



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



ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 2 /15/2018

Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16+



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 2(15) 2018

16 +

Учредитель

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

Редакция

Зав. редакцией

Чистяков С.Н., к.п.н.

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

Акназаров Р.К.

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: Качальская Яна Владиславовна – главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница».

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

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

Дата выхода 29.06.2018 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!

Перед вами новый номер журнала «Здравоохранение Югры: опыт и инновации». Мы задумывали наш журнал как площадку для обмена опытом, возможности публикации основных результатов работы специалистов здравоохранения, и второй номер журнала – подтверждение тому, что наш выбор был верен.

В этом номере ряд статей посвящен проблеме правового регулирования работы медицинских организаций: затронуты некоторые аспекты межведомственного взаимодействия с управлением опеки и попечительства на фоне процесса трансформации института семьи и брака и опыт реализации концепции бережливого производства.

Безусловно, мы не обошли вниманием опыт внедрения инновационных медицинских технологий в центрах амбулаторной хирургии, оснащённых самым современным оборудованием, достижения клинической и экспериментальной медицины, позволяющие успешно применять экстракорпоральную мембранную оксигенацию при лечении посткардиотомной

сердечной недостаточности и проводить дуплексное сканирование сосудов почек.

В настоящем номере журнала поднята еще одна крайне важная тема – проблема реабилитации пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и распространенности депрессии среди пожилых людей с кардиологической патологией, которые остаются одной из наиболее серьезных проблем общества.

Также вы сможете ознакомиться с материалом об алкогольной зависимости на фоне пограничного расстройства, об импортозамещающих технологиях в реабилитации наркологических пациентов и о значении неполной семьи для формирования аутоагрессивной траектории.

Кроме того, в этом номере журнала публикуются статьи о церебральной дисфункции органов чувств у детей, родившихся раньше срока, и об успешном применении диазепам в вегетативном состоянии с целью разрушения патологической доминанты.

Также в номере можно ознакомиться с основными моментами конференции «Сестринское дело в аритмологии, кардиологии» в рамках XIII Международного Конгресса «Кардиостим-2018», проведенной в Санкт-Петербурге и объединившей специалистов, занимающихся диагностикой и лечением нарушений ритма и проводимости сердца.

Мы надеемся, что широкий обмен накопленным опытом и знаниями между ведущими специалистами в области медицины, 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»
Акназаров Р.К.,
директор БУ «Медицинский информационно-аналитический центр»

РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА (ОПЫТ БУ «ОКРУЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР «ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ»)

Урванцева И.А.,

к.м.н., главный внештатный специалист кардиолог Депздрава Югры, главный врач БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

Мигунова С.Г.,

заместитель главного врача по поликлинической работе БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

Кожокарь К.Г.,

к.м.н., и.о. заместителя главного врача по организационно-методической работе БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»

В статье изложена информация о пятилетнем опыте внедрения механизмов концепции бережливого производства в работе поликлинической службы кардиологического диспансера. Обсуждается успешная реализация проектов поликлинической службы: организация кабинета неотложной медицинской помощи, офиса медицинской сестры, услуги «Диагностика одного дня».

Ключевые слова: бережливое производство, «диагностика одного дня», кабинет неотложной медицинской помощи, офис медицинской сестры

В настоящее время бережливое производство является одной из самых востребованных тем среди российского производственного менеджмента, целями которого является повышение удовлетворенности потребителей, заинтересованных сторон и персонала за счёт сокращения трудоемкости операций и сокращения сроков оказания услуг при фиксированном уровне финансирования [1].

Концепция бережливого производства (*lean production*) является американским осмыслением японского опыта организации производственных процессов (в основном компании Toyota), поэтому в языки других стран вошло большое количество специальных японских и английских слов по этой тематике без перевода. *Lean production*, бережливое производство (БП) – это система организации производственного процесса, позволяющая произвести больший объем продукции/услуг при меньших усилиях, на меньших производственных площадях и оборудовании при полном удовлетворении ожиданий потребителя [2]. Бережливое производство – концепция менеджмента, основанная на неуклонном стремлении к устранению всех видов потерь. Бережливое производство предполагает вовлечение в процесс оптимизации бизнеса каждого сотрудника и максимальную ориентацию на потребителя. В настоящее

время бережливое производство используется компаниями во многих странах и в разных отраслях [3, 4, 5].

Нередко в сознании людей термин «бережливое производство» связывается исключительно с одним производством, промышленным предприятием, но это заблуждение, поскольку философия бережливого производства предполагает комплекс принципов, обеспечивающих ускорение любых процессов на любом предприятии, в любой сфере. Использование принципов бережливого производства в сфере услуг и работе с человеческими ресурсами позволяет сделать работу эффективной, снизить расходы, повысить качество оказываемых услуг населению и заинтересованность сотрудников в работе, минимизировать трудности бюджетных ограничений. Всё сказанное справедливо и в полной мере может быть отнесено к сфере здравоохранения.

Пилотный проект «Бережливая поликлиника» запущен Министерством здравоохранения Российской Федерации (Минздравом РФ) совместно с Управлением внутренней политики Президента России при участии корпорации «Росатом» в 2016 г. Планируется, что к 2020 г. более 200 медицинских организаций (МО) в стране внедрят принципы бережливого производства. Целью работы пилотных проектов явилось усовершенствование процессов, на-

правленных на повышение удовлетворенности пациентов, доступности оказываемых услуг, увеличение эффективности и устранение существующих временных, финансовых и иных потерь, а также организация рабочих мест, обеспечивающая безопасность и комфортность работы сотрудников за счет применения принципов и инструментов бережливого производства. Основная задача внедрения бережливого производства в здравоохранение – изменить парадигму взаимоотношений «врач-пациент» [6].

Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию 26 июля 2017 г. утвержден приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (протокол № 8). Целью проекта является повышение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях до 60% к 2020 г. и до 70% к 2022 г. путем создания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства в 33 субъектах Российской Федерации с последующим тиражированием данной модели в 85 субъектах Российской Федерации [7].

Глобальной целью создания «Бережливой поликлиники» в Российской Федерации послужило устранение потерь в ходе оказания медицинской услуги. Образ бережливой поликлиники – это оптимальная внутренняя логистика, удобная эргономика на рабочих местах персонала, выравнивание загрузки медицинского персонала, оперативное решение возникающих проблем во всех процессах с минимальными затратами, электронный документооборот [6].

«Фабрика технологий», как назвала новую модель министр здравоохранения В.И. Скворцова, в первую очередь ориентирована на повышение удовлетворенности потребителей медицинских услуг, снижение потерь медицинского персонала, повышение качества и производительности труда [1]. Необходимость её реализации вызвана неоправданно длительным временем пребывания граждан в поликлинике при проведении исследований, неравномерной нагрузкой специалистов медучебных учреждений, очередями в регистратуре, заполнением различных бумажных бланков и обработкой излишней информации.

В самом документе прописано, что работу поликлиник необходимо настроить таким образом, чтобы пациенты ощутили три главных изменения:

- время оформления записи на приём к доктору сократится не менее чем в 3 раза;
- время ожидания у кабинета врача должно уменьшиться не менее чем в 3 раза;
- врачи будут уделять больным в 2 раза больше времени путём сокращения бумажной работы [6].

Основным звеном, решающим большинство описанных проблем, является врач – организатор, вовлеченный и обеспечивающий вовлеченность работников в процесс изменений. Руководитель зачастую обладает несколькими специальностями, обеспечивающими универсальность принятых им решений, которые позволяют перейти от идеологии бережливого производства до идеологии пациентоориентированного здравоохранения и обеспечить экономию одного из самых главных ресурсов – времени.

Одним из центральных положений бережливой поликлиники является понятие ценности для пациента и медицинского работника при выполнении медицинской услуги. В связи с этим медицинские специалисты разного профиля должны быть пациентоориентированными, что означает: слушать и слышать пациента, обладать способностью к антиципации, выполнять медицинские услуги с самыми высокими критериями оценки качества, обеспечивать их своевременность и при этом оставаться вежливым, доброжелательным и терпеливым, несмотря на особенности поведения граждан. Оказанные медицинские услуги пациент расценивает как ценностную категорию, так как он находится в зависимости от медицинского работника в процессе поэтапного мигрирования в медицинской организации от специалиста к специалисту. Каждый пациент ожидает, что врач ему окажет такую помощь, которая поможет ему выздороветь, реабилитироваться, восстановить трудоспособность и прожить продолжительную жизнь с сохраненным интеллектом и хорошим уровнем работоспособности.

Существующая система организации медицинской помощи страдает глубоким временным дефицитом, который формируется за счет увеличения доли потерь в процессе оказания медицинской помощи. Составляющие любого процесса оказания услуги (и медицинской в

том числе) следующие: 85 процентов времени занимают потери, до 10 процентов составляет незначимая работа (работа, которая не добавляет ценности услуге, но при текущем состоянии процессов без нее не обойтись) и лишь 5 процентов времени составляет значимая работа (работа, непосредственно создающая ценность для пациента) [8].

Результаты, которые могут быть достигнуты при реализации проекта «Бережливая поликлиника» [9]:

1. Сокращение времени ожидания пациента получения услуг МО.

2. Повышение удовлетворенности пациентов качеством и сроками получения услуг МО.

3. Обеспечение равномерного сбалансированного распределения функциональных обязанностей между врачами и средним медперсоналом, а также распределения функций персонала внутри отдельных структурных подразделений (например, регистратуры, клинической лаборатории и др.).

4. Оптимизация информационных потоков, в т.ч. повышение эффективности медицинской информационной системы, устранение дублирования и избыточного ручного труда при вводе информации в медицинскую информационную систему.

5. Формирование рациональных потоков пациентов в зависимости от цели посещения медицинской организации.

6. Стандартизация лечебно-диагностических процессов на базе «лучших практик» и снижение их вариабельности.

7. Эффективное использование площади МО.

8. Прозрачность организации лечебно-диагностических процессов для пациентов и для руководителей МО.

9. Формирование компетенций персонала МО по быстрому выявлению проблем и их устранению.

10. Создание образцов выстраивания эффективных потоков для тиражирования их на другие МО.

11. Выявление среди персонала лидеров изменений, способных проводить улучшения на основе проектного подхода.

12. Устранение всех видов потерь в процессах (ожидание, лишние отчетные и учетные документы, лишние хождения, брак и т.д.).

13. Создание учебных модулей в программах обучения в организациях высшего и среднего профессионального образования, включая образовательные программы «Фабрика медицинских процессов», для проведения обучения студентов, интернов, ординаторов, сотрудников медицинских организаций и органов управления в сфере здравоохранения.

Оптимизация процессов должна проходить комплексно, по всей цепочке оказания медицинской помощи, с участием всего персонала МО. Повышение удовлетворенности пациентов, доступности оказываемых медицинских услуг и эффективности работы сотрудников являются одной из приоритетных задач поликлиники.

Внедрение процессов бережливого производства в БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (далее по тексту БУ «ОКД «ЦД и ССХ») началось еще до запуска пилотного проекта «Бережливая поликлиника» на территории РФ. Концептуально была поставлена цель работы по оптимизации – устранение различных видов потерь и повышение ценности медицинской услуги для медицинской организации. В соответствии с целью были определены задачи, для достижения которых в поликлинике БУ «ОКД «ЦД и ССХ» в течение последних 5 лет ведется постоянная работа, направленная на сокращение ожидания пациентами получения медицинских услуг, возможность записи на медицинские услуги различными, удобными для пациента способами с учетом психологических особенностей посетителей медицинской организации. В поликлинике БУ «ОКД «ЦД и ССХ» реализованы проекты оптимизации записи на прием специалиста, организации кабинета неотложной медицинской помощи, организации офиса медицинской сестры, услуги «Диагностика одного дня».

Запись на приемы специалистов

Запись на консультативные приемы специалистов организована несколькими способами:

1. через электронную регистратуру «Портал пациента» er.dzhmao.ru. График подачи расписания в электронную регистратуру («Портал пациента») на консультативные приемы врачей БУ «ОКД «ЦД и ССХ» размещен на сайте учреждения (www.okd.ru) в разделе электронная регистратура.

2. при личном обращении граждан в регистратуру БУ «ОКД «ЦД и ССХ». Ежедневно для работы с посетителями функционирует 4-5 окон регистратуры на первом этаже. В медико – генетической консультации организовано дополнительное рабочее место медицинского регистратора, что повышает качество оказания медицинской помощи беременным женщинам. В холле регистратуры установлены 2 терминала для самостоятельной записи на прием специалиста. Для формирования рациональных потоков пациентов в зависимости от цели посещения с 2017 г. в холле регистратуры постоянно находится администратор – координатор.

3. по телефону call-центра БУ «ОКД «ЦД и ССХ» (8-3462-94-04-04). С 2016 года в целях равномерного сбалансированного распределения функциональных обязанностей среди медицинских регистраторов был организован регистратурно-диспетчерский отдел с 4 рабочими местами, в котором ежедневно в 2 смены обрабатывается более 400 телефонных звонков.

4. путем подачи заявки на сайте БУ «ОКД «ЦД и ССХ» (www.okd.ru) в разделе: запись на прием к врачу. После получения обращения по электронной почте взаимодействие с обратившимися гражданами происходит в течение 3 рабочих дней. Ежегодно данной услугой пользуются более 3 500 человек.

Доступность медицинских услуг является одним из основных критериев качества оказания медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий. В поликлинике проводится систематическая работа по обеспечению соблюдения сроков ожидания медицинской помощи и ликвидации очередей в регистратуре. В результате проделанной работы удалось сократить сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме до 10-12 дней, на КТ и МРТ исследования – до 30 дней. Представленные технологии позволяют увеличить доступность медицинской помощи в БУ «ОКД «ЦД и ССХ» путем построения грамотной маршрутизации и соблюдения эргономики производства.

Кабинет неотложной кардиологической помощи

Кабинет неотложной кардиологической помощи БУ «ОКД «ЦД и ССХ» организован 16 ноября 2015 г. и функционирует для неза-

медлительного консультирования пациентов, обратившихся в регистратуру поликлиники с острыми жалобами, ухудшением в состоянии здоровья. В связи с большим потоком пациентов в 2017 г. кабинет неотложной кардиологической помощи расширен до 3,25 ставки, что превышает показатель 2016 г. (1,25 ставки).

Функциональные обязанности кардиолога кабинета неотложной кардиологической помощи включают как осмотр пациентов в «ускоренном» порядке, так и диагностику одного дня. Общее количество «ускоренных» консультаций в отчетном году увеличилось в 2,4 раза (с 3279 до 7854 консультаций), на госпитализацию направлено в 2,5 раза пациентов больше в сравнении с 2016 г. Направляемость на госпитализацию составила 4,9% или каждый 20-й первичный пациент. Из 387 пациентов, направленных из кабинета неотложной кардиологической помощи на госпитализацию, 47 человек (12%) имели экстренные показания: гипертонические кризы, нестабильная стенокардия, миокардит, тромбоэмболия легочной артерии, пневмония (рис.1). Пациенты, у которых при осмотре кардиолога кабинета неотложной кардиологической помощи не было определено показаний к госпитализации, при необходимости получают направления на дообследования и определенную дату повторной консультации кардиолога.

Организация медицинской помощи, реализованная в создании данного кабинета на базе БУ «ОКД «ЦД и ССХ», явилась грамотным организационным механизмом в решении доступности кардиологической помощи; произошло значительное снижение времени ожидания в оказании медицинской помощи пациентам с кардиологическими жалобами, а также снижение нагрузки на приемное отделение стационара.

Диагностика одного дня

Для повышения доступности специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы из отдаленных территорий в течение последних шести лет на базе консультативного кардиологического отделения БУ «ОКД «ЦД и ССХ» успешно внедрена и работает технология «Диагностика одного дня». Цель данной формы работы – увеличение доступности квалифицированной специализированной медицинской помощи иногородним пациентам с максимальной

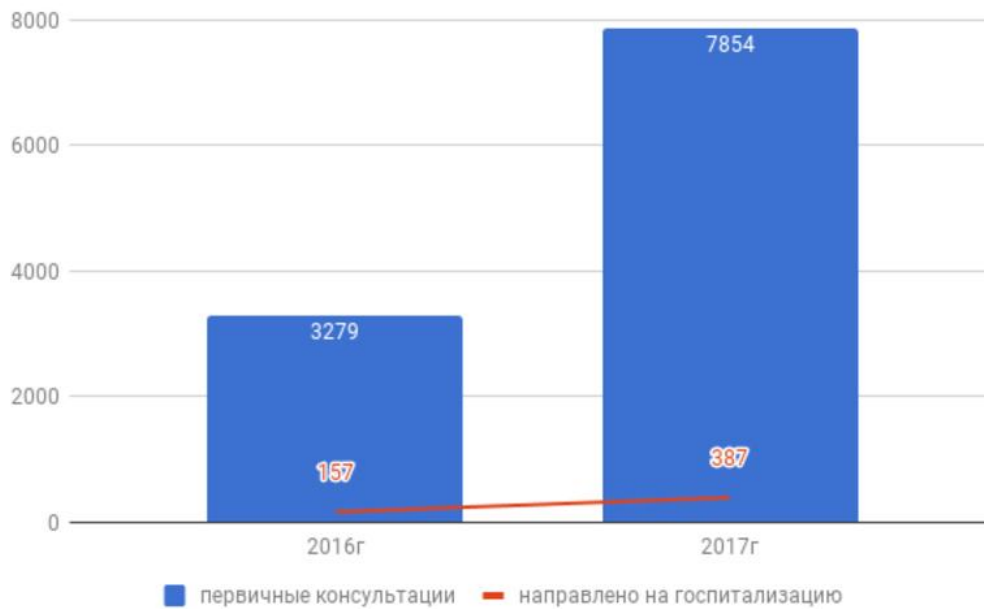


Рис.1. Направляемость на госпитализацию пациентов кабинета неотложной кардиологической помощи БУ «ОКД «ЦД и ССХ» за 2016-2017гг.

