Полностью обновлен состав отделения оказания неотложной медицинской помощи. Появились молодые специалисты и в клинико-диагностической лаборатории. Особо стоит отметить, что шесть докторов стали участниками программы «Земский доктор», получив в качестве «подъемных» по 1 млн. рублей.

Огромная работа проведена в рамках реализации государственной программы «Доступная среда в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2016 – 2020 годы». Благодаря окружному финансированию Детская поликлиника отныне является безбарьерным учреждением. В поликлинике смонтирована система подъемных механизмов, позволяющая детям-колясочникам, в целях реабилитации и восстановления здоровья, в полной мере посещать бассейн. Для беспрепятственного посещения врачей установлена система «Автоматические двери». Есть даже уличный лифт, позволяющий маломобильным группам населения, в считанные секунды подниматься на крыльцо поликлиники.

В учреждении создан Совет трудового коллектива. Успешно взаимодействует с потреби-

телями медицинских услуг и коллективом учреждения. Общественный совет при поликлинике. На его базе в 2015 году было организовано медицинское волонтерское движение среди старшеклассников города «По зову сердца».

В 2015 году создана новая функциональная структура «Академия здорового ребенка», призванная формировать здорового и гармонично развитого ребенка через развитие его двигательной музыкальной, художественной и вербальной деятельности. 2018 году об этой методике был выпущен информационный вестник в рамках поддержки социальных проектов на грант Главы г. Нягань.

Сотрудники БУ «Няганская городская детская поликлиника» регулярно становятся победителями городского конкурса «Признание» среди медицинских учреждений г. Нягани. Активно принимают участие в региональных и федеральных конкурсах, нередко завоевывая призовые места.

Детская поликлиника традиционно занимает первое место в окружном конкурсе «На лучшую подготовку граждан РФ в МО ХМАО-Югры к военной службе, организацию и проведение призыва на военную службу» с вручением соответствующего диплома.

В 2019 году БУ «Няганская городская детская поликлиника» заслуженно заняла второе место на уровне муниципального образования



в рамках Всероссийского конкурса на лучшую организацию работ в области условий охраны труда «Успех и безопасность 2018».

Материально-техническая база учреждения регулярно используется как площадка для проведения различных научно-практических конференций окружного уровня. Очередной научный саммит планируется к проведению в середине ноября 2019 года на тему: «Перспективы развития педиатрической службы».

Коллектив поликлиники – ярый сторонник здорового образа жизни. Команда учреждения «Здоровый малыш» неоднократно становилась победителем городской спартакиады среди городских лечебно-профилактических учреждений. На базе учреждения традиционно проводится ежегодная спартакиада сотрудников поликлиники, приуроченная ко дню её рождения. А любители бега не пропускают ежегодное массовое спортивное мероприятие «Кросс нации».

И все же главным достижением поликлиники были и остаются кадры – сотрудники учреждения, преданные своему делу по оказанию медицинских услуг подрастающему поколению г. Нягань. Большинство проработали в учреждении не один десяток лет и это тот костяк, на который можно положиться в любой ситуации.

В БУ «Няганская городская детская поликлиника» трудятся 294 сотрудника, из них: 46 врачей и 167 средних медицинских работников. 8 сотрудников имеют высокое звание «Отличник здравоохранения»: Лазарива Ирина

Эдуардовна, главный врач; Артанова Марина Владимировна, заведующая консультативно-диагностическим отделением №1; Максимова Вероника Олеговна, заведующая отделением организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях; Годунова Римма Николаевна, врач - методист информационно-аналитического отделения; Лямина Людмила Ивановна, старший фельдшер отделения профилактики; Зорина Галина Васильевна, участковая медицинская сестра; Кошкина Тамара Викторовна, врач - педиатр участковый; Дергач Наталия Викторовна, фельдшер отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях. Фотографии лучших сотрудников, в том числе Отличников здравоохранения РФ и победителей городского конкурса «Призвание», размещены на доске почета «Наша гордость». Ряд заслуженных работников возглавляют первые руководители педиатрической службы г. Нягань, начиная с 1967 года.

В 2018 году деятельность БУ «Няганская городская детская поликлиника» отмечена публикацией в XIII выпуске Всероссийской энциклопедии «Золотой фонд кадров Родины». Материал рассказывает об истории создания Детской поликлиники г. Нягани, вехах её развития, о кадровом потенциале и ветеранах учреждения. Текстовая часть дополнена красочными фотографиями, запечатлевшими коллектив поликлиники, трудовые будни, а также лучших сотрудников, проработавших в ней 25 и более лет.

© Плеханова В.Д., 2019

**ОКРУЖНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ТВОРЧЕСКИЙ КОНКУРС
«СЕРДЦЕ ПОМОЩИ И ЗАБОТЫ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ И
ВЫСШИМ СЕСТРИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ, ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ
И СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ХАНТЫ-
МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ, ПОСВЯЩЕННЫЙ
МЕЖДУНАРОДНОМУ ГОДУ ЯЗЫКОВ КОРЕННЫХ НАРОДОВ
И ПРИУРОЧЕННЫЙ К МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра является местом исконного проживания коренных малочисленных народов: ханты, манси, ненцы.

Всё очевиднее становится тот факт, что достижения современной медицины могут остаться нереализованными на практике, если между медицинским персоналом и пациентом не будет сформировано партнерских отношений и истинного сотрудничества, и здесь значимая роль отводится фельдшерам, медсестрам, акушеркам. Они активно участвуют в формировании у населения результативных установок по сохранению и укреплению здоровья, в обучении приемам оказания неотложной помощи, ухода за новорожденными, инкурабельными больными и при других проблемах, связанных со здоровьем.

Творческий конкурс – мероприятие, которое позволит медицинским работникам поделиться накопленным опытом работы по оказанию медицинской помощи коренным малочисленным народам Югры.

Организатором Творческого конкурса является Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Общее руководство проведением Творческого конкурса осуществляет организационный комитет, в состав которого вошли представители Учебного центра БУ «Медицинский информационно-аналитический центр», по инициативе которых данный конкурс был запущен.

В номинации «Сестринское дело – наука» (форма проведения – научно-практическая работа):

I место – Горшков Артем Юрьевич, студент 307 группы специальности «Лечебное дело», БУ ВО СурГУ Медицинский колледж (руководитель НПП – Филатова Лариса Петровна, преподаватель БУ ВО СурГУ Медицинский колледж);

II место – Павлова Светлана Александровна, акушерка БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»;

III место – Самец Ксения Зиновьевна, студентка 303 группы специальности «Сестринское дело», БУ ВО СурГУ Медицинский колледж (руководитель НПП – Филатова Лариса Петровна, преподаватель БУ ВО СурГУ Медицинский колледж).

В номинации «Сестринское дело – наука» (форма проведения: методическая разработка обучающего мероприятия):

I место – Югова Мария Александровна, преподаватель БУ ПО «Нижневартовский медицинский колледж»;

II место – Редозубова Наталья Николаевна, старшая медицинская сестра общеполиклинического персонала поликлиники поселка Юность, БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 4».

В номинации «Сестринское дело – искусство» (форма проведения: эссе):

I место – Шабанова Наталья Александровна, медицинская сестра участковая детской поликлиники БУ «Нефтеюганская районная больница»;

II место – Мороз Людмила Александровна, старшая медицинская сестра БУ «Окружная клиническая больница»;

III место – Рыбакова Диана Александровна, фельдшер БУ «Нижневартовская городская станция скорой медицинской помощи», и Кайтукаева Айханум Багавдиновна, медицинская сестра участковая терапевтического отделения поликлиники БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница».

Ключевые слова: творческий конкурс, коренные малочисленные народы Югры, сохранение здоровья

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА НА ТЕМУ:**

«ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА СРЕДНЕГО ЗВЕНА ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ И РАЗРАБОТКЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЗАРАЖЕНИЯ OPISTHORCHIS FELINEUS НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИИ Г. СУРГУТА И СУРГУТСКОГО РАЙОНА»

Горшков Артем Юрьевич,
студент 3 курса, 307 группы
специальности «Лечебное дело»
ВО БУ СурГУ «Медицинский колледж»

Руководитель НПР
Филатова Лариса Петровна,
преподаватель БУ ВО СурГУ Медицинский колледж

Введение**Актуальность проблемы**

Самое ценное у человека – это жизнь, самое ценное в жизни – здоровье. «Здоровье – самое большое богатство», – гласит болгарская мудрость.

Целью приоритетного национального проекта «Здравоохранение» является улучшение состояния здоровья, качества жизни людей и социального благополучия общества [28].

Гельминтозы – это широкая группа болезней, в значительной степени определяющая состояние здоровья населения России [2]. Западная Сибирь – крупнейшая местность, эндемичная по описторхозу, в которой регистрируется до 80% всех случаев данной инвазии. Уровень заболеваемости жителей Сургутского района описторхозом составляет в среднем 58,8%, местного – 83,2%, приезжих – 11%, у коренного (хантов и манси) регистрируется до 84,4% случаев [12].

Учитывая, что территория Сургута и Сургутского района относится к гиперэндемичной зоне по описторхозу и в экономическом плане наиболее привлекательна для мигрантов, следует обратить внимание на вопросы, связанные с проведением эффективной профилактической работы, направленной на повышение уровня знаний о гельминтозе. Совершенствование профилактических мероприятий, применение

здоровьесберегающих технологий позволит оптимизировать деятельность среднего медицинского персонала в области профилактики паразитоза, особенно с населением, составляющим группу риска.

Цели работы

Определение факторов и разработка профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заражения *Opisthorchis felineus* населения, проживающего на территории г. Сургута и Сургутского района.

Объект исследования

Деятельность фельдшера по выявлению факторов, влияющих на степень заражения населения описторхозом.

Предмет исследования

Профилактические мероприятия.

Задачи работы

1. Охарактеризовать эпидемиологические проявления описторхозной инвазии на территории Сургута и Сургутского района.
2. Оценить основные факторы риска заражения гельминтозом.
3. Определить уровень знаний по профилактике описторхоза у медицинских работников среднего звена и населения.

4. Разработать профилактические мероприятия, направленные на снижение риска заражения паразитозом.

Гипотеза работы

Профессиональная деятельность фельдшера, направленная на выявление факторов заражения гельминтозом и разработка профилактических мероприятий, будет способствовать снижению уровня зараженности населения описторхозом.

Научная новизна

Дополнены сведения о факторах, влияющих на степень зараженности населения г. Сургута и Сургутского района описторхозом.

Определен уровень знаний по профилактике описторхоза у медицинских работников среднего звена и профессиональных групп населения.

Подготовлена и внедрена в практику электронная игра «Ловись, рыбка!» для детей дошкольного и школьного возраста.

Разработана программа для ведения электронной медицинской карты пациента на определение зараженности описторхозом.

Рассмотрены инновационные подходы в деятельности медицинского работника среднего звена в профилактике описторхоза.

Практическая значимость

Электронная игра для детей дошкольного и школьного возраста научит ребенка разбираться не только в рыбе, составляющую ихтиофауну Обь-Иртышского бассейна, которая может быть инвазирована метацеркариями описторхид, но и обучит первичным навыкам обработки рыбы, кухонного инвентаря во избежание заражения гельминтозом. Детям она будет интересна еще и потому, что за правильно пройденные этапы будет начисляться игровая валюта «Граги».

Программа для ведения электронной медицинской карты пациента на определение зараженности описторхозом может быть внедрена в медицинские учреждения для широкого использования.

Предложен рекламный блок по гельминтозу для населения Сургута и Сургутского района.

Объем и структура работы

Работа изложена на 38 страницах компьютерного текста шрифт №14 TimesNewRoman, иллюстрирована 8 таблицами, 6 рисунками, состоит из введения, литературного обзора, главы описывающей материалы и методы исследования, заключения, выводов и 8 приложений. Библиографический указатель содержит 32 источника.

Личный вклад автора

Автором запланированы, организованы и проведены исследования биоты (ткани рыб) семейства карповых (Cyprinidae), сформулированы цели и задачи, определены материалы и методы исследований, проанализированы статистические данные за период 2009 – 2017 гг., создана электронная база данных для ведения электронной карты пациента на определение зараженностью описторхозом, создана модель здоровьесберегающих технологий, разработана и внедрена электронная обучающая игра «Ловись, рыбка!» для детей дошкольного и школьного возраста, подготовлен блок информационного материала для наружной рекламы и памятки по профилактике описторхоза для широкого круга населения, проживающего на эндемичной территории, составлено заключение и проанализированы выводы. Доля личного участия автора в получении и накоплении научной информации составляет 90%, в анализе, обобщении и интерпретации материалов – 90%.

Глава I. Литературный обзор

1.1. Уровень заболеваемости описторхозной инвазией по г. Сургуту и Сургутскому району

Описторхоз является самым распространенным гельминтозом, передающимся через зараженную рыбу [6]. Ежегодно в России регистрируют более 40 тыс. больных описторхозом среди населения практически во всех субъектах Российской Федерации. Городское население приобретает рыбную продукцию в магазинах и на рынках, а она может быть не безопасной по паразитологическим показателям: в 3,3% проб рыбы и рыбной продукции были обнаружены личинки гельминтов [8]. Доля городского на-

селения по Российской Федерации в 2012 году составила 76% случаев заболевания [7].

В Государственном докладе «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2011 году» [5] отмечено, что ареал возбудителя описторхоза простирается практически непрерывно от озера Байкал до западных границ Европы. На большей части ареала циркуляция паразита носит изначально эпизоотический характер и осуществляется без участия человека. Включение человека в круговорот инвазии происходило неравномерно в пространстве и во времени. Наиболее высокий уровень заболеваемости описторхозом регистрируется в Обь-Иртышском бассейне [10].

Практически все территории, примыкающие к бассейнам рек Оби, Иртыша, Томи и их притокам, являются неблагоприятными по описторхозу. Особенности рыночной экономики, нерегулируемый завоз рыбной продукции семейства карповых (Cyprinidae), недостаточный контроль за соблюдением технологического режима обеззараживания рыбы от личинок *O. felineus*, интенсивный миграционный процесс населения обуславливают ухудшение эпидемической ситуации по описторхозу, как в Западной Сибири, так и в целом по Российской Федерации [5]. Максимальная заболеваемость населения описторхозом на протяжении 2010-2015 годов отмечалась в ХМАО. На втором месте устойчиво располагается ЯНАО. Третье и четвертое ранговое место делили между собой Тюменская и Томская области. Пятое место занимала Омская область. [24].

Территория ХМАО приурочена к Обь-Иртышскому бассейну. Современное состояние очага описторхоза в природно-географическом комплексе ХМАО сохраняется стабильным с высоким риском заражения населения. Отмечено лишь незначительное снижение общей заболеваемости описторхозом за период. По данным ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в ХМАО-Югре» при экспертизе рыбы семейства карповых в 2012 году, поступающей на реализацию населению, в 54,2% проб обнаружены метацеркарии описторхид. Этот факт свидетельствует о наличии высокоинтенсивной инвазии и мощного источника возбудителя [17].

Таким образом, на территории ХМАО сохраняется высокий риск заражения населения описторхозом.

1.2. Факторы среды, влияющие на распространение описторхозной инвазии

Способность организма к заражению описторхозной инвазией является результатом взаимодействия факторов, связанных как с хозяином, так и с возбудителем.

Классификация факторов, связанных с хозяином:

- Факторы окружающей среды.
- Экологические факторы.
- Состояние питания.
- Миграционные процессы.

Факторы окружающей среды

К факторам окружающей среды можно отнести те, которые связаны с условиями, располагающими к инвазии и реинвазии. На территории Сургутского района местное население ханты и манси живут на своих родовых угодьях в неблагоустроенных жилищах, без необходимого водоснабжения и санитарных удобств, по берегам крупных рек. Аборигены используют в своем хозяйстве и для приготовления пищи воду речную, озерную, часто употребляют в некипяченом виде. В связи с отсутствием безопасной питьевой воды происходит заражение местного населения инфекционными и паразитарными (лямблиоз) заболеваниями, которые понижают иммунитет и способствуют к инвазированию гельминтами. Отсутствие у хантов и манси благоустроенных отхожих мест приводит к обсеменению территории и расселению инвазионного начала на обширные площади и в водоёмы. Трудно изменить обычаи дефекации у взрослых и детей, которые редко пользуются благоустроенными отхожими местами и не всегда удаётся добиться того, чтобы воспитанием у детей элементарных гигиенических навыков занимались родители, которые сами забывают и не считают в этом особой необходимости. Коренное население имеет в своём хозяйстве кроме северных оленей, также и домашних животных: кошек и собак. Общее количество, которых достигает от 4-10 особей. Своих домашних животных кормят постоянно свежей рыбой, а в весенний период, когда начинает оседать снег и покрываться ледяной коркой в корм оленям добавляют речную рыбу, так как животные не способны к добыче ягеля в это время [12, 21]. Таким образом, домашние животные способствуют загрязнению почвы яйцами

гельминтов. С талыми снеговыми и дождевыми водами яйца биогельминта попадают в водоем, где происходит их дальнейшее развитие.

Окружающая среда влияет на социально-экономический статус населения. Деятельность человека могут изменить условия окружающей среды. Можно отметить, что факторы окружающей среды ответственны за развитие и распространение инвазионных стадий паразита, а социально-экономические факторы способствуют загрязнению окружающей среды инвазионным началом.

Экологические факторы

Здоровье человека на севере является барометром экологической ситуации. Западная Сибирь (Сургутский район) – относится к дискомфортно – экстремальной территории, приравненной к Крайнему Северу, эта местность с умеренно суровым континентальным климатом. Длительная, морозная зима с понижением температуры до 45 - 50⁰С, резким колебанием барометрического давления, температуры и влажности воздуха, направления движения масс. Холодное короткое лето. Резкое нарушение фотопериодичности, световое голодание. Активность солнца превосходит солнечную активность в европейской части территории России на тех же широтах – это реальные факторы, влияющие на экологический статус человека, которые существенно сказываются на образе жизни и здоровье населения, проживающего на данной территории[5].

Промышленность района имеет моноотраслевую структуру. Нефтегазодобывающие предприятия являются главным источниками негативного воздействия на состояние окружающей среды. Это определяется огромными объемами потребления природных ресурсов, значительным количеством сбросов и выбросов загрязняющих веществ. Следствием высоких темпов освоения месторождений углеводородов при недостаточной реализации природоохранных мероприятий явилось резкое ухудшение экологической ситуации на данной территории, ведущее к необратимым изменениям в окружающей природной среде и отрицательно сказывающееся на состоянии здоровья населения. В результате происходит загрязнение не только внешней, но и внутренней среды организма.

Хронически экологически обусловленная интоксикация нарушает защитные силы, повышая восприимчивость организма к инфекционным и паразитарным заболеваниям [18].

Состояние питания

При большом разнообразии экологических факторов, влияющих на рост и развитие организма, определённая роль принадлежит связи организма с внешней средой посредством пищевых цепей. Коренные народности Севера, проживающие в экстремальных условиях, на протяжении долгого времени приспосабливались к гармоничному сосуществованию с природой, вырабатывая особую стратегию поведения по отношению к окружающей среде [32]. Специфический тип метаболизма белково-липидный и простую пищевую цепь: ягель-олень-человек; вода-рыба-человек. Таким образом, при сохранении традиционного образа жизни, оленина является необходимым белковым продуктом, а рыбе отводится перво-степенная роль в питании, особенно при длительных остановках, когда выпас оленей производится у крупных рек и озер. При потере оленей и переходе на оседлый образ жизни, рыба становится основным продуктом в питании [16]. Кроме того, коренные жители (взрослые и дети) все отличные рыбаки и употребляют в пищу свежесловленную и чуть присыпанную солью сырую рыбу на рыбалке, а также «строганину», «рыбу с кровцой», «надсырь». Часто готовят национальные блюда: «патамку», «чемух», «потши», которые являются источником белков и витаминов, особенно в зимний и весенний периоды, а из-за низкого качества обработки данного продукта – источником заражения гельминтозами (описторхозом и дифиллоботриозом)[32].

Таким образом, экологические особенности территории северных районов способствовали адаптации организма коренных народностей к условиям внешней среды и выработке определенных специфических направлений в питании, которые характеризуются в переходе населения на белково-жировой тип, что позволяет использовать в пищевом рационе продукты местной сырьевой базы, а национальные традиции приготовления пищи из рыбы, способствуют заражению взрослых и детей гельминтами.