экономией временного ресурса с их стороны. Организовано сотрудничество с 6 медицинскими организациями округа. Определен режим работы консультативного кардиологического отделения по данной технологии: 5 дней в неделю согласно заранее подаваемых списков из медицинских организаций ХМАО-Югры в режиме консультации одного дня. Списки обрабатываются в консультативном кардиологическом отделении, каждый пациент получает талон с регламентированным временем первичного приема к врачу консультанту (кардиологу, в т.ч. аритмологу, сердечно-сосудистому хирургу, неврологу). Пациент получает первичную консультацию врача, определяется план диагностического обследования, которое выполняется в кратчайшие сроки, после прохождения которого больной вновь попадает на прием специалиста для получения заключения. Пациенты имеют возможность получить консультацию профильного специалиста, выполнить необходимое дообследование, уточнить диагноз и определить показания к госпитализации в стационар для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (рис. 2) в течение 1-2-х часов пребывания в поликлинике кардиодиспансера. Ежегодно по данной технологии получают медицинскую помощь более 1000 пациентов.

Офис медицинских сестер

Офис медицинских сестер является функциональным подразделением консультативного кардиологического отделения БУ «ОКД «ЦД и ССХ» и работает по принципу «одного окна», объединяя функции медицинской сестры консультативного приема и регистратуры. В офисе трудятся 4 штатные медицинские сестры в соответствии с графиком работы врачебных кабинетов (4 кабинета, специалисты всех профилей). Пропускная способность офиса находится на стабильно высоком уровне. В 2017 году через офис медицинской сестры проведено 21128 консультативных приемов, из них 12004 первичных консультаций. Стоит отметить, что данный механизм организации работы среднего персонала впервые в ХМАО-Югре был внедрен на базе БУ «ОКД «ЦД и ССХ».

Учитывая реалии современного развития общества, система внедрения «Бережливого производства» – это перспективный и модифицированный в условиях здравоохранения проект. Каждый из инструментов «бережливого производства» решает какую-то конкретную часть имеющихся проблем, но лишь их совместное применение позволит решить проблему полностью или минимизировать её до приемлемых величин.

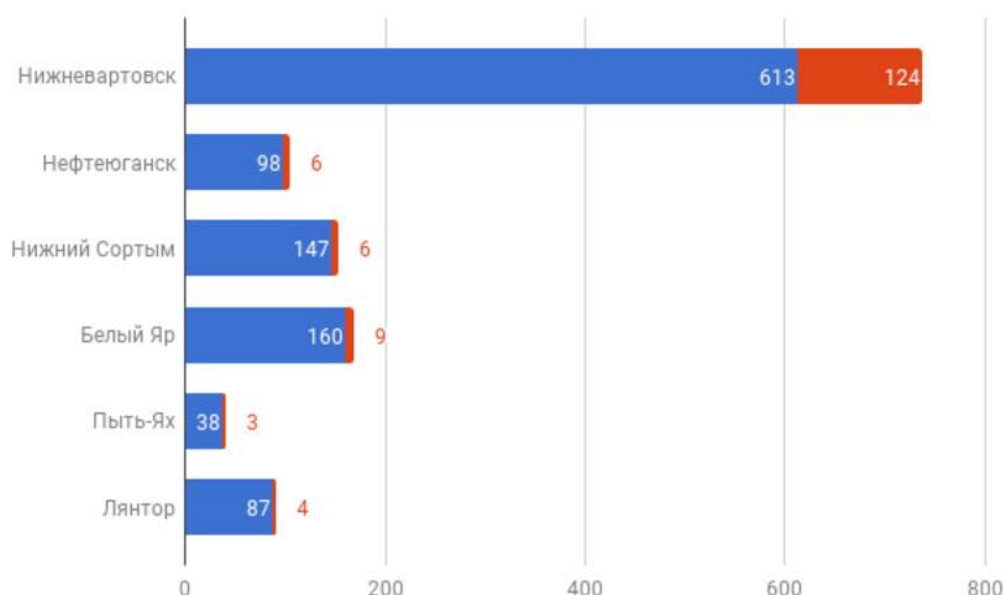


Рис.2. Соотношение пациентов, направленных на диагностику одного дня и имеющих показания к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи, в стационарных условиях БУ «ОКА «ЦД и ССХ» за 2017 г.

Выводы:

1. В БУ «ОКА «ЦД и ССХ» разработаны, внедрены в практику и успешно реализуются механизмы бережливого производства в работе поликлинической службы.

2. Применение проектов оптимизации записи на прием к специалистам, организации кабинета неотложной медицинской помощи, организации офиса медицинской сестры, услуги «Диагностика одного дня» привело не только к экономии трудовых и материально-технических ресурсов, но и позволило увеличить доступность медицинской помощи, а также удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых медицинских услуг.

Предложения. Тиражирование опыта удачных проектов бережливого производства, к которым можно смело отнести практики БУ «ОКА «ЦД и ССХ», на территории других МО ХМАО-Югры позволит привести к скорейшему достижению целевых индикативных показателей, отраженных в паспорте проекта «Бережливая поликлиника», реализуемого на территории округа. Совокупность разрабатываемых и принимаемых мер с учетом современных технологий и формирования системы автоматического управления позволит повысить качество и эффективность работы специалистов, а также удовлетворенность населения медицинской помощью.

Литература

1. «Бережливая поликлиника»: как Минздрав РФ планирует сэкономить время пациентам и врачам [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://tass.ru/obschestvo/4150972>. – (дата обращения: 06.05.2018).
2. Джеймс, П. Вумек, Дэниел, Т. Джонс. Бережливое производство // Джеймс П. Вумек, Дэниел Т. Джонс. – М.: Альпина Паблишер. – 2010. – 476с.
3. Давыдова, Н.С. Бережливое производство: монография. // Н.С. Давыдова. – Ижевск: изд-во Института экономики и управления ГОУ ВПО «УдГУ». – 2012. – 138 с.
4. ГОСТ Р 56020-2014 Бережливое производство. Основные положения и словарь.
5. ГОСТ Р 56407-2015 Бережливое производство. Основные методы и инструменты.
6. Проект Бережливая поликлиника. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivaya-poliklinika>. – (дата обращения: 03.05.2018).
7. Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (протокол №8 от 26 июля 2017 г). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/456083934> – (дата обращения: 06.05.2018).
8. Хромушин, В.А., Хадарцев, А.А., Ластовецкий, А.Г. и др. Оценка возрастных когорт смертности населения на примере Тульской области за период с 2007 по 2015 годы // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание.

2016. №3. Публикация 1-1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-3/1-1.pdf> (дата обращения: 01.05.2018).

9. Стрельченко, О.В., Заиграев, А.А., Чернышев, В.М. Организация работы поликлинического отделения по принципу «Бережливая поликлиника» // Научные труды ФГБУЗ «Сибирской

окружной медицинской центр Федерального медико-биологического агентства» / Том 5 / Под общей редакцией к.м.н. О.В. Стрельченко. – Новосибирск. – ООО «Сибирское университетское издательство», 2017. – С.77-85.

© Урванцева И.А., Мигунова С.Г.,
Кожокаръ К.Г., 2018

УДК 616.89

ИМПОРТОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Михайлов С.К.,

заведующий отделением социально-медицинской реабилитации №1
КУ «Лемпинский наркологический реабилитационный центр»

КУ ХМАО-Югры «Лемпинский наркологический реабилитационный центр» функционирует более 17 лет и осуществляет медицинскую реабилитацию наркологических пациентов из ХМАО-Югры. Необходимо отметить, что на этапе становления учреждения специалисты центра стояли перед выбором: использовать ли в структуре реабилитации известную 12-шаговую модель, разработанную в США, или идти своим путём. Было решено разработать собственную программу реабилитации, учитывая специфику, особенности и менталитет целевой группы. В 2002-2003 гг. была подготовлена «Программа реабилитации наркологических пациентов» и согласована с ведущими психиатрами-наркологами и Департаментом здравоохранения ХМАО-Югры.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП), поверхностно-активные вещества (ПАВ), поведенческая терапия, биологическая обратная связь (БОС)

Суть нового подхода к реабилитации наркологических пациентов заключается в использовании балльной системы и других методов когнитивно-поведенческой психотерапии в качестве основы, базиса всей реабилитационной программы. Данный подход является в своём роде уникальным. Он был по достоинству оценён специалистами НИПНИ им. Бехтерева: «Медико-социальная реабилитация наркологических пациентов, проводимая в соответствии с «Программой реабилитации» на базе КУ «Лемпинский наркологический реабилитационный центр», соответствует существующей нормативно-правовой базе в области психиатрии-наркологии и психотерапии, является высокоэффективной, обеспечивая высокий процент ремиссии и ресоциализации наркологических пациентов». Также хочется отметить, что новому направлению реабилитационной работы, разработанному в КУ «Лемпинский наркологический реабилитационный центр» (далее в тексте – КУ ХМАО-Югры «ЛНРЦ») уделено место в

книге «Клиническая психотерапия в наркологии» под редакцией Р. К. Назырова, Д. А. Федоряка, С. В. Ляшковой, 2012 г., Издательство НИПНИ им. Бехтерева, в главе «Психотерапевтические модели реабилитации в наркологии».

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП) и балльная система

Когнитивно-поведенческая психотерапия направляет свои усилия на изменение патологических паттернов аддиктивного поведения, удержание трезвого образа жизни и профилактику срывов. Она стремится обеспечить когнитивный самоконтроль над болезненными импульсами, выработку новых здоровых поведенческих образцов. Эффективность вмешательств КПП, основанных на обучении навыкам пациентов с зависимостью от ПАВ, доказана во многих клинических испытаниях. В связи с акцентом на обучении навыкам справляться со стрессом (копинга) и постоянной отработкой этих навыков на практических занятиях, КПП

оказалась хорошо методически проработанным способом лечения, снижающим употребление ПАВ и предупреждающим рецидивы.

Использование методов когнитивно-поведенческой психотерапии является отличительной чертой, «визитной карточкой» нашего учреждения. КПП является одной из основных психотерапевтических методик, используемых в процессе медико-социальной реабилитации в КУ ХМАО-Югры «АНРЦ». Можно выделить следующие формы её использования:

1. Индивидуальные сессии.
2. Групповые сессии.
3. Отказ от патологических паттернов поведения, выработка новых поведенческих образцов в рамках балльной системы (поведенческая терапия).
4. Профилактика рецидивов.

Индивидуальные сессии

В процессе когнитивно-бихевиоральной терапии психотерапевт с клиентом работают вместе. Хотя это лечение расстройств, вызванных употреблением ПАВ, рассматривает много различных тем. Каждая сессия направлена на усваивание новых навыков, которые помогут адекватно поступать в различных жизненных ситуациях. Овладение новыми навыками – это непрерывные открытия: будут выявляться те сферы, в которых нужно приложить усилия для того, чтобы получить больше навыков поддержания трезвости. Каждая терапевтическая сессия продолжается от 45 минут до 1 часа. Количество таких сессий определяется индивидуально.

Групповые сессии

Групповые занятия в рамках КПП проводятся 5 раз в неделю по 90 мин. Группы открытого типа разбиты по принципу этапности реабилитационных мероприятий. При переходе с одного реабилитационного этапа на другой пациент покидает одну группу и переходит в другую. Важной составляющей этого процесса является, так называемый запрос на цикл групповых занятий, который оформляется письменно при вхождении в новую группу, и по которому пациент отчитывается при переходе в последующую группу или при выписке. Условно можно выделить два направления групповых сессий:

выработка новых навыков (поведенческая психотерапия) и когнитивное реструктурирование (когнитивная психотерапия).

Балльная система

Балльная система в рамках поведенческой психотерапии является хорошо структурированным методом, направленным на развитие навыков контроля над аддиктивными формами поведения, а также над поведением, продиктованным наркоманической субкультурой, у пациентов с зависимостью от ПАВ в условиях формирования и поддержания ремиссии. Используемая в реабилитационном центре балльная методика носит системообразующий характер и пронизывает всю систему реабилитации. Балльная система является более высоко организованной и дифференцированной системой нежели использование жетонов – классического метода поведенческой терапии. Поэтому можно говорить о балльной системе, как об особом интегративном методе поведенческой терапии. Поведение пациентов с зависимостью продиктовано так называемой «наркоманической субкультурой». При сохранении указанного специфического поведения создание реабилитационной среды и успешное функционирование реабилитационных мероприятий становятся невозможными. Балльная система при этом выполняет роль регулятора поведения зависимых пациентов путём условного подкрепления. Иными словами: социально приемлемое поведение пациента подкрепляется положительными баллами, а деструктивное поведение пациента оценивается отрицательными баллами. Небольшое количество баллов ограничивает пациента в полноформатном использовании реабилитационной среды, тормозит в продвижении по реабилитационной схеме.

Ниже приведён примерный перечень действий пациентов, которые подкрепляются положительными баллами:

1. терапия занятостью;
2. самостоятельная подготовка вечерней информации, чтение;
3. проведение психологической группы;
4. победа в спортивном мероприятии;
5. проведение спортивного мероприятия (самостоятельное написание, редактирование готового мероприятия);

6. проведение культурно-массового мероприятия (самостоятельное написание, редактирование готового мероприятия);

7. победа и участие на внутренней выставке АРТ-студии;

8. участие в работах швейной или столярной мастерских:

- выполнение индивидуального задания;
- готовое изделие или участие во внутренних выставках.

Примерный перечень действий пациентов, которые оцениваются отрицательными баллами:

- создание конфликтных ситуаций между пациентами;
- ложь;
- грубость в отношении с персоналом;
- невыполнение обязательств;
- опоздание;
- несоблюдение санитарно-гигиенических норм;
- нарушение распорядка дня;
- бранная и сленговая речь;
- ведение разговоров о ПАВ.

Помимо указанной каркасной функции можно говорить о следующих позитивных эффектах использования балльной системы:

- Обеспечение некоторой степени автономности, что является важным и показательным компонентом психотерапевтического процесса. У пациента всегда есть выбор: заработанные баллы можно потратить на дополнительное свободное время или на использование дополнительных психотерапевтических методик.
- Возможность безопасного проигрывания схемы «деструктивное поведение – последствия», не грозящего при сохранении пациента в программе реабилитации срывом или рецидивом вплоть до появления адаптивных копинг-механизмов.
- Восстановление или приобретение утраченных или отсутствующих социальных норм и правил.
- Поддержка созидательного социально адаптированного поведения.
- Повышение мотивации пациента в психотерапевтической и психокоррекционной работе со специалистами. Дополнительные беседы с психологом или психотерапевтом стоят определённое количество баллов.

- Возможность влияния на пациента не только со стороны сотрудников и системы, но и со стороны пациентов. Большое количество отрицательных баллов одного пациента влияет на определённую группу других пациентов в рамках командного соревнования.
- Возможность изучения со специалистами стереотипных дезадаптивных способов построения взаимоотношений: стратегии поведения в случае «нехватки» или «избытка» баллов.
- Балльная система играет роль буфера между сотрудниками учреждения и пациентом, частично снижая уровень агрессии. Штрафует не специалист, а система.
- Позитивное влияние на самооценку пациента в случае успешности в рамках балльной системы.
- Анализ некоего соревновательного процесса между пациентами по количеству баллов (аналог положения и взаимодействия в реальном социуме).

Профилактика рецидивов

Рецидив у пациента с зависимостью – это возврат к предыдущему характеру поведения, сопровождающийся изменением «настроения на лечение и выздоровление». Цель работы с пациентом: избегание рецидива, при этом пациенту необходимо обучить необходимым навыкам и знаниям. Для реализации этой цели решаются следующие задачи:

1. Донесение до пациента представлений о важности профилактики рецидивов.
2. Выявление ситуаций высокого риска срывов и разработка планов действий на случай их возникновения.
3. Обучение пациента самонаблюдению для того, чтобы он сам мог оценивать изменение своего состояния.

Использование других психотерапевтических и реабилитационных техник. Помимо когнитивно-поведенческой психотерапии и балльной системы в КУ ХМАО-Югры «ЛНРЦ» используется целый ряд дополнительных техник:

- Метафорические карты;
- Аудиальная коррекция;
- Группы эмоционального высвобождения;
- Индивидуальная гипнотерапия;

- Биологическая обратная связь;
- Психотерапевтический курс «РИМ»;
- Новые техники арт-терапии;
- Терапия песком;
- Психотерапия творческим самовыражением (психотерапия театром).