Миграционные процессы

Распространение описторхоза на обширные территории нашей страны влияют не только природные, но и социальные факторы. Проникновение инвазионного начала в водоемы и бассейны рек на стадии первого промежуточного хозяина практически не происходит в результате малой подвижности моллюсков, миграция рыбы совершается в пределах одного бассейна. Вынос инвазии рыбоядными млекопитающими также ограничен: наиболее вероятное участие в распространении инвазии с эндемичной территории лисицы обыкновенной и ондатры. Таким образом, диффузия описторхозной инвазии осуществляется на территории Сургутского района главным образом на социальном уровне: в результате вывоза зараженной личинками описторхид рыбы и миграции инвазированного населения.

Миграция населения в последние годы происходит в результате обострения социально-политической ситуации в бывших союзных республиках, развития географии межнациональных конфликтов, ухудшения экономических условий – это далеко не все процессы, которые способствовали к масштабным миграционным потокам из стран ближнего зарубежья на территорию Российской Федерации [26]. В эти потоки влились малоимущие категории граждан с целью решения социально-экономических проблем в регионы с экономической стабильностью.

Территория Сургутского района (Тюменская область, ХМАО) в виду развития нефтегазодобывающей отрасли является привлекательной для населения, испытывающего экономические трудности. Сургутский район – это район интенсивного индустриального освоения и высокой концентрации трудовых ресурсов. В связи с этим, происходит большой приток мигрантов, вахтовых рабочих и гастарбайтеров - иностранцев в эндемичную по описторхозу местность. Наиболее тесные миграционные связи у района сложились с областями и республиками: югом Тюменской области, Урала, Поволжья, Северного Казахстана, Закавказья и Украиной. Если раньше прибывали в основном русские, украинцы, татары, башкиры, то с начала 1990 годов возросла доля выходцев из Дагестана, Чечни, из стран СНГ (Таджикистана, Азербайджана, Молдавии, Киргизии) и Китая. В последние

годы появилась новая категория мигрантов: это беженцы и вынужденные переселенцы. Больше всего их прибывает из Казахстана, Узбекистана, Кыргызстана и республик Северного Кавказ, т.е. с территорий с благоприятным климатом.

Высокая миграционная подвижность населения, освоение новых территорий с суровыми природно-климатическими условиями, социально – бытовые преобразования меняют характер взаимодействия человека с окружающей средой, происходит постоянное напряжение физиологических систем, в связи с этим возникает дисгармония между биологической природой человека и средой обитания. Перемещение человека из одной экологической среды в другую сопровождается различными перестройками в организме, приводящие к «напряжению» определенных функциональных систем и ослаблению иммунитета, влияющее на состояние здоровья и работоспособность [27].

Миграция населения существенно повлияла на паразитологическую ситуацию, способствовала активизации эпидемиологического процесса на территории исследования, вовлекая новые категории населения, тем самым, повышая численность заболевания данным гельминтозом и увеличивая ареал распространения описторхозной инвазии.

Глава II. Практическая часть работы

2.1. Материалы и методы исследования

Работа проводилась, начиная с 2015 года на территории города Сургута и Сургутского района, результаты обрабатывались на базе бюджетного учреждения профессионального образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский медицинский колледж». В ходе исследований применялись методы: лабораторной диагностики; опросные – анкетирование, интервьюирование; общепринятые статистические методы. Результаты исследований обрабатывались с помощью статистических функций в среде табличного процессора Microsoft Excel. Исследование биоты (ткани рыб) семейства карповых (Cyprinidae) в количестве 260 штук на наличие личиночных стадий описторхид проводилось по методу, предложенному Д. Е. Генисом (2018). Рыбу вылавливали в реках Сургутского района: Тром-Аган, Моховая; озерах: Щучье, Сурмятино.

Анкетированием было охвачено 105 медицинских работников среднего звена, работающих в различных ЛПУ Сургута и района. Из них – 85 медицинских сестер, фельдшеров и акушерок (по 10 соответственно). В анкетировании приняли участие и представители различных профессиональных групп: работников культуры, педагоги, водителей по 15 человек, педагогов – 30 и домохозяек – 20 человек.

Интервьюирование проводилось среди представителей коренного населения (ханты, манси) деревни Рускинская, сельского поселения Сытомино – 14 человек, новосёлов, вахтовых рабочих, гастарбайтеров, местного населения (проживших на севере более 10 лет) по 20 человек соответственно, проживающего в г. Сургуте и Сургутском районе (гп. Федоровский).

С целью оптимизации работы медицинского персонала, усовершенствования профилактической деятельности была разработана программа «Электронная медицинская карта пациента на определение зараженностью описторхозом».

Для детей дошкольного и школьного возраста подготовлена игра «Ловись, рыбка!», разработанная в электронном виде, которая может быть использована как на уроках природоведения, так и во внеурочной деятельности (кружки по биологии).

Этапы исследования

На первом начальном этапе (сентябрь 2015 – август 2016 гг.) изучалась и анализировалась научно-методическая литература по проблеме исследования.

Второй основной этап (сентябрь 2016 – август 2018 гг.) был направлен на проведение биологических исследований (исследование тканей рыб на наличие метацеркариев описторхид), разработку вопросов анкеты, интервью и проведение анкетирования и интервьюирования. Проводился анализ и интерпретация результатов.

Третий этап (сентябрь 2018 – февраль 2019 гг.) – заключительный, включал разработку профилактических рекомендаций, модели здоровьесберегающих технологий, программы «Электронная медицинская карта пациента для определения зараженности описторхозом» и обучающей игры для дошкольного и школьного возраста «Ловись, рыбка!», обработку и апробирование материалов.

2.2. Гельминтологическая ситуация по описторхозу среди населения г. Сургута и Сургутского района

В ходе исследования были проанализированы статистические данные Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по городу Сургуту и Сургутскому району о гельминтозных заболеваниях взрослого населения за период 2009 – 2017 гг. (рис. 1, приложение 1).

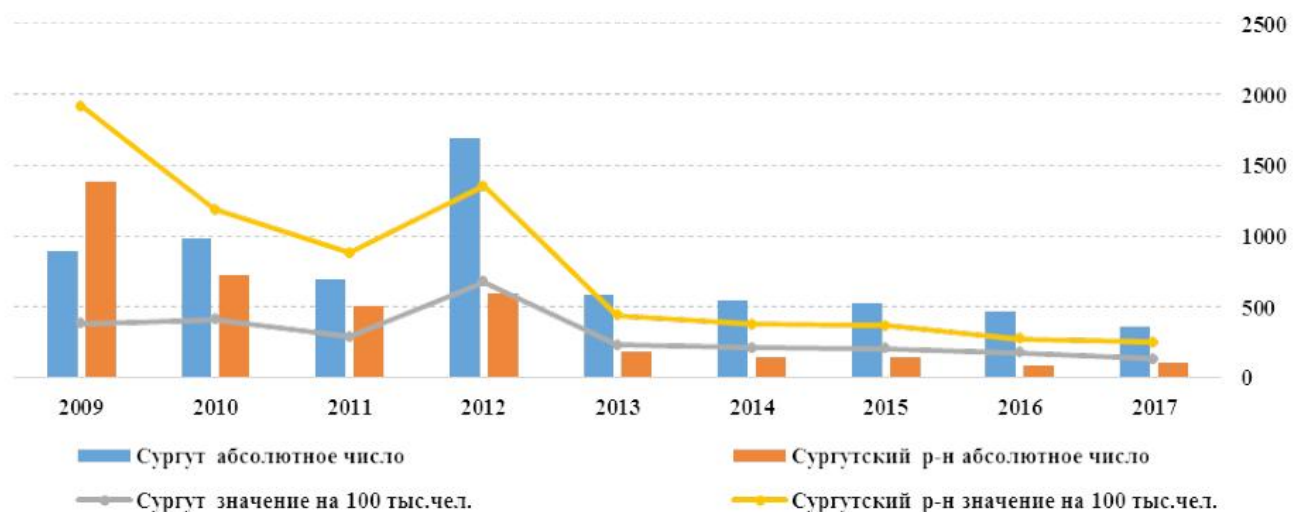


Рис. 1. Гельминтологическая ситуация по описторхозу среди взрослого населения г. Сургута и Сургутского района (2009-2017 гг.)

Вывод

Анализ гельминтологической ситуации по описторхозу среди взрослого населения за период 2009-2017 годов по Сургуту и Сургутско-

му району установил максимальный уровень инвазированности по Сургуту в 2012 году, с количеством 678,6 случаев, а по району в 2009 в количестве 1534,9 случаев на 100 тыс. насе-

ния. Снижение по городу наблюдается с 2013 года, а в 2017 году уровень зараженного населения составил 131,8 случаев, по району снижение наблюдается с 2010 года, но в 2012 году прослеживается увеличение на 15%, с 2013 года

уровень инвазии снижается до 2016 года. В 2017 году подъем заболеваемости на 23%.

Гельминтологическая ситуация по описторхозу среди детского населения представлена на рисунке 2.