Метафорические карты

В течении жизни люди накапливают в памяти множество визуальных образов. Оживая, эти образы порождают самые разные чувства, встреча с ними – это встреча с самим собой в различных жизненных плоскостях: временной (в прошлом, настоящем, будущем), эмоциональной (счастье, любовь, горе), межличностной. В неявной форме метафорические карты содержат множество посланий, отражающих подсознательные намерения и ценности рассматривающего их человека, причем одна и та же картинка несет в себе для разных людей разные смыслы. Когда человек не говорит о себе напрямую, а обращается к визуальным образам, он меньше защищается; карты открывают перед ним нетривиальную перспективу для анализа жизни.

Аудиальная коррекция

Технология создания аудиальных (звуковых) психокоррекционных программ (АПК-программ). АПК-программа – звуковой (музыкальный) компакт-диск, в котором в фоновый звук (слышимую музыку) вмонтирована лечебная информация в неосознаваемой (неслышимой) форме воздействия. АПК-программа воздействует на бессознательную сферу психики человека.

Группы эмоционального высвобождения

Цель: освободиться с помощью тела от накопившихся подавленных эмоций. Подход симптоматический. Мощно и быстро помогает пациентам освободиться от накопившегося груза переживаний и невыраженных чувств (злость, обида, вина и т.д.). Это дает специалисту возможность работать далее более спокойно и целенаправленно в индивидуальном подходе.

Индивидуальная гипнотерапия

Цель: найти в прошлом ситуацию, где пациент впервые начал испытывать неприятные для него чувства, и проработать их так, чтобы в со-

временной жизни в похожей ситуации эти чувства не беспокоили (повышение качества жизни пациента) и даже выработать новую, более позитивную стратегию в провоцирующих для пациента ситуациях. Подход этиологический. Состоит методика из директивного наведения транса, углубления, регрессии по чувству, проработки чувства (используется классический психоанализ, гештальт, НЛП, когнитивная и поведенческая терапия), прогрессии в будущее, выработки новой стратегии, возвращения в «здесь и сейчас».

Биологическая обратная связь (БОС)

Метод БОС (иначе называемый методом адаптивного или функционального биоуправления, биореабилитацией, висцеральным обучением, методом оперантного обуславливания и т.п.) – метод реабилитации, использующийся в наркологии, представляющий собой комплекс процедур, при проведении которых пациенту посредством специальных технических устройств (цепи внешней обратной связи) передается в доступном для него виде информация о состоянии какой-либо функции его собственного организма. На основе полученной информации пациент под руководством инструктора с помощью специальных приемов и аппаратуры развивает навыки саморегуляции, то есть способность произвольно изменять физиологическую функцию для коррекции патологических расстройств. В нашем учреждении в основном используется КГР-БОС, где измеряемым параметром является сопротивление кожи протеканию электрического тока. Физиологически кожно-гальваническая реакция отражает активность потовых желез и, следовательно, активность симпатической нервной системы. В свою очередь симпатическая активация отражает уровень эмоционального возбуждения. Данная методика позволяет осуществлять коррекцию таких психологических особенностей аддиктов как низкую толерантность к фрустрации (синоминутный гедонизм) и низкую устойчивость к стрессу.

Психотерапевтический курс «РИМ»

Оттого, что человек не употребляет вещество, изменяющее психическое состояние, он не освобождается от аддиктивной проблемы. В его сознании остается прежняя система

взглядов, мотиваций, которые реализуются в его действиях, стиле жизни, «наработанном» годами. Поэтому критерий эффективности лечения – прекращение злоупотребления – неполный. Требуется реконструкция личности наркозависимого и сделать это возможно, только если учитывать личностные особенности каждого человека. Для этих целей применяется психотерапевтический курс «РИМ». Методика курса «РИМ»: системный анализ (ежедневная индивидуальная психотерапия), телесные практики (ежедневные 1,5 – часовые занятия психофизической гимнастикой, релакс-йогой, тонопластикой, обучение методам саморегуляции психоэмоционального состояния), получение рекомендаций, гипноанализ. Динамика изменения личностных особенностей исследуется с помощью экспериментально-психологических методик. Это метод психосемантического дифференциала, тест «цветовых метафор», техника репертуарных решеток и др.

Арт-терапевтические техники

Процесс арт-терапии включает три основных этапа. Первый этап – исходной диагностики и ориентировки, а также адаптации к условиям реабилитационного центра, включения в группу и формирования терапевтических отношений («Линия жизни», «Прошлое, настоящее, будущее», мандалотерапия и акватипия, как техники саморегуляции). Второй этап – ориентирован на нормализацию психического состояния реабилитируемых, реконструкцию их личности и гармонизацию системы отношений («Мой герб», «Чего я хочу достигнуть на физическом, эмоциональном, духовном уровнях», «Дорога к себе» и т.д.). Третий этап – поддержка достигнутых лечебно-реабилитационных эффектов, подготовка к возвращению в социум («Автопортрет», «Я вчерашний, я завтрашний», «Путь», «Возвращение»).

Терапия песком

Данный метод позволяет проработать психотравмирующую ситуацию на символическом уровне. Отреагировать на негативный эмоциональный опыт в процессе творческого самовыражения. Изменения отношения к себе, к своему прошлому, настоящему и будущему, к значимым другим, в целом к своей судьбе. Спо-

собствует регрессу клиента к прошлому опыту с целью повторного переживания и освобождения. Служит дополнением к другим методам психотерапевтической работы.

Терапия творческим самовыражением

Культурные мероприятия с театральными представлениями (Сказки, басни, былины с использованием костюмов). Более правильным будет назвать – метод терапии творческим самовыражением. Или как его назвали «психотерапия театром», с целью изменения мировоззрения и стереотипов поведения зависимых пациентов. Участие в этих мероприятиях позволяет пациентам раскрыть свои творческие способности и примерить на себя разные социальные реальные и нереальные роли.

Исходя из опыта работы специалистов КУ «Лемпинский наркологический реабилитационный центр» можно резюмировать, что импортозамещение в сфере реабилитации наркологических пациентов является абсолютно оправданным, эффективным и действенным. Оно позволяет реабилитационному учреждению быть теоретически более автономным, освобождает от теологических объяснений наркологических проблем, позволяет использовать только научно обоснованные психотерапевтические и наркологические наработки. Использование собственных реабилитационных технологий не позволяет пациенту, прошедшему курс реабилитации в КУ ХМАО-Югры «АНРЦ», закрыться в узкой специфической микросреде химически зависимых, а наоборот возвращает в социум со сформировавшейся установкой на трезвый образ жизни.

Литература

1. Змановская, Е.В. Девиантология (психология отклоняющего поведения). – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
2. Шабанов, П.Д., Штакельберг, О.Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А.Я. Гриценко. – СПб.: Лань, 2000.
3. Лекции по наркологии. / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Нолидж, 2000.
4. Цетлин, М.Г., Пелипас, В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа. – М.: Анахарсис, 2001.
5. Гасанов, Э.Г. Наркотизм: тенденции и меры преодоления. – М.: ЮрИнфоР, 1997.

6. Штакельберг, О.Ю. Социально-психологическая реабилитация больных наркоманией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук – СПб.: СПбМАПО, 1999.
7. Актуальные проблемы девиантного поведения (борьба с социальными болезнями): Ежегодник. – М., 1995.
8. Беличева, С.В. Основы превентивной психологии. – М., 1997.
9. Психология и лечение зависимого поведения. / под ред. С. Даулинга. – М., 2000.
10. Быков, С.А. Наркомания среди молодежи как показатель дезадаптированности // Социс. – 2000. – №4.
11. Иванова, Е.Б. Как помочь наркоману. – СПб, 1997.
12. Мильчакова, Е.А. Психологические особенности наркоманов с различным стажем героиновой зависимости при оказании кризисно-реабилитационной помощи с использованием эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии: автореф. дисс. ... канд. псих. наук. – СПб., 2003.
13. Дудко, Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
14. Березин, С.В., Лисецкий, К.С. К вопросу о профилактике наркомании в вузе. – Самара: СИУ, 2001.
15. Букановская, Т.И. Эмоциональное переживание и психологическая защита в структуре синдрома зависимости у больных опиоидной наркоманией // Вопросы наркологии. – 1992. – №3-4. – С. 157-161.
16. Валентик, Ю.В., Зыков, О.В., Цетлин, М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. Фонд НАН. – М., 1997.
17. Курек, Н.С. Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией // Журнал невропатологии и психиатрии. 1991. №2. С. 64-67.
18. Пятницкая, И.Н. Клиническая наркология. – Л.: Медицина, 1994.
19. Пятницкая, И.Н. Наркомании. – М.: Медицина, 1997.
20. Клиническая психотерапия в наркологии / под редакцией Р. К. Назырова, Д. А. Федоряка, С. В. Ляшковской, – М.: НИПНИ им. Бехтерева, 2012.
© Михайлов С.К., 2018

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В БУ «ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»

Яковлев С.В.,
главный врач БУ «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр»
Сподар Ю.С.,
заместитель главного врача по организационно-методической работе
БУ «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр»
Хабарова А.С.,
заведующий стационарным отделением, врач - терапевт, кандидат медицинских наук
БУ «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр»
Игнатов С.В.,
врач - кардиолог, кандидат медицинских наук
БУ «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр»
Пачганова С.С.,
врач-статистик БУ «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр»

Актуальность реабилитации пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в условиях специализированного стационара обусловлена необходимостью стимулировать дальнейшую компенсацию нарушенных функций организма, что позволит больному участвовать в реабилитационных мероприятиях в поликлинических условиях. В период выздоровления постепенно восстанавливается физическая работоспособность пациента и происходит психологическая ориентация на выздоровление.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, пациент, уровень толерантности к физическим нагрузкам (ТФН)

Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество [1].

Медицинская реабилитация пациентов с болезнями системы кровообращения является индивидуализированной и дифференцированной в зависимости от функциональных резервов системы кровообращения больного, стадии и осложнений основного заболевания, наличия сопутствующей патологии и вариантов течения послеоперационного периода [2].

В последние годы наблюдается тенденция к укорочению сроков пребывания пациентов после перенесенного инфаркта миокарда, оперативного вмешательства в стационаре. Это обусловлено широким использованием новых методов лечения, в первую очередь реперфузионной терапии, после использования которой, у больных отмечается более благоприятное течение заболевания и лучший прогноз [3, 4, 5].

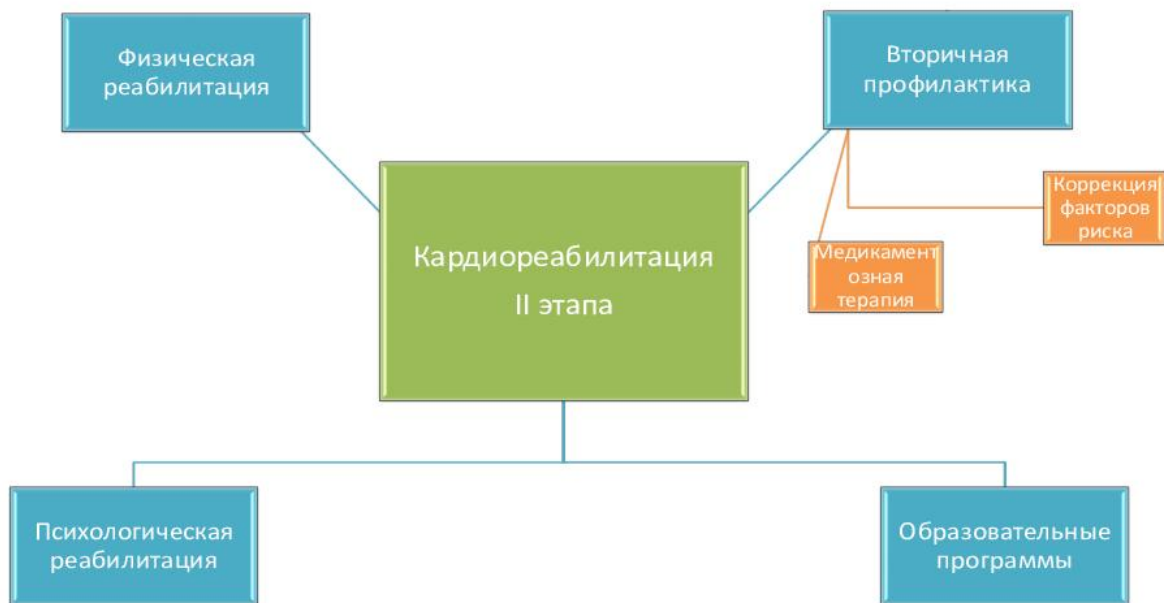
С каждым годом количество проведенных оперативных вмешательств на сердце увеличивается. В связи с этим, все более актуальной становится проблема последующей реабилитации больных с патологией сердечно-сосудистой системы. В Ханты-Мансийске более 20 лет функционирует БУ «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр», в котором проводится медицинская реабилитация пациентов с болезнями системы кровообращения.

Основным аспектом кардиологической реабилитации являются поэтапные физические тренировки с учетом индивидуальной реакции больного на физическую нагрузку под тщательным врачебным контролем. При первом

контакте с врачом расчётным методом вычисляется прогностический уровень толерантности к физической нагрузке (ТФН). При помощи шкалы HADS (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, Zigmond A.S. и Snaith R.P.) проводится оценка уровня тревоги и депрессии, при помощи которой определяются показания для групповой и индивидуальной психотерапии. В соответствии с достигнутым уровнем физической активности и наличием противопоказаний для оценки готовности к кардиореабилитации и определения начального уровня физической активности пациенту проводят тредмилometriю или тест с 6-ти минутной ходьбой. Это позволяет максимально быстро приблизиться к тренирующим нагрузкам и тем самым способствовать восстановлению трудоспособности в более короткие сроки. По результатам теста проводится сравнительная оценка достигнутой толерантности к физическим нагрузкам с прогностическим уровнем. По формуле Карвонена (ЧСС во время тренировки = (максимальная ЧСС - ЧСС в покое) x интенсивность (в процентах) + ЧСС в покое) рассчитывается уровень тренировочной

ЧСС, риск осложнений при включении в программу кардиореабилитации и уровень физической активности по Д.М. Аронову.

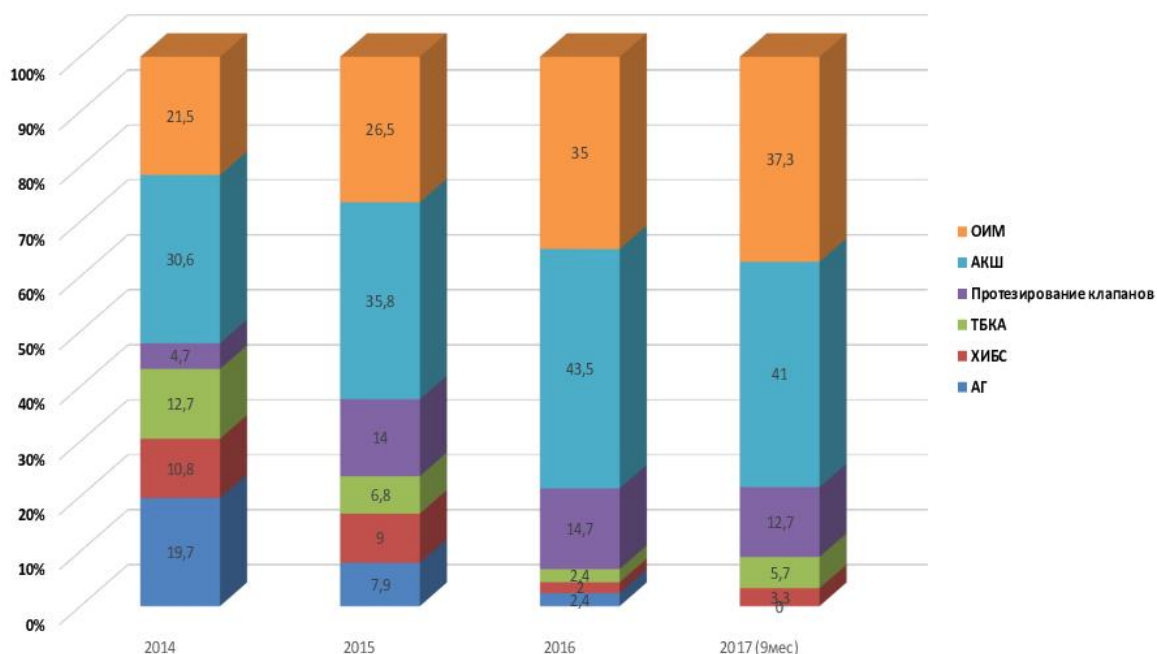
При отсутствии противопоказаний пациент приступает к групповым занятиям ЛФК для малых групп мышц и индивидуальной программе велотренировок под контролем ЧСС, АД, субъективной переносимости (по шкале восприятия физической нагрузки Борга) и реакции на физическую нагрузку (по Д.М. Аронову) с постепенным увеличением интенсивности и продолжительности занятия. Параллельно определяется темп и продолжительность дозированной ходьбы. Также при необходимости определяется темп ходьбы по лестнице. Проводится обучение диафрагмальному дыханию, продуктивному кашлю, дыхательной гимнастике. В качестве дополнительных методов реабилитации применяются сухие углекислые ванны, лазеротерапия, транскраниальная электростимуляция, периферический массаж. Также неотъемлемой частью медицинской реабилитации является образовательная программа, которая осуществляется в виде индивидуальных бесед с врачом и групповыми занятиями в школе здоровья.