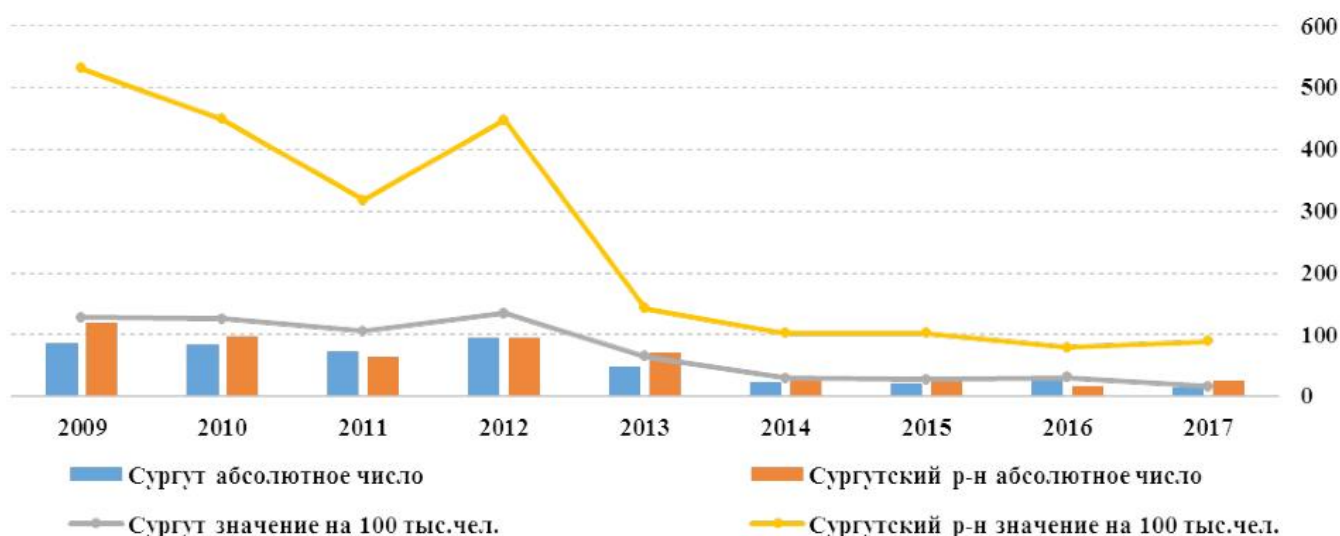


Рис. 2. Гельминтологическая ситуация по описторхозу среди детского населения г. Сургута и Сургутского района (2009-2017 гг.)

Вывод

Многолетние наблюдения показали, что пик заболеваемости описторхозом приходится на 2012 год по Сургуту с количеством 134,7 случаев, далее регистрируется снижение до 2017 на 88% и составляет 16,2. По Сургутскому району максимальное количество случаев отмечается в 2009 году и составляет 403. Снижение наблюдается с 2013 - 2016 гг, в 2017 году всплеск заболеваемости на 52%.

Считаем, что основной причиной зараженности взрослого и детского населения служит низкий уровень знаний профилактики гельминтоза и отсутствие культуры приготовления пищи из местной рыбы с соответствующей обработкой кухонных принадлежностей. Одной из причин заражения детей, когда взрослые угощают ребенка вяленой рыбой или строганиной.

2.3. Ихтиолого-паразитологическое исследование (ткани рыб)

Территория Сургутского района богата водоемами различного типа. Широкая речная сеть представлена реками: Обь, ее притоками Иртышем, приустьевыми участками рек Тром-Аган, Моховая и озера Щучье и Сурмя-

тино. Обилие водоемов определяют разнообразие озерно-речных видов рыб: язь, мохтиг (елец), сорога, плотва, пескарь, карась. В результате разветвленной речной сети реки Обь созданы все необходимые условия для развития и существования природного очага и гиперэндемичной зоны описторхозной инвазии. Для прибывших на новое место жительства населения (вахтовых рабочих, гастарбайтеров), а также для большинства (90%) населения, проживающего на данной территории, рыба является существенным дополнительным источником питания.

С целью определения инвазированности рыбы метацеркариями описторхид, были проведены исследования ткани пресноводной рыбы семейства карповых (Cyprinidae) по методу, предложенному Генисом (2018), выловленной в различных водоемах Сургутского района. Отлов рыбы проводили мелкоячеистой сетью и на удочку с сентября 2016 - август 2018 гг. Общее количество рыбы составило 260 экземпляров; из них яззей – 130 штук и такое же количество плотвы сибирской – чебака (приложение 2). Интенсивность зараженности рыбы метацеркариями описторхид и степень достоверности результатов представлены в таблице 5.

**Степень инвазированности основных видов карповых рыб
(Cyprinidae) метацеркариями описторхид 2016-2017 гг.**

Водоёмы	Рыбы							
	Leuciscus idus (Язь)				Rutilus rutilus lacustris (Плотва сибирская)			
	Исследовано, экз.	Наличие личинки	Среднее значение	$p \leq 0,05$	Исследовано, экз.	Наличие личинки	Среднее значение	$p \leq 0,05$
р.Тром-Аган	40	944	23,60	0,049	40	858	21,45	0,018
р.Моховая	40	1045	26,13		40	908	22,70	
оз.Щучье	25	312	12,48	0,042	25	269	10,76	0,043
оз.Сурмятино	25	336	13,44		25	294	11,76	
ИТОГО:	130	2637	20,28		130	2329	17,92	

Вывод: интенсивность зараженности рыбы метацеркариями описторхид высокая у язя – 86-100 %, чебака (плотвы сибирской) – 82 – 100 %, выловленных в реках Тром-Аган, Моховая, незначительно меньше в вышеуказанной рыбы, выловленной в озере Щучьем и Сурмятино. Считаем, что на уровень наличия метацеркарий в рыбе оказывает влияние природный очаг, который формируется за счет водоплавающих (выдры) и диких животных (лис, мышей-полевых), питающих рыбой. Кроме прочего предполагаем, что на вынос инвазии играют и птицы, которые на лапах могут переносить зараженный материал. Таким образом, происходит циркуляция возбудителя на разные территории, формируя новые природные очаги. Высокий уровень зараженности личинками трематоды ихтиофауны р. Моховой поддерживается не только естественными условиями, но и тем, что в водоём сбрасываются сточные воды с КОС поселка Федоровский без должной биологической очистки.

Из вышеуказанного следует, что экологические особенности территории северных районов способствовали адаптации организма к условиям внешней среды и выработке определенных специфических направлений в питании, которые характеризуются в переходе населения на белково-жировой тип, что позволяет использовать в пищевом рационе продукты местной сырьевой базы, а национальные традиции

приготовления пищи из рыбы, способствуют заражению взрослых и детей описторхозом.

2.4. Анкетирование

К основным критериям, оценивающим состояние профилактической работы по описторхозу, относится уровень заболеваемости населения данным паразитозом. Инвазированность человека обуславливается степенью индивидуальной защищённости, которая в свою очередь, достигается осведомлённостью о способах заражения и профилактических мероприятиях. Важным направлением в борьбе с описторхозом, по мнению В.Я. Пустоваловой, является санитарно-просветительная работа, которую должны проводить средние медицинские работники. Следовательно, необходимо было определить уровень знаний по проблеме у медицинских работников со средним специальным образованием методом анонимного анкетирования. Общее количество респондентов составило – 105 человек (приложение 3, табл. 6). Данные анкетирования показали, что наиболее информированы об инвазии фельдшера, недостаточной информацией владеют медицинские сестры и акушерки. Из 105 опрошенных медицинских работников среднего звена лишь 60% указали на описторхоз как краевую патологию; 40% знают, что источником заражения является рыба семейства карповых (Cyprinidae), инвазированная метацеркариями описторхид;

31% респондентов владеют знаниями о правилах приготовления пищи из вышеуказанной рыбы. 100% медицинских работников среднего звена не применяют здоровьесберегающие технологии в своей работе, а используют лишь элементы информационных приёмов по санитарно – гигиеническому воспитанию: беседы, санитарные бюллетени, рекламные плакаты, которые эпизодически вывешиваются на стены лечебно – профилактических учреждений по месту работы.

Вывод

Недостаточный уровень знаний у медицинских работников среднего звена и, не применяя инновационные технологии, снижает эффективность гигиенического воспитания населения, способствует созданию сложившейся эпидемической ситуации по гельминтозу на данной территории.

2.5. Интервьюирование

Эпидемическая значимость очага описторхоза в значительной степени определяется социальными факторами, а также социально – демографическими процессами, стереотипом пищевого поведения людей, их санитарной грамотностью в отношении профилактики инвазии. Территория города Сургута и Сургутского района – это район интенсивного индустриального освоения и высокой концентрации трудовых ресурсов. В связи с этим, происходит большой приток мигрантов, вахтовых рабочих и гастарбайтеров в эндемичную местность. Учитывая эти факторы, было интересно сравнить уровень осведомленности по изучаемой проблеме у местных жителей (срок проживания более 10 лет), коренных жителей (ханты, манси), новосёлов (проживающих от 1 года - 2 лет), вахтовых рабочих и гастарбайтеров. Выявление знаний проводилось опросным методом (интервьюированием). Методом интервьюирования было опрошено 180 человек (приложение 4, табл. 7, 8).

Вывод

Анализируя ответы респондентов, было установлено, что наиболее осведомленными оказались педагоги, которые по сравнению с другими знают о гельминтозных заболеваниях 40%; о путях и способах заражения 23%, информацию получают из различной литературы, газет. Анализ ответов показал, что ко-

ренное население (ханты) – 92% знают, что описторхоз представляет крайнюю патологию. 60% – жители, проживающие на эндемичной местности более 10 лет; новоселы и вахтовые рабочие – 35% знают о заболевании. Не осведомлены об описторхозе гастарбайтеры, из 20 человек никто не ответил на вопрос о способах заражения гельминтозом. На вопрос об употреблении местной рыбы в пищу – 100 % – аборигенов дали положительный ответ; 80% – новоселов; 70% – местных жителей. На вопрос о профилактических мероприятиях все опрошенные респонденты дают поверхностные, нечеткие ответы о способах приготовления пищи из местной рыбы. Результаты следующие: 50% – местные жители; 10% – новоселы; 0% – аборигены. Информацию от медицинских работников получили 50 % – местные жители; 35 % – новоселы; 57 % – коренное население. Таким образом, сравнительный анализ знаний показал, что лучше всех информированы местные жители, проживающие более 10 лет на территории города Сургута и Сургутского района, они получали информацию от медицинских работников, изучая санитарные бюллетени во время ожидания приема к врачу в поликлиниках. Коренное население информировано на 92%, так как большинство из них принимало лечение по поводу описторхоза, они связывают заболевание с употреблением рыбы, но в пищу используют слабосоленую и термически плохо обработанную, объясняя это национальными, этническими традициями употреблять слабосоленую и термически плохо обработанную рыбу. Низкий уровень знаний по всем вопросам у гастарбайтеров, относим эту категорию вместе с аборигенами, новоселами и мигрантами в «группу риска».

Таким образом, необходимо совершенствовать здоровьесберегающие технологии (профилактические мероприятия) и медицинским работникам среднего звена регулярно информировать население о гельминтозе, используя различные методы и методики.

2.6. Деятельность фельдшера по предупреждению заражения населения *Opisthorchis felinus*

Профессиональная деятельность фельдшера основывается не только на знании лечебных компетенций, но и на профилактических меро-

приятных [28]. Одним из направлений в работе медицинского работника (фельдшера) является сохранение здоровья и предупреждения заражения описторхозом населения, проживающего в эндемичной зоне по данному гельминтозу [27]. Важное значение в этой деятельности отводится здоровьесбережению и здоровьесберегающим технологиям, которыми обязан пользоваться в своей повседневной работе медицинский работник среднего звена.

Здоровьесбережение – это сохранение здоровья населения.

Здоровье человека, в первую очередь, зависит от стиля жизни. Этот стиль персонифицирован. Он определяется социально-экономическими факторами, историческими, национальными и религиозными традициями, убеждениями, личностными наклонностями. Здоровьесбережение опирается на здоровьесберегающие технологии.

Здоровьесберегающие технологии – это программы и методы, которые направлены на воспитание у населения культуры здоровья. Основной целью – здоровьесберегающих технологий является формирование и укрепление здоровья в процессе индивидуального развития и реализация потенциала человека с учётом генетических, физиологических, психологических и интеллектуальных функций, обеспечение человека необходимыми знаниями, умениями и навыками по здоровому образу жизни, обучение его в применении полученных знаний в повседневной жизни.

Ведущая роль в сохранении индивидуального и общественного здоровья принадлежит медицинским работникам среднего звена, которые должны применять здоровьесберегающие технологии, предупреждающие возникновение и распространение заболеваний среди населения.

Здоровьесберегающая технология по описторхозу – это медико-образовательный блок методов, обеспечивающих обучение на разных этапах развития человека профилактике заражения гельминтозом.

Разработанная нами модель здоровьесберегающей технологии (приложение 5) по профилактике описторхоза состоит из нескольких блоков:

I. Дошкольные образовательные учреждения

Цель: обучение знаниям профилактики заражения гельминтозами и воспитание потребности гигиенической культуры у дошкольников.

Формы: экскурсии на природу, работа творческих микрогрупп, родительские собрания, развивающая игра «Ловись, рыбка!» (приложение 6).

Методы: беседы, рассказы, наблюдение, игра.

Ответственные лица: медицинские сестры дошкольных образовательных учреждений совместно с воспитателями и экологами, родителями.

II. Средние образовательные учреждения, межшкольные учебные комбинаты, центры досуга и творчества, Центры здоровья в образовательных учреждениях

Цель: воспитание потребности сохранения здорового образа жизни, продолжение формирования у школьников навыков санитарно – гигиенической культуры и правил безопасности приготовления пищи.

Формы: совместный классный час с преподавателями биологии и ведущими специалистами АПУ (паразитологами) г. Сургута (во время дискуссии учащимся демонстрируется видеofilm, влажные препараты описторхов, рассказывают о причинах и путях заражения и демонстрируют наглядными материалами), семинары, конференции, экскурсии в лаборатории, внеклассные мероприятия – кружки, родительские собрания.

Методы: рассказы с использованием технических средств обучения, натуральных объектов, плакатов, презентаций.

Ответственные лица: медицинские работники школ совместно с учителями биологии, классными руководителями, работниками Центров здоровья, родители.

III. Лечебно-профилактические учреждения (АПУ)

Цель: обеспечение распространения информации об эндемичных гельминтозных заболеваниях, осложнениях и профилактике. Пропаганда культуры здоровья среди населения (особенно в эндемичной зоне), раскрытие механизмов его сохранения.

Формы: лекции, Дни «Здоровья», электронная программа «Электронная карта пациента» (приложение 7), санитарно-гигиенические бюллетени, рекламные проспекты (приложение 8), памятки при выписке, странички здоровья.

Методы: конференции, круглые столы.

Ответственные лица: средний медицинский персонал.

Таким образом, модель представленной здоровьесберегающей технологии способствует пропаганде личной, семейной и общественной ответственности за состояние здоровья человека при гельминтозах; создаёт условие для реализации физического, психологического, социального потенциала сохранения и укрепления здоровья населения. Воспитывает у человека потребность в здоровом образе жизни на основе приобретённых знаний, умений, навыков, способствует формированию аксиологического компонента, проявляющегося в осознании человеком высшей ценности своего здоровья.

Считаем, применение в своей профессиональной деятельности данной модели позволит интегрировать все направления работы медицинских учреждений по формированию, сохранению и укреплению здоровья населения.

2.7. Обучающая электронная игра «Ловись, рыбка!»

Пояснительная записка

Игра наряду с трудом и учением – один из основных видов деятельности человека, удивительный феномен нашего существования. По определению, игра – это вид деятельности в условиях ситуаций, направленных на воссоздание и усвоение общественного опыта, в котором складывается и совершенствуется самоуправление поведением и навыками [10].

Игра в электронном виде «Ловись, рыбка!» предназначена для детей в возрасте от 3-7 лет. Её можно использовать в качестве расширения познавательной деятельности ребенка в дошкольных, школьных учебных заведениях и домашних условиях (приложение 6).

Цель игры

1. Обучение детей гигиенической культуре, термической обработки рыбы, во избежание заражения описторхозом.

2. Воспитание культуры питания.

Техническая характеристика

- простой и удобный графический интерфейс;

- управление игрой производится электронным манипулятором типа «мышь»;

- программа выводится на экран графического монитора в оконном режиме.

Состав и особенности

Электронная игра состоит из трех обучающих блоков: ловля рыбы; разделка рыбы и приготовление рыбы одним из трех способов. С целью отслеживания правильных действий и усвоения рассказанного материала контролируется путем начисления внутри-игровой валюты – «Грагов». При неправильном выборе ответа - игра возвращает игрока на шаг назад, со списанием игровой валюты. Вместе с веселыми героями, которых любят многие дети, игра пользуется интересом среди дошкольников и школьников.

Новизна программы

Игра содержит не только информационный блок, но и формирует знания по окружающей среде, правильной обработке и приготовлению рыбы водоемов Обь-Иртышского бассейна. Результат контроля можно легко отследить в реальном времени при помощи начисления (правильный ответ) или списания (неправильный ответ) внутриигровой валюты «Грагов», что позволит корректировать знания в кратчайшие сроки. Игра легко управляема, с низкой себестоимостью.

Экономическое обоснование

Для создания программы необходимо учитывать следующие материальные затраты:

Амортизация компьютера:

По данным полученным от бухгалтера по материальным ценностям, амортизация компьютера в год составляет 10% от стоимости компьютера. Стоимость компьютера – 89 990,00 рублей, амортизация в год равна 8 999,00 рублей. В день – 24,65 руб. ($8\,990,00 : 365 = 24,65$). В час – 1,03 руб. ($24,65 : 24 = 1,03$). На создание обучающей программы было затрачено в среднем 60 час. Следовательно, амортизация компьютера составила 61,80 рубль.

Затраты на электроэнергию:

1 кВт электроэнергии стоит 2,78 рублей. Следовательно, затраты на электроэнергию со-

ставили: $0,120 \text{ кВт} \cdot 60 \text{ ч.} = 7,2 \text{ кВт} \cdot 2,78 \text{ руб.} = 20,02 \text{ рубля.}$

Затраты на труд:

В месяц в среднем по России программист зарабатывает 40 000,00 рублей (сведения взяты с сайта www.russia.trud.com). В день – 109,59 руб. ($40\,000,00 : 365 = 109,59$). В час – 4,57 руб. ($109,59 : 24 = 4,57$). Следовательно, затраты на труд составили: $4,57 \text{ руб.} \cdot 60 \text{ ч.} = 274,20 \text{ рублей.}$

USB – накопитель 2 GB = 246,00 руб.

Итого: $61,80 + 20,02 + 274,20 + 246,00 = 602,02 \text{ руб.}$

2.8. Электронная медицинская карта пациента на определение зараженностью описторхозом

Назначение базы данных «ЭМКПОЗО»

База данных «ЭМКПОЗО» предназначена для врачей, фельдшеров и медицинских сестер учреждений здравоохранения [19]. В базе данных хранятся сведения о пациентах, приемах, анализах, групп крови, диагнозе и назначениях [29]. Могут быть добавлены новые пациенты или при необходимости удалены старые, добавлены новые приемы или при ошибочном создании удалены старые и т.п. Могут быть представлены следующие сведения о пациенте:

- Персональные данные пациента;
- История наблюдения пациента;
- Предыдущие анализы и приемы;
- Заключение по приему.

Системные требования

Компьютер и процессор: Процессор с тактовой частотой 500 МГц или выше.

Память: ОЗУ объемом 256 МБ или больше.

Монитор: с разрешением 1024 x 768 или выше.

Операционная система: WindowsXP с пакетом обновления 3 (SP3) (32-разрядная), WindowsVista с пакетом обновления 1, Windows 7 или более поздние версии.

Для определения используются следующие данные:

Первая группа риска:

Эозинофилы больше 5
Моча темного цвета
СОЭ - 2-15 мм/ч
Кал отрицательный

Вторая группа риска

Эозинофилы больше 5
Моча темного цвета
СОЭ от 17 и выше мм/ч
Кал отрицательный

Третья группа риска

Эозинофилы больше 5
Моча светло-соломенного цвета
СОЭ от 17 и выше мм/ч
Кал отрицательный

Краткое руководство

В начале работы с БД «ЭМКПОЗО» открывается файл ЭМКПОЗО.acdb, появляется главная форма.

И далее, при помощи кнопок или полей, выбираем то, что вам необходимо: «Новый пациент», «Новый прием» или совершить поиск пациента «по ФИО» или «по № полиса».

При необходимости внесения нового пациента, нажимаем кнопку «Новый пациент». Вводим данные нового пациента, (код пациента присваивается автоматически) после нажимаем на кнопку сохранить и закрыть.

Если необходимо добавить прием нажимаем на кнопку «Новый прием».

Вводим данные нового приема, выбор пациента происходит по выпадающему списку, при необходимости можно нажать на кнопку «+», что приведет к открытию формы заведения нового пациента, также для распечатки данных о приеме можно нажать на кнопку «Печать заключения». В появившемся отчете нажимаем правой кнопкой мыши и выбираем пункт «Печать».