Такой подход к пациентам с патологией сердечно-сосудистой системы способствует оптимизации гемодинамических показателей, быстрому, но в тоже время постепенному воз-

врату утраченных функций, увеличению толерантности к физическим нагрузкам и, как следствие, полноценной социальной адаптации и скорейшему возвращению к труду.

Состав пациентов кардиологического профиля в стационарном отделении за 2014-2016 гг. и 9 месяцев 2017 г. (процентное соотношение)



О высоком качестве проводимых лечебных мероприятий говорит тот факт, что более 95% пациентов после медицинской реабилитации в Окружном клиническом лечебно-реабилитационном центре выписаны с положительным эффектом, который заключается в восстановлении и стабилизации нарушенных функций различных органов и систем, адаптации к новым условиям жизни, регрессе психопатологических синдромов и т.д.

В 2017 году в стационарном отделении БУ «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр» проведена медицинская реабилитация 1805 пациентам. В итоге улучшение отмечено у 97,4% пациентов, получивших полный курс реабилитационных мероприятий (Таблица 1).

Таблица 1

Информация об эффективности медицинской реабилитации в отделении

	2014	2015	2016	2017
Улучшение	96,3%	95%	98,55%	97,4%
Без изменений	3,5%	5%	1,4%	2,4%
Ухудшение	0,2%	-	0,05% (1 пациент)	0,11% (2 пациента)

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. От 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Статья 40.
2. Урванцева, И.А., Мамедова, С.И., Нохрин, А.В., Милованова, Е.В., Крашанова, В.Г. Методические рекомендации для врачей медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Проведение медицинской ре-

3. абилитации пациентам с болезнями системы кровообращения после оперативного лечения. – Сургут, 2016.
3. Российские клинические рекомендации, Министерство Здравоохранения Российской Федерации. «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика». – М., 2014. – <http://www.rosokr.ru/material/material-proekt/3-pr-met>.

4. Елифанов, А.В. Медицинская реабилитация [Электронный ресурс]: учебник/ А.В. Елифанов, Е. Е. Ачкасов, В. А. Елифанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 672 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.
5. Елифанов, В.А. Лечебная физическая культура [Электронный ресурс]: учеб. пособие/ В. А. Елифанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 567, [1] с. ил. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.
© Яковлев С.В., Сподар Ю.С., Хабарова Л.С., Игнатов С.В., Пачганова С.С., 2018

УДК 340.67

**ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ФИЛИАЛА «ОТДЕЛЕНИЕ В ГОРОДЕ МЕГИОНЕ»
КУ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»
ЗА 2015, 2016, 2017 ГГ.**

Кузьмичев Д.Е.,
заведующий Восточным отделом – врач – судебно-медицинский эксперт
высшей квалификационной категории
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Вильцев И.М.,
заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе»
врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории Восточного отдела
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Чирков С.В.,
кандидат медицинских наук,
начальник,
врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Скребов Р.В.,
заместитель начальника по экспертной работе,
врач – судебно-медицинский эксперт высшей квалификационной категории
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

В статье излагаются основные показатели работы филиала «Отделение в городе Мегионе» Восточного отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», показатели смертности.

Ключевые слова: укомплектованность, структура смертности, судебно-медицинские вопросы

*«...Статистика знает все...»
Илья Ильф и Евгений Петров*

Филиал «Отделение в городе Мегионе» функционирует в течение нескольких лет на арендованных рабочих помещениях БУ «Мегионская городская больница №1» (общей площадью 71,5 м²). Аренда безвозмездная. С декабря 2013 года администрацией города выделено дополнительное офисное помещение, которое значительно улучшило работу филиала.

Штаты, укомплектованность

Кадры	2017		2016		2015	
	ставки	физ.лица	ставки	физ.лица	ставки	физ.лица
Заведующий	1	1	1	1	1	1
Врач судебно-медицинский эксперт	5	1	5	2	5	2
Старшая медсестра	0	0	0	0	0	0
Фельдшер-лаборант	5	5	5	5	5	5
Медицинская сестра	0	0	0	0	3	0
Лаборант	0	0	0	0	0	0
Медицинский регистратор	3	3	3	2	2	2
Водитель	1	1	1	1	1	1

Кадры	2017		2016		2015	
	ставки	физ.лица	ставки	физ.лица	ставки	физ.лица
Санитар	3	3	3	3	3	3
Дежурный санитар	0	0	0	0	0	0
Оператор стиральных машин	0	0	0	0	0	0
Уборщик служебных помещений	0	0	0	0	0	0
Электромонтер по обслуживанию электрооборудования	0	0	0	0	0	0
Плотник	0	0	0	0	0	0
Итого	18	14	18	14	20	14
Врачи	6	2	6	3	6	3

Коэффициент совместительства

Коэффициент совместительства	2017	2016	2015
Врачи	33,3%	50%	50%
Средний медперсонал	100%	87,5%	77%
Санитары	100%	100%	100%
Общая	77,7%	82,4%	70%

Аттестация и сертификация сотрудников

Врачи:

высшая категория: 1 (физических лиц) – 50%;

категории нет: 1 (физических лиц) – 50%.

Средний медперсонал:

высшая категория – 2;

вторая категория – 1.

Сертификация:

врачи: 2 (физических лиц) – 100%;

средний медперсонал: 5 (физических лиц) – 100%.

Из приведенных данных следует, что укомплектованность штатами филиала «Отделение в городе Мегионе» КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» составляет 77,7%, что соответствует среднему проценту укомплектованности и говорит о стабильности кадров отделения.

Все должности в отделении заняты основными работниками.

Количественные показатели работы филиала «Отделение в городе Мегионе» КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2015-2017 годы

№	Показатели	2015	2016	2017
		По отделению	По отделению	По отделению
1.	Штатные врачебные ставки:	6	6	6
	Из них занято	3	3	2
2.	Физические лица	3	3	2
3.	Всего исполненные в отделении экспертизы по постановлениям	300	357	302
4.	Всего исследований по отделению	2005	1799	1475
5.	Средняя годовая производственная нагрузка по отделению СМЭ			
	а) трупы	67	65	99,5
	б) живые	768	719	888,5
6.	Средняя дневная производственная нагрузка по отделению СМЭ			
	а) трупы	0,8	0,8	0,8
	б) живые	9,3	8,7	7,2

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

№	Показатели	2015	2016	2017
		По отделению	По отделению	По отделению
7.	Средняя дневная производственная нагрузка на 1 эксперта СМЭ			
	а) трупы	0,3	0,3	0,4
	б) живые	3,1	3	3,6

Основная деятельность территориального отделения

№	Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Итого за 3 года	Темп прироста %
1	Общее количество освид. живых лиц	2305	2156	1777	6238	-17,6
2.	Общее количество аутопсий,	202	196	199	597	1,5
2.1	из них с установленными диагнозами	201	194	199	594	2,6
	%	99,5	99	100	99,5	1
3.	Количество гистологически исследованных трупов от общего числа	201	196	199	596	1,5
	%	99,5	99	100	99,8	1
4.	Насильственная смерть	48	45	42	135	-6,7
	% от общей смертности	23,8	22,9	21	22,6	-8,3
4.1	Из нее: механическая травма	23	19	17	59	-10,5
	% от насильственной	48	42,2	40,5	43,7	-4
4.1.1	В том числе:	7	7	2	16	-71,4
	транспортная травма					
	% от насильственной	14,6	15,6	4,8	11,8	-69,2
4.1.2	огнестрельная травма	3	2	1	6	-50
	% от насильственной	6,3	4,4	2,4	4,4	-45,5
4.1.3	травма тупыми предметами	7	3	9	19	200
	% от насильственной	14,6	6,7	21,4	14	219
4.1.4	травма острыми орудиями	4	4	3	11	-25
	% от насильственной	8,3	8,9	7,1	8,1	-20
4.2	Механическая асфиксия	9	9	11	29	22,2
	% от насильственной	19	20	26	21,5	30
4.3	Воздействие крайних температур	3	0	5	8	увеличение на 5
	% от насильственной	6,3	0	12	6	увеличение на 12
4.4	Отравления	12	17	8	37	-53
	% от насильственной	25	37,8	19	27,4	-49,7
4.4.1	В том числе:	6	8	3	17	-62,5
	этанолом					
	% от насильственной	12,5	17,8	7,1	12,6	-60
4.4.2	наркотическими веществами	0	1	0	1	-100
	% от насильственной	0	2,2	0	0,7	-100
4.4.3	угарным газом	0	4	1	5	-75
	% от насильственной	0	8,9	2,4	3,7	-73
5.	Ненасильственная смерть	149	142	151	442	6,3
	% от общей смертности	74	72,4	76	74	5
5.1	В том числе:	89	83	75	247	-10
	болезни системы кровообращения					
	% от ненасильственной	60	58,5	50	56	-14,5
5.2	инфекционные	4	5	9	19	80
	% от ненасильственной	2,7	3,5	6	4,3	71,4

№	Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Итого за 3 года	Темп прироста %
5.2.1	в т.ч. туберкулез	1	2	3	6	50
	% от ненасильственной	0,7	1,4	2	1,4	43
5.3	болезни органов дыхания	5	3	3	11	0
	% от ненасильственной	3,4	2,1	2	2,5	-4,8
5.4	болезни органов пищеварения	12	6	6	24	0
	% от ненасильственной	8	4,2	4	5,4	-4,8
5.5	новообразования	33	36	34	103	-5,5
	% от ненасильственной	22	25,5	22,5	23,3	-11,8
5.6	болезни нервной системы	1	0	4	5	увеличение на 4
	% от ненасильственной	0,7	0	2,6	1,1	увеличение на 2,6
6.	Причина смерти не установлена	4	7	6	17	-14,3
	% от общей смертности	2	3,8	3	2,8	-21

Объем экспертной нагрузки (пофамильно, каждого эксперта), в абсолютных цифрах и % (живых лиц)

№	Ф.И.О. эксперта СМЭ	2015 год		2016 год		2017 год	
		Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%
1.	Кузьмичев Д.Е.	1140	49,5	846	39,2	457	26
2.	Вильцев И.М.	1044	45,3	855	39,7	747	42
3.	Штрек Л.А.	121	5,2	455	21,1	573	32
	Итого по отделению	2305	100	2156	100	1777	100

Объем экспертной нагрузки (пофамильно, каждого эксперта), в абсолютных цифрах и % (аутопсий)

№	Ф.И.О. эксперта СМЭ	2015 год		2016 год		2017 год	
		Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%
1.	Кузьмичев Д.Е.	61	30,2	45	23	30	15,1
2.	Вильцев И.М.	112	55,4	87	44,4	90	45,2
3.	Штрек Л.А.	29	14,4	64	32,6	79	39,7
	Итого по отделению	202	100	196	100	199	100

Анализ работы филиала «Отделение в городе Мегионе» КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (в абсолютных цифрах и %) за 2015-2017 год (живые лица)

Отделения		Экспертизы			Исследования			Всего		
		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Мегионское отделение		300	357	302	2005	1799	1475	2305	2156	1777
Окончено исследований (в абсолютных цифрах и %)	Абс. число	300	357	302	2005	1799	1475	2305	2156	1777
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Не окончено исследований (в абсолютных цифрах и %)		0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Анализ работы филиала «Отделение в городе Мегионе»
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
(в абсолютных цифрах и %) за 2015-2017 год (аутопсии)**

Отделения	Экспертизы			Исследования			Всего			
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	
Мегионское отделение	8	17	11	194	179	188	202	196	199	
Окончено исследований (в абсолютных цифрах и %)	Абс. число	8	17	11	193	177	188	201	194	199
	%	100	100	100	99,5	99	100	99,5	99	100
Не окончено исследований (в абсолютных цифрах и %)	Абс. число	0	0	0	1	2	0	1	2	0
	%	0	0	0	0,5	1	0	0,5	1	0

Экспертизы и исследования трупов

Количество аутопсий в отделении за 2016 г. – 196, а в 2017 г. - 199, т.е. наблюдается увеличение количества вскрытий трупов на 1,5%.

**Сроки проведения экспертиз и исследований
в филиале «Отделение в городе Мегионе»
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
(в абсолютных цифрах и в %) за 2015-2017 год**

		Сроки									Всего		
		до 14 дней			15 - 30 дней			Свыше месяца			(оконч. + не оконч.)		
		2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
отдел СМЭ живых лиц	Абс. число	2305	2156	1777	0	0	0	0	0	0	2305	2156	1777
	%	100	100	100	0	0	0	0	0	0	100	100	100
отдел СМЭ трупов	Абс. число	136	131	94	65	63	105	0	0	0	202	196	199
	%	67,3	67	47,2	32,2	32	52,8	0	0	0	100/99,5	100/99	100/100

Сроки проведения экспертиз и исследований трупов:

- в срок **до 1 месяца** в 2015 г. – 201 (99,5)%, в 2016 г. – 194 (99%), в 2017 г. – 199 (100%);
- **свыше 1 месяца** в 2015 г. – 0(0%), в 2016 г. – 0(0%), в 2017 г. – 0(0%)

Сроки окончания экспертных исследований сократились, объекты лабораторных исследований доставляются своевременно по установленному графику не реже 2-х раз в неделю и при необходимости. Для сравнения в РФ в срок более 1 месяца проводится около 15 % экспертиз и исследований трупов.

**Анализ по отделу судебно-медицинской экспертизы потерпевших,
обвиняемых и других лиц (при половых преступлениях)
в филиале «Отделение в городе Мегионе»
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»**

Вид деятельности	Экспертизы			Обследования			Всего		
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Определение половых состояний (преступлений), в том числе:	0	6	8	0	1	3	0	7	11
у лиц женского пола, из них:	0	2	7	0	1	3	0	3	10
у несовершеннолетних	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Прочие	0	4	1	0	0	0	0	4	1

Сравнительный анализ по количеству выездов экспертов на место происшествий, участия в следственных экспериментах и количеству участия в заседаниях в филиале «Отделение в городе Мегионе» КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2015-2017 год

Показатели	2015 г.	в %	2016 г.	в %	2017 г.	в %
Число трупов, осмотренных на месте их обнаружения	25	12,4	35	17,9	28	14
Общее число участия в следственных экспериментах (всего, трупы + живые)	0	0	0	0	2	0,1
Общее число участия в судебных заседаниях (всего, трупы + живые)	10	0,4	7	0,3	1	0,05
Общее число консультаций работникам правоохранительных органов (всего, трупы + живые)	1386	55,3	1542	65,6	1245	63

Краткая структура смертности

Причина смерти	Экспертизы			Исследования		
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Насильственная: в т.ч.	5	15	9	43	30	33
Транспортная травма	0	0	0	7	7	2
Огнестрельная травма	1	1	1	1	1	0
Травма тупыми предметами	0	2	1	7	1	8
Травма острыми орудиями	3	4	2	1	0	1
Механическая асфиксия	1	5	3	8	4	8
Воздействие крайних температур	0	0	1	3	0	4
Отравление этанолом	0	0	0	6	8	3
Отравление наркотическими веществами	0	0	0	0	1	0
Отравление психотропными	0	0	0	3	1	0
Ненасильственная смерть: в т.ч.	2	0	0	147	142	151
Болезни системы кровообращения	0	0	0	89	83	75
Инфекционные (в т.ч. туберкулез)	0	0	0	4	5	9
Причина смерти не установлена	1	2	2	3	5	4

В структуре причин насильственной смерти в филиале «Отделение в городе Мегионе» в 2017 г:

- 1-е место разделили механическая асфиксия и травма тупыми предметами – по 8 (19%);
- 2-е место – воздействие крайних температур 4 (9,5%);
- на 3 месте – отравление этанолом 3 (7,1%).

**Структура механической травмы в филиале «Отделение в городе Мегионе»
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
в сравнении за 3 года**

№	Показатели летальности	2015 г.	2016 г.	2017 г.	всего за 3 года
1.	Механическая травма всего	23	19	17	59
2.	Транспортная:				
	автомобильная	7	5	1	13
	рельсовая	0	0	0	0
	прочая трансп. травма	0	2	1	3
3.	Падения	3	2	1	6
4.	Огнестрельная				
	пулевая	1	2	0	3
	дробовая	1	0	1	2
5.	Взрывная	0	0	0	0
6.	Тупыми предметами	7	3	9	19
7.	Острыми орудиями	4	4	3	11
8.	Электротравма	0	0	0	0
9.	Прочая механ. травма	0	1	1	2

В структуре причин смерти, наступившей от отравлений в филиале «Отделение в городе Мегионе» за 2017 г. – всего 8, из них:

- на 1 месте отравление этанолом – 3 случая (7,1%);
- на 2 месте отравление кислотами и щелочами, неустановленными ядами – по 2 случая (4,8%);
- на 3 месте угарным газом – 1 случай (2,4%).

**Структура отравлений в филиале «Отделение в городе Мегионе»
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»
в сравнении за 3 года**

№	Показатели летальности	2015 г.	2016 г.	2017 г.	всего за 3 года
1.	Отравление этанолом (из них детей в возрасте до 14 лет)	6 (0)	8(0)	3(0)	17(0)
2.	Отравление лекарствен. веществами (из них детей в возрасте до 14 лет)	0 (0)	0(0)	0(0)	0(0)
3.	Отравление наркотическими веществами (из них детей в возрасте до 14 лет)	0 (0)	1(0)	0(0)	1(0)
4.	Отравление психотропными (из них детей в возрасте до 14 лет)	3 (0)	1(0)	0(0)	4(0)
5.	Отравление органическими растворителями и техн. жидкостями	0 (0)	2(0)	0(0)	2(0)
6.	Отравление: угарный газ (из них детей в возрасте до 14 лет)	0 (0)	4(0)	1(0)	5(0)
7.	Отравление кислотами и щелочами (из них детей в возрасте до 14 лет)	1 (0)	0(0)	2(0)	3(0)
8.	Отравление неустановленными ядами (из них детей в возрасте до 14 лет)	2 (0)	1(0)	2(0)	5(0)
9.	Отравление прочие яды (из них детей в возрасте до 14 лет)	0 (0)	0(0)	0(0)	0(0)
10.	Отравлений всего	12	17	8	37
11.	Всего насильственная смерть (человек)	48	45	42	135

В структуре причин смерти, наступившей от механической асфиксии в 2017 г.

- на 1 месте удушение петлей (с неопределенными намерениями) 10 случаев (24%).

Структура механической асфиксии в филиале «Отделение в городе Мегионе» КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в сравнении за 3 года

№	Показатели летальности	2015 г.	2016 г.	2017 г.	всего за 3 года
1.	Механическая асфиксия всего	9	9	11	29
2.	Повешение	6	6	0	12
3.	Утопление	1	1	1	3
4.	Удушение петлей	0	0	10	10
5.	Прочие асфиксии	2	2	0	4

Общее число умерших ненасильственной смертью: в 2017 г. – 151 случаев (76%), в 2016 г. – 142 (72,4%), в 2015 г. – 149 (74%), из них зафиксировано:

- от заболеваний системы кровообращения – 75 (50%);
- от новообразований – 34 (23%);
- от заболеваний органов пищеварения – 6 (4%);
- от заболеваний нервной системы – 4 (2,6%);
- от заболеваний органов дыхания – 3 (2%);
- от инфекционных заболеваний – 9 (6%).

В 30 случаях (15%) от общего количества вскрытий в биообъектах из трупа был обнаружен алкоголь.

Взаимодействие с правоохранительными органами (всего по живым + трупам) в филиале:

- Общее число консультаций работникам правоохранительных органов составило в 2017 г. – 1245, в 2016 г. – 1542, в 2015 г. – 1386.
- Участий судебно-медицинских экспертов в следственных экспериментах в 2017 г. – 2, в 2016 г. – не было, в 2015 г. – не было.
- в судебных заседаниях в 2017 г. – 1, в 2016 г. – 7, в 2015 г. – 10.
- Число выездов экспертов на места происшествий составило в 2017 г. – 28, в 2016 г. – 35, в 2015 г. – 25.

В 2017 г. эксгумации трупов и исследований частей трупов не было.

На судебно-гистологическое исследование направлялся материал от 100 % вскрытых трупов в отделении (199 трупов) с учетом законченных актов.

Выводы

Вышеизложенное позволяет говорить о стабильной непрерывной работе филиала «Отделение в городе Мегионе» КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» в указанный период времени. Основные трудности в работе отделения связаны с отсутствием собственного здания и недостатком рабочих площадей. В 2016 г. количество исследований трупов со сроком окончания больше 1 месяца отсутствуют, со сроком 15-30 дней значительно уменьшилось в сравнении с предыдущими годами, так как работа оптимизирована и производится в оперативном режиме, результаты лабораторных исследований доставляются своевременно по установленному графику, не реже 2-х раз в неделю. Регулярно проводятся плановые научно-практические судебно-медицинские клинико-;поликлинико-анатомические конференции с целью обсуждения медицинских и судебно-медицинских вопросов. Врачи отделения участвуют в рабочих совещаниях на базе филиала «Отделение в городе Нижневартовске», которые организуются заведующим Восточным отделом, что положительно влияет на работу судебно-медицинской службы в городе Мегионе. На систематической основе врачами – судебно-медицинскими экспертами филиала проводится работа со средним медицинским персоналом, заслушиваются рефераты, доклады по медицинским вопросам. Постоянное сотрудничество с правоохранительными органами, здравоохранением, муниципалитетом, качественное и добросовестное исполнение своих служебных и должностных обязанностей говорит о высоком профессионализме

сотрудников отделения. С целью улучшения качества производимых экспертных исследований необходимо запланировать обучение врачей – судебно-медицинских экспертов на курсах усовершенствования в 2018 году. Медицинский персонал готовится к интеграции системы непрерывного медицинского образования. Силами врачей – судебно-медицинских экспертов филиала «Отделение в городе Мегионе» и под непосредственным руководством начальника КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», заместителя начальника КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» по экспертной работе, заведующего Восточным отделом, совместно с врачами клиницистами систематически готовятся научные статьи для опубликования в различных профессиональных медицинских изданиях в г.г. Москва, Ханты-Мансийск, Пермь и др. Внедрена практика работы над методическими пособиями в судебной медицине.

В целом, материально-техническое оснащение, кадровый состав филиала, плодотворные межведомственные взаимодействия позволяют выполнять экспертные исследования любой сложности в кратчайшие сроки на высоком профессиональном уровне.

УДК 616.61

ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СОСУДОВ ПОЧЕК В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Розова Л.В.,

врач ультразвуковой диагностики
БУ «Няганская городская поликлиника»

Корректное использование методики дуплексного доплеровского сканирования в режимах цветового и энергетического доплера позволяет объективно оценить интратрениальный сосудистый рисунок, его сохранность в различных отделах паренхимы, очаги ишемии почечной паренхимы.

Ключевые слова: почечный кровоток, сосудистый рисунок, система микроциркуляции, доплеровское исследование

Дуплексное сканирование сосудов почек – это ультразвуковая визуализация сосудов почек и регистрация параметров кровотока: линейной систолической и диастолической скорости, индекса резистентности, времени ускорения, пульсового индекса и других показателей. Способ является высокоинформативным, позволяет оценить показатели кровотока в основном стволе, сегментарных, междолевых и дуго-

- ### Литература
1. Официальные статистические данные КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы».
 2. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Скребов, Р.В., Роль судебно-медицинской экспертизы в повышении качества лечебно-профилактической помощи населению // Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров России в XXI веке: Сборник докладов. – том 3. – Тюмень, 2016. – С. 140-145.
 3. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Скребов, Р.В., Штрек, Л.А. Анализ летальных случаев ДТП на территории Восточного отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2013, 2014, и 2015 года // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – Ханты-Мансийск. – 2016. – № 3/8/. – С. 26-31.
 4. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Скребов, Р.В., Штрек, Л.А. Анализ сердечно-сосудистой смертности на территории Восточного отдела КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2013, 2014, 2015 года. // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – Ханты-Мансийск. – 2016. – № 4/9/. – С. 26-33.
© Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Чирков С.В., Скребов Р.В., 2018

вых почечных артериях, микроциркуляторное русло визуализировать не удастся, но косвенно можно оценить и его. Корректное использование методики дуплексного доплеровского сканирования в режимах цветового и энергетического доплера позволяет объективно оценить интратрениальный сосудистый рисунок, его сохранность в различных отделах паренхимы, очаги ишемии почечной паренхимы. Возмож-

ность проследить сохранность интраваскулярного сосудистого рисунка на протяжении всего сердечного цикла позволяет косвенно оценить величину периферического сопротивления. Исчезновение сосудистого рисунка в диастолическую фазу свидетельствует о резком повышении периферического сопротивления артериального ренального кровотока. Сравнение интенсивности интраваскулярного сосудистого рисунка с сосудистым рисунком фрагментов соседних паренхиматозных органов позволяет судить о сохранности почечного кровотока, о его скоростных характеристиках. Представляется необходимым подчеркнуть важность полипозиционного сканирования, которое позволяет избежать вызванного физическими причинами эффекта ослабления сосудистого рисунка в полюсах почек. Это, в свою очередь, не допускает гипердиагностики ишемических нарушений почек.

Метод ультразвуковой диагностики почечного кровотока хорошо зарекомендовал себя, но в настоящее время недостаточно используется в поликлинической практике. В БУ «Няганская городская поликлиника» на диспансерном учете с гипертонической болезнью на конец 2017 года состояло 5842 пациента, за 5 месяцев 2018 года на исследование почечного кровотока было направлено только 20 пациентов. В соответствии с приказом МЗ №708 от 09.11.2012 г. «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)» исследование сосудов почек проводится при первичной постановке диагноза каждому 8 пациентам из 10, при динамическом наблюдении дуплексное сканирование кровотока в почках не предусмотрено. Однако нарушение кровотока в почках может наступить при уже длительно существующей гипертензии, не поддающейся медикаментозной коррекции, высоких показателях артериального давления, сопутствующих заболеваниях: сахарный диабет, ожирение, атеросклероз. При всех этих заболеваниях, если нет стеноза почечных артерий, происходит нарушение микроциркуляции в периферических отделах почки, что в свою очередь приводит к нарушению функции нефрона.

Совокупность всех элементов микроциркуляторного русла (артериолы, прекапилляры, или метаартериолы, прекапиллярные сфинктеры, капилляры, посткапиллярные венулы, венулы и артериовенозные анастомозы) называется

микроциркуляторной единицей, или «модулем». Артериолы диаметром 70 мкм содержат кольцевой слой гладких мышц, сокращение которых создает значительное сопротивление кровотоку, поэтому их называют резистивными сосудами. Их функция – регуляция уровня АД в артериях. При уменьшении просвета артериолы АД в артериях увеличивается, при увеличении падает. И. М. Сеченов назвал артериолы «кранами сосудистой системы».

Прекапилляры, или метаартериолы, имеют диаметр от 7 до 16 мкм. В них отсутствуют эластические элементы, но их мышечные клетки обладают автоматией, т. е. способностью спонтанно генерировать импульсы. Их особенность – большая чувствительность к химическим веществам, в том числе к сосудосуживающим и сосудорасширяющим. Каждый прекапилляр заканчивается прекапиллярным сфинктером. Это последнее звено, в котором встречаются гладкомышечные клетки. От состояния сфинктера зависит число открытых и закрытых капилляров и появление так называемых «плазменных» капилляров, по которым протекает только плазма без форменных элементов. Прекапиллярные сфинктеры также находятся преимущественно под контролем гуморальных факторов и химических веществ, растворенных в крови. Так антагонисты кальция, а также бета-адреноблокаторы расширяют прекапиллярные сфинктеры, улучшают капиллярную фильтрацию и снижают артериальное давление.

Капилляры – самое важное звено в системе микроциркуляции, это обменные сосуды, обеспечивающие переход газов, воды, питательных веществ из сосудистого русла в ткани и из тканей в сосуды. Всего у человека 40 млрд капилляров. Количество функционирующих капилляров зависит от состояния органа. Так, в покое открыто только 25 – 35% всех капилляров. Кровь поступает в капилляр под давлением 30 мм рт.ст., а выходит под давлением 10 мм рт.ст. и течет по капилляру с очень маленькой скоростью, всего 0,5 мм/с, что создает благоприятные условия для протекания обменных процессов между кровью и тканями.

Посткапиллярные венулы – это первое звено емкостной части микроциркуляторного русла. Посткапиллярные венулы наряду с капиллярами относят к обменным сосудам, через стенку которых способны проходить высокомолекулярные вещества.

Артериовенозные анастомозы или шунты – это сосуды, соединяющие артериолу с венулой, минуя или в обход капиллярной сети. Они находятся в коже, легких, почках, печени, имеют гладкомышечные элементы и, в отличие от других сосудов, большое количество рецепторов и нервных окончаний, обеспечивающих регуляцию кровотока. Основные функции анастомозов заключаются в:

1. перераспределении крови к работающему органу;
2. оксигенации венозной крови;
3. поддержании постоянной температуры в данном органе или участке тела – терморегуляторная функция;
4. увеличении притока крови к сердцу.

В системе микроциркуляции различают два вида кровотока: 1. Медленный, транскапиллярный, преобладает в состоянии покоя, обеспечивает обменные процессы. 2. Быстрый, юстаккапиллярный, через артериовенозные анастомозы, преобладает в состоянии функциональной активности, например, в мышцах при физической нагрузке. Так, 1 мл крови проходит через капилляры за 6 ч, а через артериовенозные анастомозы – всего за 2 с.

В основе нарушений микроциркуляции лежат процессы повреждения сосудистой стенки, вследствие чего повышается ее проницаемость. Развивается застой крови и выход ее жидкой части в окологклеточное пространство, что приводит к сдавлению увеличенным объемом межклеточной жидкости мелких капилляров, и обмен между клетками и капиллярами нарушается. Кроме этого, в случае, когда повреждается

целостная капиллярная стенка изнутри, например, при атеросклерозе, а также при воспалительных или аутоиммунных заболеваниях сосудов, к ней «прилипают» тромбоциты, пытаясь закрыть образовавшийся дефект.

Нарушения микроциркуляции в сосудах почек могут возникнуть вследствие острых или хронических процессов. При хронических процессах в почках (артериальная гипертензия, поражение сосудов при сахарном диабете, пиелонефрит и гломерулонефрит, нефротический синдром, васкулиты) нарушения капиллярного кровотока развиваются исподволь, на протяжении всего периода болезни и проявляются клинически, как правило, незначительными признаками – редким мочеиспусканием, никтурией (мочеиспусканием в ночное время), отеками на лице.

При нефропатии патологические изменения затрагивают практически все мелкие сосуды почек. Наряду с этим, поражаются и крупные артерии, что приводит к нарушениям функционирования этого органа. Местный обмен веществ происходит недостаточно интенсивно, ткани и клетки недополучают необходимые им кислород и питательные вещества. Помимо сосудистых изменений, при нефропатии страдают процесс фильтрации и структуры, отвечающие за его осуществление (канальцы и клубочки).

Нормальный спектр кровотока в артериях почек представляет собой плавную параболическую кривую выше изолинии в систолу и относительно прямую линию выше изолинии в диастолу (рис. 1).

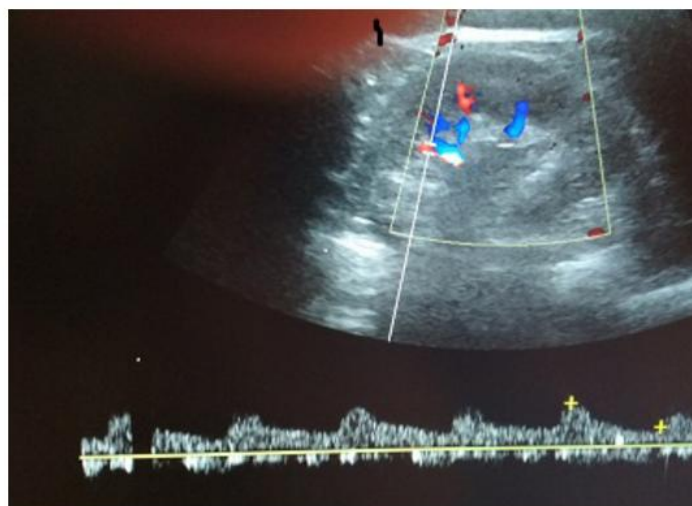


Рис. 1. Нормальная кривая почечного кровотока

При ультразвуковом исследовании на ранних стадиях нефротического синдрома, при гипертонической болезни, сахарном диабете может не быть изменений в почках, структура их сохранена, или есть умеренно выраженные диффузные изменения паренхимы. Поэтому важно проводить оценку кровотока в почках при всех этих состояниях.

При стойком спазме артерий почек при гипертонической болезни, изменениях в стенке сосудов при сахарном диабете, атеросклерозе, васкулитах линейная систолическая скорость может быть в пределах нормы или повышена, индекс резистентности в сегментарных и междолевых артериях, как правило, повышен или ближе к верхней границе нормы, в дуговых артериях снижается. Механизм возникновения такого кровотока заключается в том, что из-за повышения сопротивления в сосудах формируются патологические артериоло-венозные шунты и происходит сброс крови в вены, минуя капиллярную сеть, дистальное сопротивление в сосудах снижается, индекс резистентности в дуговых артериях падает. Нефрон при этом не получает достаточного кровоснабжения, и в нем могут произойти необратимые изменения. Важно на этом этапе скорректировать лечение и улучшить периферический кровоток в почках. Как уже говорилось выше, антагонисты кальция, а также бета-адреноблокаторы расширяют прекапиллярные сфинктеры, улучшают капиллярную фильтрацию и снижают артериальное давление.

При нефротическом синдроме, диабетической ангиопатии, атеросклерозе изменяется спектр кровотока в сегментарных и междолевых артериях, из-за склеротических изменений в стенке сосуда и высокого периферического сопротивления, систолическая кривая становится более прямой и быстро достигает максимума, также резко снижается, в диастолу ЛСК приближается к изолинии (рис.2).