При вводе результатов анализов программа сама анализирует показатели. При значениях показателей выше или ниже нормы программа закрашивает фон ячейки в красный цвет. Также программа сама помогает врачам, фельдшерам и иным медицинским работникам произвести результат анализа.

НО если вы сомневаетесь в правильности выставленного результата, вы можете его сами изменить, нажав на выпадающий список.

Если необходимо просмотреть или отредактировать внесенную информацию приема, то необходимо произвести поиск пациента по номеру полиса или по фамилии (так же возможно найти пациента по выпадающему списку). Для просмотра сведений о приеме или просмотра какие анализы относятся к какому приему, необходимо нажать на дату приема или дату анализа крови.

Подозрение на ОПИСТОРХОЗ при

Билирубин 0,2 – 1 мг/дл	Билирубин больше нормы	Билирубин норма.
СОЭ - 2-15 мм/ч	СОЭ от 17 и выше	СОЭ - норма
Эозинофилы больше 5	Эозинофилы больше 5	Эозинофилы больше 5
Моча светло-соломенного цвета	Моча темного цвета	Моча светло-соломенного цвета
Кал положительный	Кал положительный	Кал положительный

За нормы взяты значения
Билирубина в сыворотке:
менее 0,2-1,0 мг/дл;
или менее 3,4-17,1 мкмоль/л.
Гемоглобин (Hb):
муж: 130-160 г/л;
жен: 120-140 г/л.
Эритроциты:
муж: 4×10^5 , 1×10^6 / μ л;
жен: $3,7 \times 10^5$, $4,7 \times 10^5$ / μ л.

Лейкоциты: 4×10^9 – $8,5 \times 10^9$ /л;
Эозинофилы: до 5;
Базофилы: 0-1 моноциты: до 11;
Тромбоциты: 180-360 тыс/мл;
СОЭ – 2-15 мм/ч;
IgE – 20-100 кЕ/л;
IgM – 0,5-3,5 г/л;
IgG – 7-17 г/л;
Кал на яйца глист – отрицательный;
Моча – светло-соломенного цвета

Заключение

Описторхоз, как тяжелое глистное заболевание человека повсеместно распространен на территории Российской Федерации, так и за рубежом. Тюменская область (город Сургут, Сургутский район) относится к гиперэндемичной зоне по инвазированности населения гельминтозом, зараженность которого варьируется в пределах – коренное население (80 – 100%), местное (58%), новоселы заражаются в течение первых лет проживания в эндемичной местности.

Исследование тканей рыб (биоты) семейства карповых (Cyprinidae), выловленной в акватории Сургута и Сургутского района, установило высокую степень заражения язей, плотвы сибирской, что соответствует данным литературных источников.

Ведущим направлением в борьбе с описторхозом являются здоровьесберегающие технологии по профилактике гельминтоза. Медицинским работникам среднего звена отводится первостепенная роль в формировании здоровьесберегающего поведения у населения. Результаты анкетирования медицинских работников показали, что не всегда специалисты могут донести информацию по профилактике описторхоза, так как у них недостаточный уровень знаний по вопросам, связанным с зараженностью, способом передачи инвазии и методами обработки рыбы.

Обучение знаниям по профилактическим мероприятиям в борьбе с описторхозом должно начинаться с раннего детства, в семье. Родители своевременно должны получать информацию о паразитозе от медицинских работников во избежание случаев заражения детей.

Считаем, что формирование гигиенических навыков санитарной культуры успешнее происходит на положительном эмоциональном фоне (электронная игра). Непременным условием является системность воспитательного процесса. Только в этом случае сформированные у детей навыки становятся осознанными, а потом переходят в привычку.

Для медицинских работников среднего звена разработанная нами база данных «Электронная медицинская карта пациента на определение зараженностью описторхозом» предназначена для использования в лечебно – профилактических учреждениях, Центрах Здоровья, Центрах медицинской профилактики. Заложенная в программе система может автоматически обрабатывать данные и ставить предварительный диагноз пациенту, на основе проведенных анализов. Также имеется возможность рекомендовать пациенту профилактические мероприятия, корректировать их для каждого индивидуально. Внедрение данной программы в практику позволит оптимизировать работу медицинского персонала в диагностике и дальнейшей профилактической работе с пациентом.

Другим обязательным условием является воспитание привычки к здоровому образу жизни – это единство требований со стороны взрослых, а именно, высокая санитарная культура семьи и общества. Далее применяя различные методы от игровых технологий до конференций, продолжать формирование навыков здоровьесберегающего поведения в детских дошкольных учреждениях, средних образовательных учреждениях, средних и высших профессиональных заведениях. Особое внимание необходимо обратить на новосёлов, вахтовых рабочих, гастарбайтеров и коренное население (ханты и манси), эти категории, по нашему мнению, относятся к группе «риска» и с ними необходимо постоянно проводить информационно-просветительскую работу.

С целью предупреждения заражения и распространения инвазии всего населения, проживающего на гиперэндемичной зоне нами предложены баннеры с информацией об описторхозе на рекламных щитах.

На предприятиях, совместно с медицинскими работниками, проводить лектории, беседы, способствующие повышению уровня компетенции по профилактике гельминтозных заболеваний; в местах скопления населения (ж/д, авто- и авиа- вокзалах) периодически включать видеоролики о предупреждении заражения и распространения инвазии.

Таким образом, совершенствуя профилактическую деятельность, медицинские работники среднего звена будут создавать условия для снижения уровня заражения описторхозом на выше указанной территории.

Выводы:

1. На территории города Сургута и Сургутского района за последние несколько лет отмечается неблагоприятная эпидемическая ситуация по описторхозу, о чем свидетельствуют высокие показатели зараженности населения за анализируемый период с 2009-2017 года, с уровнем пораженности 1015 – детского и 10610 взрослого населения.

2. Исследование биоты (ткани рыб) семейства карповых (Cyprinidae) в количестве 260 экземпляров установило высокую степень инвазированности рыбы личинками описторхид.

3. Контактное анкетирование медицинских работников среднего звена в количестве 105 че-

ловек показало низкий уровень знаний профилактических мероприятий по описторхозу.

4. Интервьюирование различных профессиональных групп и населения в общем количестве 180 человек определило недостаточные знания по распространению инвазии и мероприятиях по предупреждению заражения гельминтозом. Лучше всех осведомлены педагоги, среди которых были учителя биологии, а самые низкие показатели обнаружены у гастарбайтеров, хотя коренное население (ханты и манси) представляют важность вышеуказанной проблемы, но национальные пищевые традиции, связанные с употреблением плохо обработанной рыбы ведут к высокому уровню зараженности описторхозом.

5. Представлен вариант модели здоровьесберегающей технологии по описторхозу для разной возрастной категории населения:

- для детей дошкольного возраста; школьников средних образовательных учреждений - электронная игра «Ловись, рыбка!»;
- информационные материалы на билбордах (населения);
- «Электронная медицинская карта пациента на определение зараженностью описторхозом», предназначенная для использования в лечебно-профилактических учреждениях средним медицинским персоналом.

Планируем апробировать разработанную базу данных «Электронная медицинская карта пациента на определение зараженностью описторхозом» в ЛПУ города Сургута и электронную игру «Ловись, рыбка!» среди дошкольников и школьников Сургутского района.

Список используемой литературы

1. Афанасьева, А.С., Дроздов, В.Н. Межобластная научно-практическая конференция по проблеме «Описторхоз человека»: Материалы. – Томск, 1979. – С. 8-9.
2. Беэр, С.А. Биология возбудителя описторхоза / С.А. Беэр – М., 2005. – 415 с.
3. Бриттов, В.А., Василинин, М.Г. Симбионты гельминтов и их роль в патогенезе гельминтозов. – Владивосток, 1986. – 320 с.
4. Генис, Д.Е. Медицинская паразитология / Д.Е. Генис. – М.: Медицина, 2018. – С. 26-66.
5. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2011 году» Роспотребнадзор – 2011. – 343 с.

6. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2011 году» Роспотребнадзор – 2012. – 98 с.
7. Гузеева, Т.М. Актуальные проблемы паразитарной заболеваемости в Российской Федерации // Актуальные аспекты паразитарных заболеваний в современный период. – Тюмень, 2013. – С. 41-44.
8. Гузеева, Т.М. Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации и задачи в условиях реорганизации службы // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2008. – №1. – С. 3-11.
9. Денисенко, О.В., Гапон, М.Н., Гаевая, Э.А. Микробиоценоз кишечника людей с паразитарными заболеваниями // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2012. – №3. – С. 43.
10. Занько, С.Ф. и др. Игра и ученье. – М., 2006. – С. 10-12.
11. Зверева, Л.И. Актуальные вопросы медицинской паразитологии. – Ташкент, 1989. – №5. – С. 17-20.
12. Зуевский, В.П. Эколого-медицинские проблемы Ханты - Мансийского автономного округа // Северный регион: наука, образование, культура. – Сургут. – 2000. – № 1. – С. 59-64.
13. Калюжина, М.И., Калюжин, О.В., Калюжин, В.В., Шкалев, М.В. Резидуальный описторхоз. – М., 2004. – 216 с.
14. Крылов, Г.Г. Суперинвазионный описторхоз: патогенез и морфогенез осложненных форм и микст-патологии: Автореф. Дис. д-ра мед. наук. – М., 2005. – 45 с.
15. Кузнецова В.Г. Медицинская паразитология // – 2001. – №2. – С. 21.
16. Мартынов, А.С., Виноградов, В.Г. Культура природопользования малых народов // Окружающая среда и здоровье народа России. – М., 1998.
17. Пахотина, В. А., Мефодьев, В. В., Беляева, М.И., Кравец, Н. В. Эпидемиологический надзор за описторхозной инвазией в Ханты Мансийском Автономном Округе // Актуальные аспекты паразитарных заболеваний в современный период. – Тюмень, 2013. – С. 127-129.
18. Полканиов, В.С. // Актуальные вопросы дерматовенерологии. – М., 1991. – С. 9-13.
19. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
20. Путин, В.В. Из обращения президента к населению. 2006.
21. Савкина, К.А., Хардинова, С.А., Калюжина, М.И. Влияние дегельминтизации на показатели инкреторной и экскреторной функции поджелудочной железы у больных псориазом в сочетании с хроническим описторхозом // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2007. – №4. – С. 16-19.
22. Серова, Т.И., Савельева, В.Ф. Хронический гепатит – М., 2003. – С. 25-27.
23. Степанова, Т. Ф., Корначев, А. С. Оценка результативности профилактики паразитарных заболеваний в Российской Федерации в 2010-2012 гг. (рекомендации по ее повышению). – Тюмень, 2013. – Т. 1-2. – С. 63-70.
24. Степанова, Т.Ф. Актуальность проблемы медико-профилактического лечения описторхоза // Актуальные аспекты паразитарных заболеваний в современный период. – Тюмень, 2013. – С. 156-157.
25. Степанова, Т.Ф. Особенности описторхоза у коренного и пришлого населения Сибирского севера // Тюмень. Изд-во. Тюм. ун-та, 2001. – С. 139-140.
26. Сыслова, Т.Г. Паразитарные заболевания в Российской Федерации в условиях миграции населения. // Медицинская паразитология – 2004. – № 1. – С. 45-48.
27. Федеральный закон от 12.03.1999 №52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
28. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
29. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».
30. Филатова, А.П. Характеристика эпидемиологического процесса описторхоза в Сургутском районе. / А.П. Филатова // Менделеевские чтения. – 2007. – Тобольск – С.170 – 171.
31. Хроменкова, Е.П., Твердохлебова, Т.И., Димидова, А.А., Проблемные вопросы санитарной паразитологии // Актуальные аспекты паразитарных заболеваний в современный период. – Тюмень, 2013. – С. 187-189.
32. Швенк, Т.Д., Филатова, А.П. Влияние водоёмов на характер распространения зараженности гельминтозами населения Сургутского района / Т.Д. Швенк, А.П. Филатова // Экология и безопасность жизнедеятельности. – 2004. – С.146 – 147.
33. Шумный, В.К. Окружающая среда и ее влияние на генофонд человека: опыт комплексных исследований. // Вавиловское общество генетиков и селекционеров. – М., 2000. – № 8. – С. 13-16.