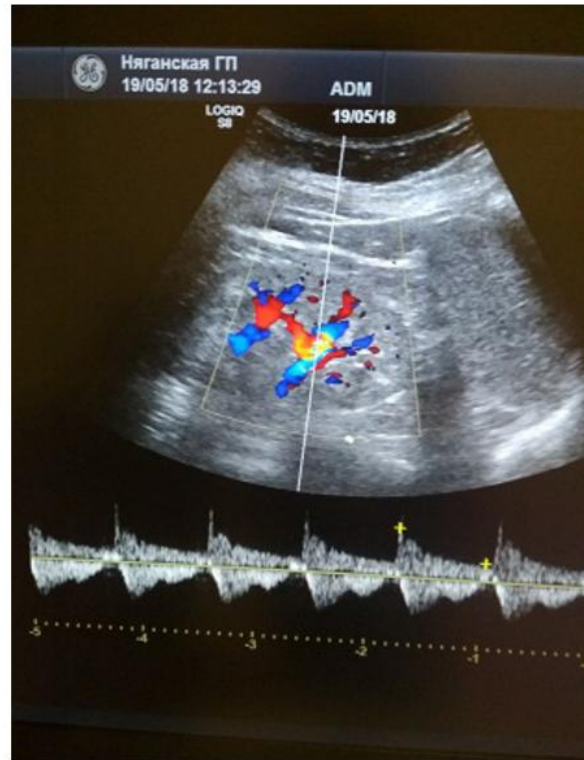


Рис. 2. Кровоток в почке при нефротическом синдроме

Нормы основных параметров

В норме состояние кровеносных сосудов имеет следующие показатели, приведенные в таблице:

Артериальные ветви	Диаметр, мм	Пиковая (систолическая) / конечная (диастолическая) скорость кровотока, см/сек
Основной ствол	3,3—5,6	47—99 / 36—38
Сегментарные	1,9—2,3	37—53 / 18—26
Междолевые	1,4—1,6	29—35 / 9—17
Дуговые	0,9—1,2	20—26 / 8—12

Выводы

1. Ультразвуковая структура не всегда отражает состояние почек, для более достоверной оценки необходимо назначать доплеровское исследование сосудов почек.
2. Повышение в крови холестерина, глюкозы, креатинина – показание для исследования кровотока в почках.
3. Артериальная гипертензия, не поддающаяся лечению, может быть признаком стеноза

- почечных артерий, проведение доплеровского исследования необходимо.
4. В качестве профилактических мер пациентам, которые входят в группу риска, следует держать под контролем кровяное давление, следить за параметрами веса. Лицам с избыточным весом непременно необходимо худеть, изменить питание, чтобы контролировать уровень холестерина. Принципиально отказаться от вредных привычек: курения, потребления спиртного. Полезно вести активный образ жизни, заниматься спортом, хотя бы делать зарядку по утрам.
 5. Во время беременности – период, когда закладываются органы будущего малыша, следует вести здоровый образ жизни и ограждать себя от причин, которые могут

неблагоприятно сказаться на развитии плода, 1-ые симптомы – сигнал для посещения доктора.

Литература

1. Агаджанян, Н.А. Основы физиологии человека: учебник / Торшин В.И. Власова В.М.; Агаджанян Н.А., 2-е издание, исправленное. – М.: РУДН, 2001. – 408 с.
2. Квятковский, Е.А. Квятковская, Т.А. Ультрасонография и доплерография в диагностике заболеваний почек. – Днепропетровск, 2005.
3. Лекционный материал цикла «Допплерография сосудов почек» на базе ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского».
4. <http://diabetiko.ru/oslozhneniya/mikroangiopatiya-saharnom-diabete>.

© Розова А.В., 2018

УДК 616.714.1+616.831

ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДИАЗЕПАМА В ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ С ЦЕЛЬЮ РАЗРУШЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДОМИНАНТЫ БУ «СУРГУТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Федив А.В.,

врач анестезиолог-реаниматолог второй квалификационной категории
детского реанимационно-анестезиологического отделения
БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница»

Дюдиков С.И.,

врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории
детского реанимационно-анестезиологического отделения
БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница»

Селиванова С.Б.,

заведующий детским реанимационно-анестезиологическим отделением,
врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории
БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница»

Семенькова Г.В.,

заместитель главного врача по анестезиологии и реанимации,
врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории
БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница»

Статья демонстрирует применение бензодиазепинов в вегетативном состоянии после перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы с формированием мелких контузионных очагов, диффузно-аксонального повреждения, субарахноидального кровоизлияния на примере ребенка, находящегося на период госпитализации в БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница» отделении детской реанимации.

Ключевые слова: бензодиазепиновая проба, вегетативное состояние, патологическая система (доминанта), бензодиазепиновые препараты (диазепам)

Цель работы – оценить влияние препарата бензодиазепинового ряда при вегетативном состоянии с целью разрушения устойчивой пато-

логической системы (доминанты), определяющей ограничение функций головного мозга у пациентки.

26.12.2015 г. в СКТБ доставлена пострадавшая в автомобильной катастрофе А. 15 лет в крайне тяжелом состоянии. Диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени с формированием мелких контузионных очагов. Травматическое САК. ЗТГК. Ушиб легких, малый левосторонний пневмоторакс. Раны лица, ушибы, ссадины головы, правой руки, правой ноги.

Уровень сознания при поступлении – кома 1 (по шкале Глазго 7 баллов). Глаза не открывала, локализовала болевой раздражитель, речевой контакт отсутствовал. Ввиду угнетения сознания, неадекватного спонтанного дыхания, высокого риска аспирации переведена на ИВЛ. Выполнено оперативное лечение: ушивание открытой раны на лице. Дилатационная трахеостомия.

В послеоперационном периоде проводилась медикаментозная седация: (пропофол в дозе 2-4 мг/кг/час, промедол 0,08-0,1 мг/кг/час, диазепам 10 мг каждые 6 часов) в течение 6 дней. Индуцированная гипертензия норадреналином 0,2-0,3 мкг/кг/мин. При отключе-

нии принудительного медикаментозного сна уровень сознания кома 2-1. В последующем, в течение месяца, степень церебральной недостаточности без существенной динамики, по результатам совместного осмотра с неврологом уровень сознания расценен, как малое без выполнения команд с фиксацией взгляда и сохранением цикла сна – бодрствования.

На 21-е сутки с момента поступления в стационар, прогностически значимым было проведение электроэнцефалографии с компьютерной обработкой аппаратом «ТРЕДЕКС» - Эксперт ТМ. Исследование показало, что в фоне и при функциональных пробах выявляются признаки патологической тета-активности и в виде одиночных медленных волн тета-диапазона с тенденцией к вторичной генерализации. Истинной эпилептиформной активности не выявлено (Рис.1). Данные ЭЭГ указывают на формирование устойчивой патологической системы, ограничивающей функциональную активность головного мозга, что свидетельствует о наличии у пациентки вегетативного состояния.

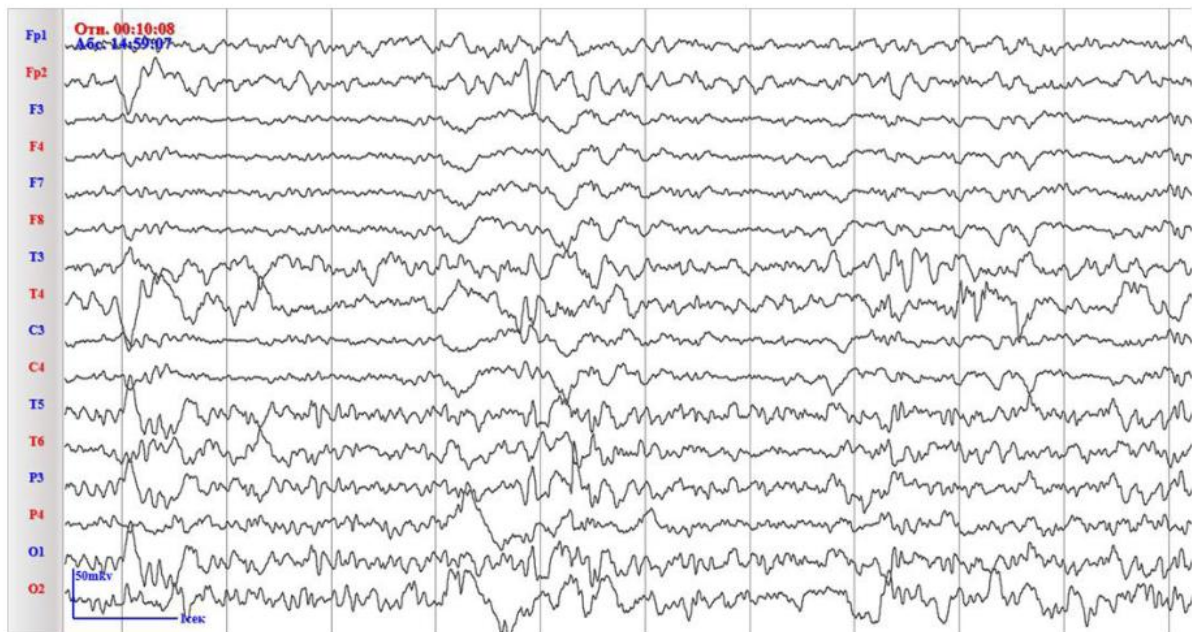


Рис.1.

Учитывая отсутствие положительной динамики в неврологическом статусе, данные компьютерной томографии головного мозга: КТ-картина ушиба головного мозга 4 вида 4-5 типа, диффузно-аксональное повреждение. С

целью разрушения устойчивой патологической системы (доминанты), ограничивающей функции головного мозга, выполнены пробы с препаратами бензодиазепинового ряда (диазепам). Препарат назначен дробно: из расчета 0,08 мг/

кг, затем через 3-4 минуты регистрировалась ЭЭГ в течение 5 минут, при отсутствии перестроек повторно введен р-р диазепама в прежней дозировке и вновь регистрировалась ЭЭГ, так до суммарной дозы 20 мг. Проба оказалась положительной, так как после введения выше-

указанной дозы диазепама зарегистрированы кратковременные изменения, в виде выравнивания распределения замещающего бета-ритма и появления слабомультиформных групп альфа-диапазона. Эпилептиформной активности не выявлено (Рис.2).

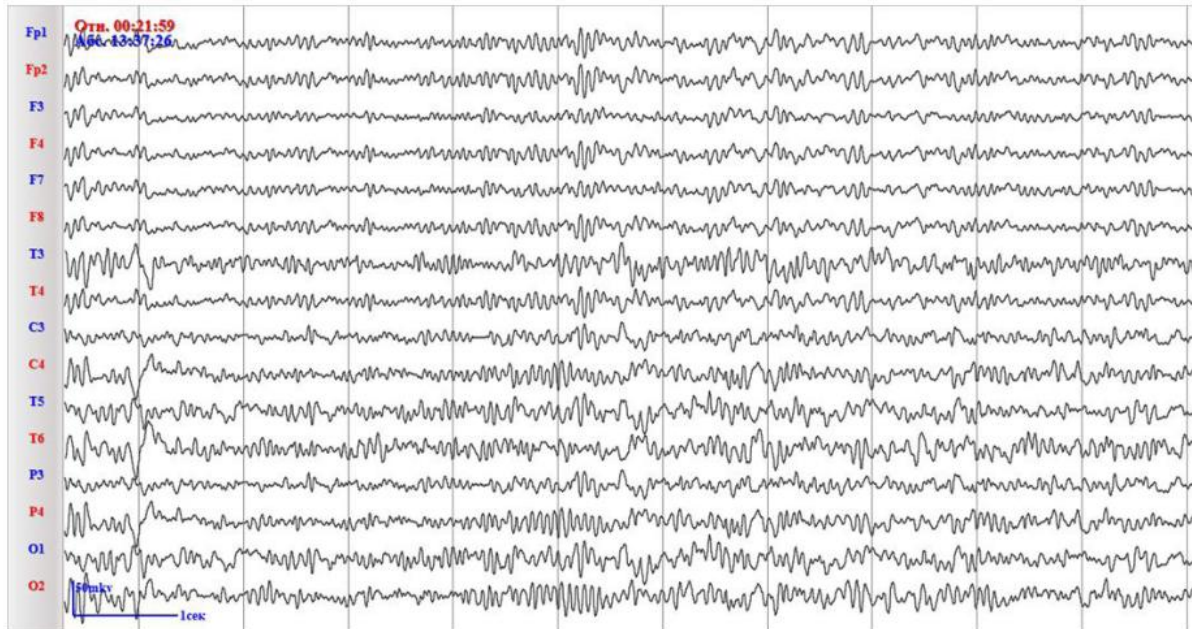


Рис.2.

После получения положительного результата в виде перестройки паттерна ЭЭГ, назначено лечение: диазепам в терапевтической дозе 20 мг каждые 6 часов в течение последующих 7 дней.

Одновременно проведена интенсивная терапия:

1. Нейропротекторная терапия: семакс в виде капель в нос, ПК-мерц (100 мг 1 раз в день энтерально), актовегин 10 мл в/в 1 раз/день.

2. Тактильные и вербальные стимуляции:

2.1. Аудиотерапия с помощью плеера и наушников, просмотр фильмов с помощью электронного планшета. Главным моментом было использование любимых больным как аудио- так и видео произведений.

2.2. Массаж и лечебная физкультура 2 раза в день.

2.3. Общение с родственниками.

3. Динамическое наблюдение и стандартный мониторинг: пульсоксиметрия, ЭКГ, неинвазивное артериальное давление, центральное венозное давление, термометрия, контроль диуреза.

Уровень сознания оценивался врачом анестезиологом-реаниматологом по шкале ком Глазго 4 раза в сутки.

Лабораторный контроль (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – общий белок, альбумин, АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин, мочевины, глюкоза, электролиты, расчетная и прямая осмолярность, коагулограмма – ПТИ, фибриноген, АЧТВ, глюкоза периферической крови, оценка газового состава артериальной крови и КЩС).

После проведенного лечения раствором диазепама в условиях детского реанимационного отделения у пациентки на 3-сутки отмечалось восстановление осознания себя и окружающего, речевого контакта с родственниками и медицинским персоналом, выполнение команд, фиксации взгляда и слежения за предметами. На 7-е сутки пациентка адекватно поддерживала спонтанное дыхание, на 9-е – деканюлирована и постепенно переведена на энтеральное питание через рот. В последующем направлена в профильное отделение, где продолжена нейромедиаторная терапия и реабилитационное

лечение. На 30-е сутки выписана в удовлетворительном состоянии домой с дальнейшим наблюдением невролога по месту жительства и регулярными курсами восстановительного лечения.

Таким образом, назначение препаратов бензодиазепинового ряда после повреждения головного мозга имело решающее значение в разрушении патологической доминанты для выведения из вегетативного состояния с формированием устойчивого ясного сознания.

Литература

1. Кондратьева, Е.А. Вегетативное состояние: диагностика, интенсивная терапия, прогнозирование исхода // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – 2004. – №1. – С.23-24.
2. Кондратьева, Е.А., Яковенко, И.В. Вегетативное состояние (этиология, патогенез, диагностика и лечение). СПб ФГБУ «РНХИ им. проф. А.А. Поленова» Минздрава России. – 2014. – С. 363.

3. Батышева, Т.Т. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков: клинические проявления, диагностика и лечение. Часть 2 // Методические рекомендации – № 25. – 2015. – С. 32.
4. Ахутина, Т.В., Варако, Н.А., Григорьева, В.Н., Зинченко, Ю.П., Ковязина, М.С., Микадзе, Ю.В., Скворцов, А.А., Фуфаева, Е.В. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушением сознания после повреждения головного мозга // Клинические рекомендации. – 2015. – С.34.
5. Быкова, В.И., Семенова, Ж.Б., Фуфаева, Е.В., Львова, Е.А., Валиуллина, С.А. Психологическая реабилитация детей после тяжелой черепно-мозговой травмы // «Нейрохирургия и неврология детского возраста» – 2012. – № 2–3 (32–33). – С. 161-167.
6. Зайцев, О. С., Царенко, С. В. Нейрореаниматология. Выход из комы (терапия посткоматозных состояний). – М.: Литасс, 2012. – С. 120.

© Федив А.В., Дюдиков С.И.,
Селиванова С.Б., Семенькова Г.В., 2018

УДК 616.155.1

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С РЕДКИМ НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Зинина Е.Е.,

врач высшей категории, руководитель клинко-диагностического центра гематологии
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Нечаевских В.И.,

врач-гематолог клинко-диагностического центра гематологии
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Семейный наследственный эритроцитоз (СНЭ) относится к редкой группе наследственных заболеваний. Он регистрируется с различной частотой в различных странах (Финляндия, США, Россия). Это редкое аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся эритроцитозом, нормальным количеством лейкоцитов и тромбоцитов и обычно увеличенной продукцией эритропоэтина.

Ключевые слова: семейный наследственный эритроцитоз (СНЭ), аутосомно-рецессивное заболевание, молекулярно-генетическое исследование, гемоглобин

Клинический случай

В клинко-диагностический центр гематологии БУ «Сургутская окружная клиническая больница» обратилась мать мальчика 6-ти лет, у которого отмечались изменения в анализах крови в виде высокого содержания гемоглобина. Ребенок от четвертой беременности на фоне анемии, гестоза, самостоятельных срочных родов, масса при рождении 3370 грамм.