© Горшков А.Ю., 2019

Приложение 1.

Таблица 1

**Гельминтологическая ситуация по описторхозу среди взрослого населения
г. Сургута и Сургутского района**

Год	Значение	Сургут	Сургутский район
2009	Абсолютное число	889	1384
	На 100 тыс. населения	380,6	1534,9
2010	Абсолютное число	976	722
	На 100 тыс. населения	409,9	773,5
2011	Абсолютное число	699	506
	На 100 тыс. населения	286,3	591,8
2012	Абсолютное число	1695	595
	На 100 тыс. населения	678,6	675,8
2013	Абсолютное число	586	186
	На 100 тыс. населения	231,3	207,2
2014	Абсолютное число	544	144
	На 100 тыс. населения	209,2	165,8
2015	Абсолютное число	532	140
	На 100 тыс. населения	204,4	161,6
2016	Абсолютное число	468	84
	На 100 тыс. населения	175,9	96,9
2017	Абсолютное число	359	101
	На 100 тыс. населения	131,8	116,4

Таблица 2

**Гельминтологическая ситуация по описторхозу среди
детского населения (0 - 17 лет) г. Сургута и Сургутского района**

Год	Значение	Сургут	Сургутский район
2009	Абсолютное число	86	120
	На 100 тыс. населения	128,6	403,1
2010	Абсолютное число	85	97
	На 100 тыс. населения	126,3	322,3
2011	Абсолютное число	72	64
	На 100 тыс. населения	105,5	212,1
2012	Абсолютное число	96	96
	На 100 тыс. населения	134,7	312,4
2013	Абсолютное число	49	70
	На 100 тыс. населения	64,4	78,4
2014	Абсолютное число	23	25
	На 100 тыс. населения	30,3	72,1
2015	Абсолютное число	21	26
	На 100 тыс. населения	27,9	74,8
2016	Абсолютное число	27	17
	На 100 тыс. населения	31,5	47,8
2017	Абсолютное число	15	26
	На 100 тыс. населения	16,2	72,6

**Степень инвазированности основных видов карповых рыб
(Cyprinidae) метацеркариями описторхид в реках г. Сургута и Сургутского района
2016-2018 гг.**

Рыба Река	Язь		Чебак	
	Тром-Аган	Моховая	Тром-Аган	Моховая
1	35	25	18	17
2	23	26	18	17
3	30	30	19	18
4	46	27	19	18
5	33	26	19	19
6	27	28	19	19
7	21	29	20	19
8	34	33	20	19
9	19	26	20	20
10	26	24	21	20
11	27	22	21	21
12	32	27	22	21
13	30	19	22	21
14	38	21	23	21
15	24	33	23	21
16	26	23	23	21
17	17	30	23	21
18	20	20	23	21
19	22	33	23	21
20	27	27	23	22
21	24	24	23	22
22	24	25	23	22
23	26	27	23	22
24	18	28	24	22
25	15	26	24	22
26	20	26	24	22
27	17	24	24	22
28	16	22	24	22
29	13	26	24	23
30	12	28	25	23
31	19	25	25	23
32	20	22	25	23
33	17	23	22	23
34	22	21	22	23
35	18	35	22	24
36	22	28	27	24
37	21	30	26	24
38	23	24	27	24
39	19	30	27	25
40	21	22	28	26
ИТОГО:	944	1045	858	908
Критерий Стьюдента p≤0,05	0,04938014		0,01839194	

Таблица 4

**Степень инвазированности основных видов карповых рыб
(Cyprinidae) метацеркариями описторхид в озерах г. Сургута и Сургутского района
2016-2017 гг.**

Рыба	Язь		Чебак	
Озеро	Щучье	Сурмятино	Щучье	Сурмятино
1	10	11	8	9
2	10	11	8	9
3	10	11	9	9
4	11	11	9	10
5	11	13	9	10
6	11	13	9	10
7	11	13	10	10
8	12	13	10	11
9	12	13	10	11
10	12	13	10	11
11	12	13	10	11
12	12	13	11	12
13	12	13	11	12
14	12	13	11	12
15	13	13	11	12
16	13	14	11	12
17	13	14	11	13
18	13	14	12	13
19	13	15	12	13
20	13	15	12	13
21	14	15	13	13
22	14	15	13	14
23	15	15	13	14
24	16	16	13	14
25	17	16	13	16
ИТОГО:	312	336	269	294
Критерий Стьюдента $p \leq 0,05$	0,04179203		0,04320253	

Сравнительная оценка уровня знаний по проблеме описторхоза среди медицинских работников среднего звена, работающих в различных АПУ города Сургута и Сургутского района (2016-2017 гг.)

Специальность	Кол-во респондентов	Название заболевания		Знают о рыбе		Знают о способах обработки рыбы		Проведение сан – просветительной работы по гельминтозу		
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Беседа	Санитарный бюллетень	Лекции
Медицинские сестры	85	50	59	34	40	25	29	13	18	12
		0,588 ± 0,484		0,400 ± 0,480		0,294 ± 0,415		0,153 ± 0,259		0,141 ± 0,242
		5	50	4	40	4	40	5	5	0
Фельдшера	10	0,500 ± 0,500		0,400 ± 0,480		0,400 ± 0,480		0,500± 0,500		0,000 ± 0,000
		5	50	4	40	4	40	2	3	3
Акушерки	10	0,500 ± 0,500		0,400 ± 0,480		0,400 ± 0,480		0,200 ± 0,320		0,300 ± 0,420

Приложение 4

Таблица 7

Сравнительная оценка уровня знаний по проблеме описторхоза среди различных профессиональных групп населения
Сургута и Сургутского района (2016-2017 гг.)

Проф. группа	Ко-во респондентов	Название заболевания	Знатов о рыбе	Заболеваемость	Употребляют в пищу рыбу	Информированы медицинскими работниками	Знатов о профилактике	Виды информации		
								Беседа	Санитарный бюллетень	СМИ
работники культуры	20	4	5	0	10	3	2	2	1	1
		0,267±0,391	0,333±0,444	0,000±0,000	0,667±0,444	0,200±0,320	0,133±0,231	0,133±0,231	0,067±0,124	0,067±0,124
		6	5	5	12	5	5	3	3	0
водители	20	0,400±0,480	0,333±0,444	0,333±0,444	0,800±0,320	0,333±0,444	0,333±0,444	0,200±0,320	0,200±0,320	0,000±0,000
		4	5	5	22	4	2	2	2	2
		0,200±0,320	0,250±0,375	0,250±0,375	1,100±0,890	0,200±0,320	0,100±0,180	0,100±0,180	0,100±0,180	0,100±0,180
домохозяйки	20	12	7	6	14	11	9	7	4	3
		0,400±0,480	0,230±0,358	0,200±0,320	0,467±0,498	0,367±0,464	0,300±0,420	0,23±0,358	0,133±0,231	0,10±0,18
		7	9	6	13	4	1	1	1	0
вахтовые рабочие	20	0,350±0,455	0,450±0,495	0,300±0,420	0,650±0,455	0,200±0,320	0,050±0,095	0,050±0,095	0,050±0,095	0,000±0,000
		0	0	7	15	0	0	0	0	0
		0,00±0,00	0,00±0,00	0,350±0,455	0,750±0,375	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	0,000±0,000
гастро-бай-теры	20									

Сравнительная оценка знаний по проблеме описторхоза среди различной категории населения, проживающей в Сургуте и Сургутском районе (2016-2017 гг.)