Раннее развитие проходило по возрасту. Наследственный анамнез не отягощен, по национальности оба родителя – чуваша. Из анамнеза известно, что увеличение уровня гемоглобина отмечается, начиная с одного года до 150 г/л, в динамике с нарастанием до 170-220 г/л, эритроцитоза до $5-6 \cdot 10^{12}/л$, гематокрита до 47-50%. Ранее по этому поводу ребёнок не обследовался. При прохождении медкомиссии в детском

саду в 6 лет выявлено увеличение гемоглобина до 222 г/л.

Ребенок был госпитализирован в стационар для дообследования. При активном опросе и анализе клиники заболевания мы выявили наличие симптомов, обусловленных повышенной вязкостью крови: упорные головные боли, утомляемость, снижение концентрации внимания, одышка, боли в животе, носовые кровотечения. Явления тромбозов в анамнезе отсутствовали. При объективном осмотре отмечался избыточный вес в виде ожирения 2 степени, гиперстеническое телосложение, высокое физическое развитие, наличие клинических признаков плеторы: резко выраженного малинового цианоза кожи по периферическому типу, инъекция склер за счет кровенаполнения. Органомегалии, лимфоаденопатии, геморрагического синдрома не отмечалось. При лабораторно-инструментальных методах обследования выявили: в ОАК – лейкоциты – $6,6 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты – $231 \cdot 10^9/\text{л}$, гемоглобин 208 г/л, эритроциты – $6,51 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гематокрит 59%, Э-0, П-5, С-56, Л-35, М-4. Эритропоэтин – 10,6 МЕ/мл (норма); Кровь на определение мутации V617F в гене JAK 2 методом ПЦР – не обнаружена. КЩР – хроническая гипокапния с pCO_2 – 31,4%, биохимический анализ крови, показатели коагулограммы – в норме. ЭКГ, УЗИ сердца, почек, щитовидной железы – без патологии. УЗИ органов брюшной полости – незначительная гепатоспленомегалия (печень $126 \cdot 76$ мм, селезенка $100 \cdot 35$ мм).

Таким образом, учитывая этническую принадлежность, анамнез и клинико-лабораторные показатели, был предположен семейный эритроцитоз. С целью поиска специфической мутации кровь пациента направили на молекулярно-генетическое исследование.

Учитывая синдром гипервязкости, высокий риск тромбозов, ребенку проводились сеансы эритроцитозфереза, терапия дезагрегантами, ксантинола никотинатом, циннаризином. После проведения курса лечения показатели улучшились, снизился уровень гемоглобина, гематокрита, уменьшилась плетора.

Позже были получены результаты молекулярно-генетического обследования: определение мутации в гене VHL – выявлена замена CGG на TGG в с.598, приводящая к замене

аргинина на триптофан, Arg 200 Trp (R200W) в гомозиготном состоянии. Определение мутации в гене HIF1A – мутации не обнаружены. В итоге диагноз: «семейный эритроцитоз, тяжелая форма».

Семейный наследственный эритроцитоз (СНЭ) относится к редкой группе наследственных заболеваний. Он регистрируется с различной частотой в различных странах (Финляндия, США, Россия). Это редкое аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся эритроцитозом, нормальным количеством лейкоцитов и тромбоцитов и обычно увеличенной продукцией эритропоэтина. Эритроцитоз в чувашских семьях является эндемической формой семейно-наследственных эритроцитозов. Мутация, приводящая к развитию эритроцитоза у чувашей, выявлена в гене VHL, который является геном-супрессором опухолевого роста. Клиника случаев эритроцитоза у чувашей не совпадает ни с одной из известных нозологических форм, для которых были известны мутации в генах, приводящие к заболеванию. Выявлена данная патология у чувашей, марийцев, мордвин. У лиц других национальностей такой формы не выявлено.

Описана данная форма и среди детей в США, генетические корни которых имеют отношение к чувашской национальности (приезжие из Чувашии). В настоящее время патогенетически обоснованных методов лечения СНЭ не существует. Больным проводится симптоматическая терапия, направленная на удаление избыточной массы эритроцитов, снижение гематокрита и вязкости крови.

При динамическом наблюдении на протяжении 4-х лет на фоне проводимых профилактических курсов препаратами, улучшающими микроциркуляцию, у пациента отмечена стабилизация состояния: более стабильно невысокий уровень гемоглобина и гематокрита, уменьшилась потребность в проведении сеансов эритроцитозфереза до 1 раза в год, уменьшились головные боли, нет трудностей в учебе.

Вывод

Ранняя диагностика и терапия тяжелых форм семейного эритроцитоза предполагает профилактику развития жизнеугрожающих со-

стояний: тромбозов и геморрагических осложнений, приводящих к тяжелой инвалидизации или летальному исходу.

Литература

1. Блинец, Е.А., Вассерман, Н.Н., Поляков, А.В. Молекулярные методы диагностики распространенных наследственных «чувашских» болезней // Медицинская генетика – 2006. – Т. 5. – Прилож. 1. – С. 10-13.
2. Краснов, М.В., Павлова, Г.П., Сметанина, Н.С., Краснов, В.М. Эпидемиология, этно-территориальные, генетические особенности семейного наследственного эритроцитоза у детей чувашской республики // Вестник чувашского университета. – 2011.
3. Вассерман, Н.Н. Исследование молекулярно-генетических причин аутосомно-рецессивного эритроцитоза в Чувашии: автореферат диссертации // ВАК РФ 03.00.15, Генетика. На правах рукописи.
4. Вассерман, Н.Н., Поляков, А.В., Тверская, С.М., Поляков, А.В. Совместное наследование хромосом 3 и 11 у больных аутосомно-рецессивным эритроцитозом из Чувашии // Генетика. – 2005. – Т. 41. – № 9. – С. 1259-1264.
5. Кириллов, А. Г. Наследственные болезни в чувашской республике: автореферат. 2008. На правах рукописи.
6. Дмитриева, М.Г., Карпова, И.В., Пивник, А.В. Наследственные эритроцитозы // Проблемы гемат. – 1996. – № 3. – С. 42-46.
7. Краснов, М.В., Павлова, Г.П., Краснов, В.М. Современные принципы терапии СНЭ у детей и подростков: материалы науч.-практ конф. – Чебоксары, 2007. – С. 241-242.

© Зинина Е.Е., Нечаевских В.И., 2018

АНАЛИЗ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С УПРАВЛЕНИЕМ ОПЕКИ И ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА НА ФОНЕ ПРОЦЕССА ТРАНСФОРМАЦИИ ИНСТИТУТА СЕМЬИ И БРАКА В УСЛОВИЯХ АНОМИИ

Долицкий О.Д.,

медицинский психолог

БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница»

В данной статье институт семьи рассматривается в качестве одной из категорий общностей, в рамках которой возможно возникновение феномена аномии. С точки зрения авторов в связи с изменением средств производства в эпоху цифровой революции происходит изменение формы организации семьи, в частности, переход от индивидуального патриархального брака к неогалитарному. В этих условиях более ранние с точки зрения культурно-исторического развития формы организации семьи становятся девиантными. В связи с этим в обществе повышается количество людей, склонных к алкоголизации, наркомании и суицидам. В этих условиях очевидно повышение динамики обращений в управление опеки и попечительства, особенно в период экономического кризиса.

Ключевые слова: аномия, нормативный брачный союз, неогалитарный брак, кризис института семьи

Проблема аномии с позиции современных методологических подходов связана, в первую очередь, с выделением определенных предметных областей ее исследования. В современной историографии принято выделять два направления разработки вопроса о смысле понятия аномии. Первое – в рамках представлений об аномии, фиксируемых термином *apomía* – уходит корнями в античную философию и характеризует состояние индивидуальной депривации индивида от общества. В частности, к этому направлению принадлежит Л. Сроул, распространяющий понятие аномии на сферу человеческой жизни в качестве отображающего психологическое состояние индивидуальной депривации [2]. Второе – в рамках представлений об аномии, в которых для ее обозначения используется термин *apomíe* – раскрывает состояние общества, охваченного беспорядком, проистекающим из пренебрежения его членов к закону, юридическим нормам.

В начале 20-го века Э. Дюркгейм использовал понятие аномии (*apomíe*) для описания состояния общественного беспорядка (безнормности) применительно к большим и малым общностям.

В современном обществе на данный момент бытует мнение о том, что институт семьи и брака деградирует или разрушается. Несмотря на известную поверхностность данного суждения, оно имеет под собой определенно верные факты.

Начать следует с того, что понятие «семья» в российском правовом поле юридически не закреплено. Общность «семья» не является в полной мере субъектом социальных отношений, так как сама состоит из нескольких субъектов, осуществляющих отношения внутри нее. Но и семья в целом также не может быть объектом в социальном отношении, поскольку нет четкого ее определения. Такие действия возможны лишь в отношении отдельных членов семьи, обладающих правоспособностью и дееспособностью. Семья в качестве социального института и базовой ячейки общества, характеризуется следующими признаками:

- союзом мужчины и женщины [2], [1];
- добровольностью вступления в брак [2], [1];
- члены семьи связаны общностью быта [2], [1];
- вступлением в брачные отношения [2], [1];
- стремлением к рождению [2], [1].

На примерах далее мы покажем, что в России ни один из этих основополагающих принципов не соблюдается в семье современного типа. Когда мы говорим о видоизменениях формы семьи, мы ни в коем случае не определяем происходящее как отмирание нежизнеспособного института или хаотичное разложение основ взаимодействиями между индивидами. Не только в России, но и во всем мире в данный исторический момент происходит изменение представлений о браке. На сегодня мы можем видеть, что в обществе выделяется несколько

социальных групп, которые по-разному трактуют идею брака и имеют разные представления о браке как форме организации быта совместно с брачным партнером способом, адекватным условиям нынешних социально-экономических отношений.

Представления о нормативном брачном союзе у большинства людей продолжают соответствовать нормам индивидуально-патриархального брака [3], который характеризуется эксплуатацией мужчинами женщин в роли прислуги и домохозяйки. Задача мужчины трактуется как обеспечение безопасности и добыча материальных средств для жизнедеятельности семьи. Гендерные функции в соответствии с этим образом семьи четко разделены, закреплено понятие мужского и женского труда. Существуют табу не только на сексуальные внесупружеские связи, но порой даже и дружбу между представителями разных полов вне семьи.

Вместе с тем, сохраняющая нормативное значение модель индивидуально-патриархального брака на деле подрывается современной социально-экономической ситуацией.

Красноречивым, на наш взгляд, выражением нынешнего кризиса индивидуально-патриархальной модели семьи является статистика количества разводов и браков в период с 2000 г. по 2015 г. (таблица 1) [3].

Таблица 1

Количество разводов и браков в период с 2000 по 2015 г.г.

Год	Количество браков	Количество разводов	Соотношение
2000	897327	627703	70 %
2001	1001589	763493	76 %
2002	1019762	853647	84 %
2003	1091778	798824	73 %
2004	979667	635835	65 %
2005	1066366	604942	57 %
2006	1113562	640837	58 %
2007	1262500	685910	54 %
2008	1179007	703412	60 %
2009	1199446	699430	58 %
2010	1215066	639321	53 %
2011	1316011	669376	52 %
2012	1213598	644101	53 %
2013	1225501	667971	55 %
2014	1225985	693730	56 %
2015	1161068	611646	52 %

По нашему мнению, причиной столь значительного числа разводов является переходное состояние общества, проистекающее из роста дифференциации размеров доходов. Дело в том, что поскольку эта дифференциация зачастую происходит независимо от гендерной принадлежности членов супружеских пар, постольку она становится почвой, в частности, и для того, чтобы каждый член супружеской пары мог свободно выбирать образ жизни либо замкнутый на данную семью, либо включенный в образ жизни иных малых социальных групп. При этом последний выбор – выбор, который можно назвать неозгалитарным браком – не является выбором группового брака (подобного соответствующей первобытно-племенной форме брака) и вовсе не подразумевает групповой секс между участниками (триолизм).

Переход к новой форме семьи процесс не молниеносный. Он требует времени, необходимого для смены образа жизни людей с тем, чтобы они не только начали жить в новой форме семьи, как это имеет место порой уже ныне, но и чтобы возможность существования новой формы семьи была закреплена нормами закона. Пока этого не произойдет, мы будем свидетелями распространения феномена аномии в обществе, как в свое время квалифицировал подобный процесс Э. Дюркгейм, или – аномии в поведении людей, как предпочитал его характеризовать Р. Мертон. Люди, придерживающиеся представлений о нормативности патриархальных форм организации брака, но живущие при этом в условиях начала четвертой промышленной революции, способной обеспечить условия для существования неозгалитарного брака, вынуждены постоянно сталкиваться со сложностями регуляции собственного поведения. В ситуации наступающей новой эпохи открывающиеся этим людям новые возможности будут расцениваться ими как измена принципам и, конкретнее – как измена супружеским обязательствам, как фактор, разрушающий устои семьи и общества. Данные обстоятельства и такая жизненная позиция являются условием формирования у индивидов соответствующего когнитивного диссонанса (см.: [5]), что в свою очередь, может приводить к депрессиям, неврозам, алкоголизму, наркомании и суицидам. Сошлемся в этой связи на результаты социологического опроса: «Всерос-

Непрерывное медицинское образование (НМО) – система образования, обеспечивающая непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение профессиональных компетенций.

Внедрение системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования и использование современных образовательных технологий станет основой для поэтапного введения с 2021 года аккредитации медицинских специалистов на основе НМО как системы допуска к осуществлению медицинской деятельности.

Основные составляющие системы непрерывного профессионального образования

Индивидуализация образования



Непрерывное самообразование

Модульная структура образовательных материалов



Формирование профессиональных компетенций



Дистанционные технологии



Профессиональные ассоциации



Этапность внедрения аккредитации

Аккредитация остальных лиц, упомянутых в Приказе Минздрава № 1043 от 22 декабря 2017 г.,

в частности и выпускников, получивших фармацевтическое и медицинское образование в других странах



Четвертый этап

2020

2021



Иные лица, не прошедшие процедуру аккредитации

Предусмотрен для выпускников вузов уровней ординатуры, бакалавриата и магистратуры. В него же попадут и все медработники, которые в 2019 году закончат обучение по программам профессиональной переподготовки

С 2018 года аккредитацию будут проходить выпускники средних учебных заведений – медицинских училищ и техникумов

2018

Третий этап



Второй этап

2017

Все выпускники вузов, которые получили высшее медицинское образование уровня «специалитет»

Начался для специальностей «фармация» и «стоматология», выпускники вузов начали проходить систему аккредитации

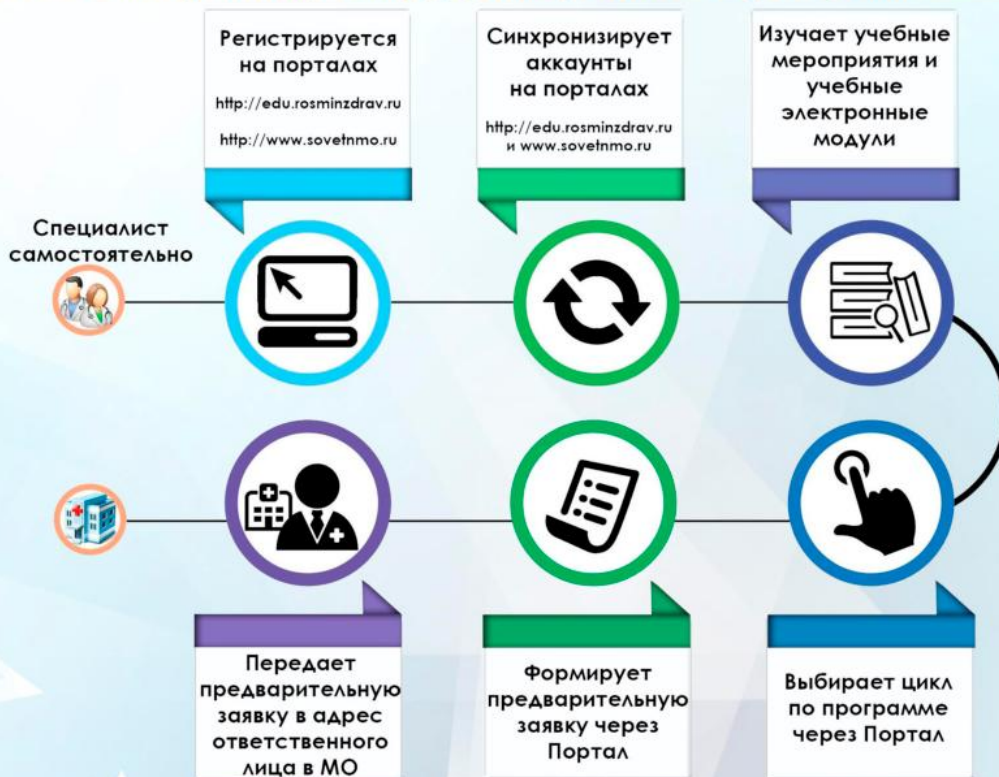
2016

Первый этап



БУ «Медицинский информационно-аналитический центр» обеспечивает условия для организации работы по дополнительному профессиональному образованию медицинских работников по программам повышения квалификации за счёт средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Медицинским работникам Ханты-Мансийского автономного округа – Югры необходимо пройти процедуру регистрации на двух порталах



Порядок использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации



сийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в 2007 г. провел опрос населения в 130 населенных пунктах России, который показал следующие результаты. Почти каждый четвертый опрошенный (24%) считает, что на развод людей толкает измена. Каждый пятый к основной причине разводов относит бедность (21%). 19% считают, что люди разводятся из-за неумения идти на компромиссы и уступать друг другу. На четвертом месте в списке причин разводов – алкоголизм и наркомания (16%)» [4].