Население	Ко-во респондентов	Название заболелавания	Знают о рыбе	Заболелаваемость	Употребляют в пищу рыбу	Информированы местными административными работниками	Знают о профилактике	Виды информации		
								Беседа	Лечились	Учебная / научная литература
коренное (ханты, манси)	20	13	14	14	14	8	0	9	7	0
		0,929±0,133	1,000±0,000	1,000±0,000	1,000±0,000	0,571±0,490	0,00±0,000	0,643±0,459	0,500±0,500	0,000±0,000
местное население (> 10 лет)	20	12	14	12	14	10	10	2	6	2
		0,600±0,480	0,700±0,420	0,600±0,480	0,700±0,420	0,500±0,500	0,500±0,500	0,100±0,180	0,300±0,420	0,100±0,180
новоселы (< 5 лет)	20	7	7	8	16	7	2	3	6	1
		0,350±0,455	0,350±0,455	0,400±0,480	0,800±0,320	0,350±0,455	0,100±0,180	0,150±0,255	0,300±0,420	0,050±0,095

Вариант модели здоровьесберегающих технологий



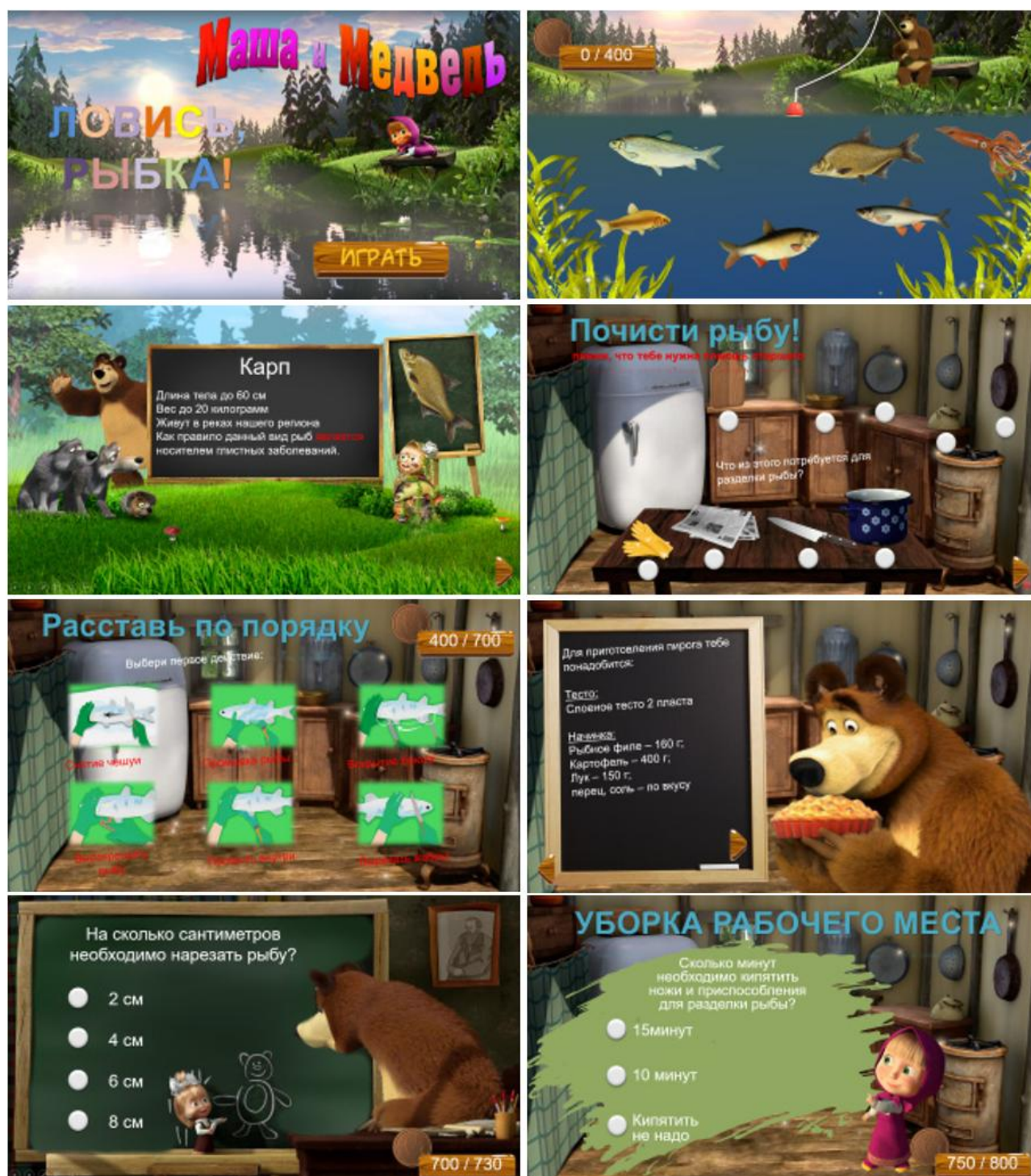


Рис. 4. Скриншоты электронной игры «Ловись, рыбка!»

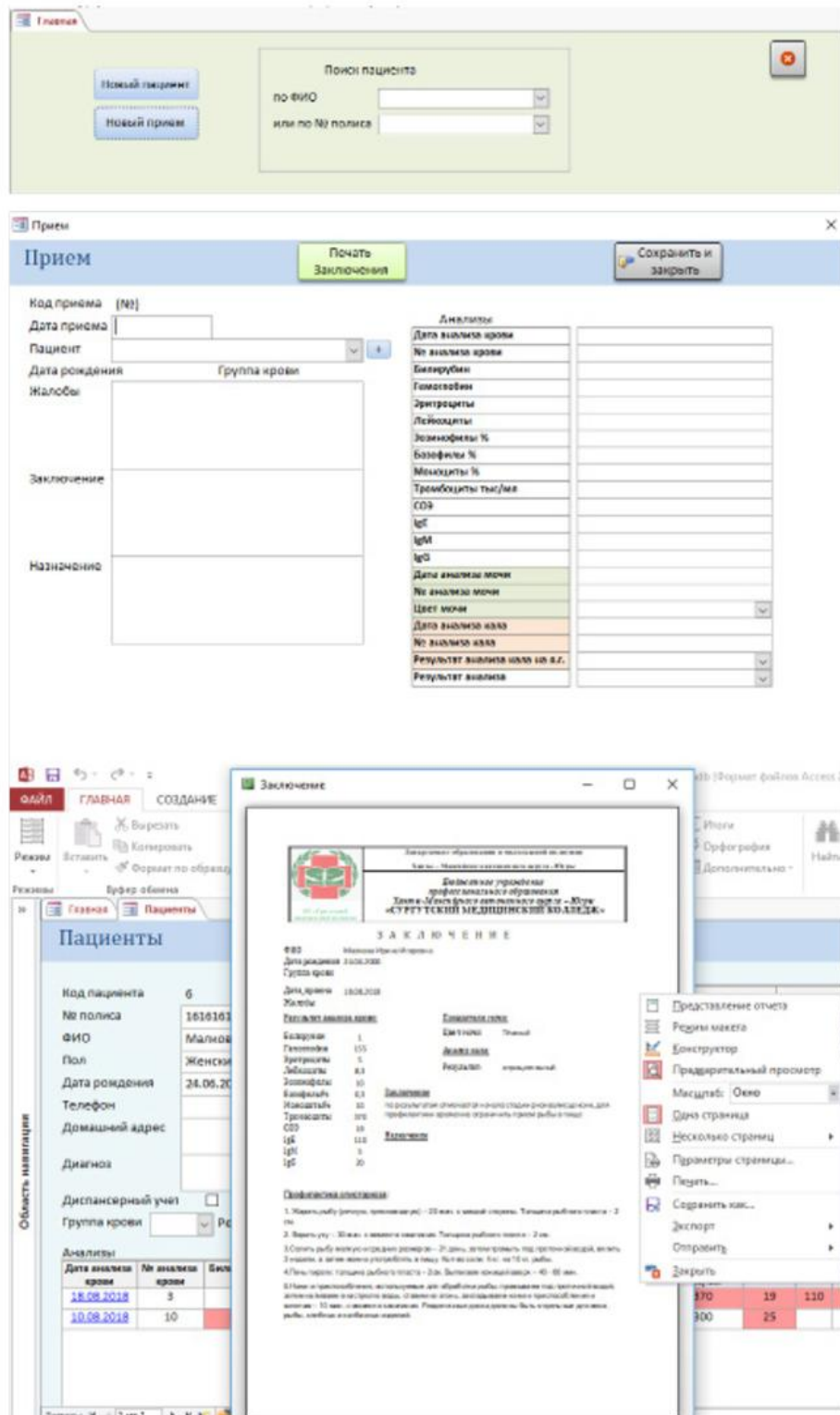


Рис. 5. Скриншоты некоторых функций базы данных «ЭКМПОЗО»



Рис. 6. Рендеры билбордов

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рецлова Ю.А., Ломакин П.Н., Казакова В.А.
Опыт внедрения и поддержания интегрированной системы менеджмента.....3

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Саенко Е.А. Впервые в Югре. В Окружном кардиодиспансере внедрили новую методику диагностики сердца.....12

Грибкова В.Б. Развитие экспорта медицинских услуг.....13
«Ханты-Мансийский округ на пятерку справляется с поставленными задачами». Эксперт из Москвы проанализировал работу кардиологической службы ОКБ.....15

АКТУАЛЬНО

Зайкова Р.Р., Зырянов С.А. «Аптечная» наркомания - проблема современного общества..17

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М., Зиганшин И.З. Саркома Капоши в практике судебноэксперта.....19

Жевелик О.Д., Гринченко О.Н., Колодченко Е.Н. Применение электросудорожной терапии при резистентных состояниях в психиатрии.....21

Алибеков И. М. Алгоритм ведения пациентов в амбулаторной оперативной оториноларингологии.....24

Жевелик О.Д., Герасимова Т.М. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте.....27

Пищев Е.В., Шарафиев Г.Р. Опыт эндокоррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса препаратом Vantris.....32

Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Шакиров И.И., Кузьмичева Т.Г. Постмортальная диагностика хронической алкогольной интоксикации.....34

МЕДИЦИНА В ЛИЦАХ

Толстикова Н. В. Этапы развития Клинического врачебно-физкультурного диспансера..37

Камилова Э.Р. История создания службы скорой помощи города Нижневартовска.....43

Плеханова В.Д. История развития педиатрии в Нягани.....48

Окружной профессиональный творческий конкурс «Сердце помощи и заботы» для специалистов со средним медицинским образованием и высшим сестринским образованием медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, преподавателей и студентов медицинских образовательных организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, посвященный Международному году языков коренных народов и приуроченный к Международному дню медицинской сестры

Горшков А.Ю. Деятельность медицинского работника среднего звена по выявлению факторов и разработке профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заражения *Opisthorchis felinus* населения, проживающего на территории г. Сургута и Сургутского района.....54



Уважаемые коллеги!

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

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

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

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

**Публикация в нашем журнале
БЕСПЛАТНА.**

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

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

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

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

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

Сроки приема статей:

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

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