Данные показатели, по нашему мнению, указывают на отсутствие сформированности навыка интимно-личностного общения, который должен формироваться в период от 12 до 14 лет. Учитывая тот факт, что люди могут жениться только после 18 лет. Мы можем точно утверждать – население России инфантильно.

В соответствии с приказом №338 о порядке действий органов и учреждений системы здравоохранения ХМАО-Югры по выявлению и учёту детей, права и законные интересы которых были нарушены, сотрудники Нижневартовской психоневрологической больницы должны подавать информацию в управление опеки и попечительства в соответствии с утвержденной формой (приложение 2, к приказу №338).

Ниже, в таблице 2 мы можем наблюдать количество направленных данных в управление опеки и попечительства о несовершеннолетних, обратившихся за помощью в Нижневартовскую психоневрологическую больницу.

Таблица 2

	2013	2014	2015	2016	2017
Наркология	10	46	30	14	6
ПАВ	4	37	25	2	2
Алкоголь	6	8	5	11	3
Токсикомания	0	1	0	1	1

На наш взгляд, на высокий уровень обращений несовершеннолетних за помощью, обусловленный трансформацией института брака, также повлиял экономический кризис 2014-2015 годов. По заявлению Центрального банка России от 31 октября 2014 года [6] ослабление рубля было вызвано снижением цен на нефть и ужесточением антироссийских экономических санкций. В свою очередь, ослабление россий-

ской валюты и введённые Россией в августе 2014 года контрсанкции (внешнеторговые ограничения) привели в конце года к увеличению инфляции и росту стоимости продуктовой корзины.

В связи с возникшими социальными изменениями, в обществе были созданы условия для социальной дезадаптации населения, которые и привели к росту количества обращений несовершеннолетних. Основным адаптогеном, применяемым несовершеннолетними выступали психоактивные вещества. Дальнейшее снижение количества обращений и поданной информации в управление опеки и попечительства обусловлено адаптацией населения к изменившимся социально-экономическим условиям.

С учётом проанализированных данных можно предположить, что если бы в России на данный момент был преодолен кризис института семьи и брака, то мы бы наблюдали значительно менее выраженный рост показателей обращений в управление опеки и попечительства. В случае кризиса в сфере производства, индивиды обращаются к своим родственникам с целью получения социальной, психологической и экономической помощи, необходимой для преодоления возникшей в результате изменения, сложной жизненной ситуации. Однако, в случае недееспособности или отсутствия семьи, индивид обращается за помощью к государству, требуя для себя дополнительных льгот и пособий. По нашему мнению, с целью снижения показателей подобного рода обращений, необходимо проводить профилактическую и образовательную работу о проблемах семьи и девиантного поведения.

В свою очередь, БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница» в период с 2016 по 2017 год провела мероприятия, указанные в приложении 1.

Литература

1. Антонов, А.И. Медков, В.М. Социология семьи. – М.: Изд-во МГУ: Изд-во Международного университета бизнеса и управления («Братья Карич»), 1996. – 304 с.
2. <http://www.patriarchia.ru/db/text/1554221.html>.
3. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/.

4. Тарасова, Е.О. Проблемы развода в современной семье / Тарасова Е.О. // Власть. – 2015. – №1. – С. 141-145.
5. Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с фр. с сокр.; Под ред. В. А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
6. http://www.cbr.ru/press/PR/?file=31102014_133027dkp2014-10-31T13_15_16.htm.

© Долгицкий О.Д., 2018

Приложение 1

**Отчет об основных формах просветительской работы с населением,
в том числе с несовершеннолетними, проводимой специалистами
БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница» за 2016-2017 учебный год**

№ пп	Мероприятия	Количество
1	Видеосюжеты по телевидению, пропагандирующие здоровый образ жизни для всей зрительской аудитории	35
2	Выступления по радио, посвященные профилактике наркомании, алкоголизма, табакокурения	24
3	Статьи, посвященные профилактике алкогольной и наркотической зависимости, в т.ч. среди несовершеннолетних	10
4	Статьи на официальном сайте www.npnd.ru по профилактике вредных привычек и ЗОЖ	61
5	«Горячая» телефонная линия: специалисты НПНБ отвечали на вопросы жителей и гостей города, касающиеся проблем алкогольной, наркотической и других зависимостей	3
6	Конференции, пресс-конференции, круглые столы, общественные слушания	10
7	Лекции в общеобразовательных учреждениях, средних и высших учебных заведениях о вреде психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, никотина и токсических веществ)	34
8	Консультации врача-психиатра-нарколога в образовательных организациях, подведомственных Департаменту образования администрации города	35
9	Лекции для родителей о профилактике, лечении алкогольной, наркотической зависимости	2
10	Семинары для медработников, социальных педагогов общеобразовательных учреждений по профилактике вредных привычек	4
11	Распространение памяток (антинаркотической, антиалкогольной направленности, психические расстройства)	8500
12	День открытых дверей для учащихся медицинского училища и для учащихся химико-биологических классов общеобразовательных учреждений города	2
13	Видеодемонстрация слайд-шоу для пациентов и посетителей: «Профилактика вредных привычек», ЗОЖ	Ежедневно
14	Участие специалистов учреждения в заседаниях городской антинаркотической комиссии	Ежеквартально
15	Участие специалистов учреждения в заседаниях КДН	Ежеквартально

ПЕРВЫЙ ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТКАРДИОТОМНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Урусов Д.А.,

и.о. заведующего отделением анестезиологии-реанимации (для кардиологических больных),
врач анестезиолог-реаниматолог БУ «Окружная клиническая больница»

Меснякин С.А.,

врач анестезиолог-реаниматолог
БУ «Окружная клиническая больница»

Никитин Д.Ю.,

заместитель руководителя по медицинской части
БУ «Окружная клиническая больница»

Стефанов С.А.,

к.м.н., заведующий кардиохирургическим отделением
БУ «Окружная клиническая больница»

Посткардиотомный кардиогенный шок редкое, но катастрофичное осложнение, которое может развиваться незамедлительно после отключения пациента от аппарата искусственного кровообращения, либо в любое время в ближайшем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: посткардиотомная дисфункция миокарда, экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО), искусственное кровообращение

Частота посткардиотомной дисфункции миокарда после кардиохирургических операций составляет 3-5%. Как минимум 1% пациентов подвергшихся кардиохирургическим вмешательствам требует механической поддержки кровообращения в постперфузионном периоде, поскольку традиционные медикаментозные средства поддержки кровообращения оказываются неэффективными.

Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) является одним из методов механического протезирования жизненно важных основных функций организма, таких как насосная функция сердца и газообменная функция легких. На протяжении многих лет эта методика используется в качестве кардиореспираторной поддержки при патологии сердца и легких, рефрактерных к общепринятым принципам лечения. Основной принцип применения методики – временное замещение утраченных функций сердца и легких при условии их обратимости и наличия перспективы трансплантации.

Первое успешное веноартериальное ЭКМО было осуществлено в 1972 г.

В данной статье мы приводим клинический случай успешного применения ЭКМО при посткардиотомном синдроме.

Пациент Х, 52 лет, поступил в плановом порядке 31.10.17 с диагнозом: ППС. Выраженный аортальный стеноз. Узкий корень аорты. Синдром стенокардии. Обмороки. Сахарный диабет 2 типа, субкомпенсация. Атеросклероз БЦА, гемодинамически незначимый (135.2) для проведения оперативного лечения.

ЭхоКГ при поступлении: ФВ 78%, кдоЛЖ 99 мл, ксоЛЖ 28 мл, уоЛЖ 71 мл. УЗ-признаки атеросклероза без расширения восходящего отдела аорты. Полости сердца не расширены. Правый желудочек: систолическая функция удовлетворительная, диастолическая дисфункция псевдонормального типа. Левый желудочек: глобальная сократительная способность миокарда удовлетворительная, на уровне базальных отделов – повышена, нарушения локальной сократимости (с учётом особенностей визуализации) достоверно не определяются; диастолическая дисфункция I типа, расчётное конечно-диастолическое давление повышено, умеренная гипертрофия без обструкции. УЗ-признаки органического (дегенеративного) поражения аортального и митрального клапанов. Выраженный аортальный стеноз, кальциноз клапана 3 степени. Незначительная митральная недостаточность. Незначительная трикуспидальная недостаточность. Расчётное

пиковое давление в легочной артерии незначительно повышено.

КАГ при поступлении: Правый тип кровоснабжения. Кальциноз коронарных артерий. Неровности контуров ствола левой коронарной артерии. Стеноз ПМЖВ в средней трети более 70%. Окклюзия ОВ в проксимальной трети. ИМВ не стенозирована. Неровности контуров ПКА. ЗМЖВ не стенозирована. Стеноз ЗБВ в проксимальной трети более 70%.

08.11.17 г. выполнена операция: Протезирование аортального клапана механическим протезом SJM Regent 21. Аортоаннулопластика по Manoucián и пластика восходящего отдела аорты ксеноперикардиальной заплатой. АКШ 2: МКШ ПНА – АВГА, АКШ ЗНА – аутовена (шунтпластика).

Анестезия – общая сбалансированная анестезия севофлураном с фентанилом. Искусственное кровообращение – нормотермическая перфузия, кардиopleгия фармакохолодовая антеградная Кустодиол 3000 мл+1000 мл. После основного этапа операции ИК остановлено, однако через 3 минуты возникли гемодинамически значимые нарушения ритма по типу желудочковой тахикардии, явления острой сердечной недостаточности, что потребовало подключения вспомогательного кровообращения и проведения инфузии левосимендана, подключения инотропной поддержки добутамином до 20 мкг/кг/мин + адреналин до 0.2 мкг/кг/мин.

Несмотря на проводимую комплексную терапию сердечной недостаточности, отключить вспомогательное кровообращение не представлялось возможным – сохранялись явления посткардиотомной сердечной недостаточности (снижение ФВ до 30%, УОлж-20 мл, расчетный СИ 1.2 л/мин/м² – по данным интраоперационной ЧПЭхоКГ, лактат артериальной крови 11 ммоль/л).

Коллегиально принято решение о подключении вено-артериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации.

Выделены бедренные сосуды справа, по методике Сельдингера установлены артериальная и венозная канюли. Для профилактики ишемии конечности дополнительно установлен инродьюсер 8 Fr в бедренную артерию для дистальной антеградной перфузии нижней конечности. Начато вено-артериальное ЭКМО с объемной скоростью перфузии 4.4 л/мин.

На этом фоне вспомогательное кровообращение прекращено, произведена деканюляция, введена расчетная доза протамина, выполнен тщательный хирургический гемостаз. Операционная рана ушита, пациент переведен в палату реанимации на ИВЛ, ЭКМО, инотропной и вазопрессорной поддержке добутамином 5 мкг/кг/мин + норадреналин 0.2 мкг/кг/мин+левосимендан 0.1 мкг/кг/мин.

В ближайшем послеоперационном периоде проводилась консервативная терапия послеоперационного кровотечения, однако достичь гемостаза не удавалось и пациент был подан в операционную для проведения рестернотомии.

В послеоперационном периоде продолжалась ЭКМО с объемной скоростью 3.1-2.0 л/мин, ИВЛ проводилось в режиме «покоя легких», медикаментозная седация пропофолом.

Гемостаз достигнут на фоне заместительной гемотрансфузионной терапии (тромбоконцентрат+криопреципитат), а также назначением антифибринолитиков (с учетом данных тромбозластографии – тромбоцитарная дисфункция, первичный фибринолиз) – транексамовая кислота+апротинин. Трансфузия эритроцитарных компонентов производилась согласно рекомендациям РосЭКМО/ELSO.

Антикоагуляция гепарином начата на вторые сутки после достижения гемостаза и минимального отделяемого по дренажам и проводилась под контролем АСТ, целевые параметры АСТ 180-220 сек, при их увеличении скорость инфузии гепарина снижалась и приостанавливалась с последующим возобновлением. Дозы гепарина варьировали от 500 до 20 Ед/час.

Ко вторым суткам удалось отойти от кардиотонической поддержки добутамином, оставлены минимальные дозы вазопрессоров (норадреналин 0.05-0.03 мкг/кг/мин), на третьи сутки вазопрессоры отключены. Уровень лактата пришел в норму к исходу первых послеоперационных суток.

Механическая поддержка кровообращения к четвертым суткам снизилась на фоне стабильной системной гемодинамики, отсутствие признаков тканевой гипоперфузии при снижении объемной скорости потока до 1 л/мин, в связи с чем принято решение об остановке ЭКМО и деканюляции бедренных сосудов. Прекращена медикаментозная седация и на следующие сут-

ки по восстановлению адекватного сознания и спонтанного дыхания пациент экстубирован.

На 7-е сутки после операции пациент переведен из реанимации в профильное отделение. ЭхоКГ в динамике: ФВ 60%, УО 47 мл, СИ 1.9 л/мин/м². На 27 сутки пациент выписан из стационара.

Вывод

Своевременное принятие решения о начале механической поддержки кровообращения методом экстракорпоральной мембранной оксигенации ещё на операционном этапе позволило купировать проявления посткардиотомной сердечной недостаточности, не допустить развития синдрома полиорганной недостаточности, и в конечном итоге, позволило успешно прекратить ЭКМО по восстановлению сократительной функции миокарда.

Когда исчерпаны консервативные методы терапии посткардиотомной сердечной недостаточности, методика вено-артериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации является передовым и эффективным инвазивным методом коррекции острой сердечной недостаточности.

Литература

1. Annich, G.M., Linch, W.R., MacLaren, G., Wilson, J.M., Bartlett, R.H. "ECMO. Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care" 4th edition 2012.
2. Клинические рекомендации РОСЭКМО/ELSO: «Экстракорпоральная мембранная оксигенация при сердечной недостаточности», «Антикоагулянтная терапия при ЭКМО».

3. Клинические рекомендации ФГБУ «НМИЦ ТИО им ак В.И. Шумакова»: «Применение экстракорпоральной мембранной оксигенации».
4. Po-Shun Hsu, Jia-Lin Chen, Guo-Jieng Hong, Yi-Ting Tsai, Chih-Yuan Lin, Chung-Yi Lee, Yu-Guang Chen, Chien-Sung Tsai." Extracorporeal membrane oxygenation for refractory cardiogenic shock after cardiac surgery: predictors of early mortality and outcome from 51 adult patients" *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 37 (2010) 328-333.
5. Wen-Je Ko, MD, Ching-Yuang Lin, MD, Robert J. Chen, MD, Shoen-Shen Wang, MD, Fang-Yue Lin, MD, and Yih-Sharng Chen, MD " Extracorporeal Membrane Oxygenation Support for Adult Postcardiotomy Cardiogenic Shock" *Ann Thorac Surg* 2002;73:538-45.
6. Pankaj Saxena et al." Extracorporeal Membrane Oxygenation Support in Postcardiotomy Elderly Patients: The Mayo Clinic Experience. *Ann Thorac Surg* 2015;99:2053-60.
7. Whitman, GJ Extracorporeal membrane oxygenation for the treatment of postcardiotomy shock. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2017 Jan;153(1):95-101.
8. Charlesworth, M., Venkateswaran, R., Barker, J. M., Feddy, L. Postcardiotomy VA-ECMO for refractory cardiogenic shock. *J Cardiothorac Surg.* 2017; 12: 116.
9. Khorsandi, M, Dougherty, S, Bouamra, O, Pai, V, Curry, P, Tsui, S, Clark, S, Westaby, S, Al-Attar, N, Zamvar, V. Extra-corporeal membrane oxygenation for refractory cardiogenic shock after adult cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Cardiothorac Surg.* 2017 Jul 17;12(1):55.
10. Musiał, R, Ochońska, K, Proc, A, Stoliński, J, Plicner, D, Kapelak, B, Drwila, R. Veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation as cardiogenic shock therapy support in adult patients after heart surgery. *Kardiochir Torakochirurgia Pol.* 2017 Mar;14(1):32-36.
©Урусов Д.А., Меснянкин С.А., Никитин Д.Ю., Стефанов С.А., 2018

ЗНАЧЕНИЕ НЕПОЛНОЙ СЕМЬИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОАГРЕССИВНОЙ ТРАЕКТОРИИ

Меденцева Т.А.,

клинический ординатор кафедры психиатрии
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Вытчикова М.И.,

студентка 5 курса, лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Иванова А.А.,

студентка 5 курса, стоматологического факультета
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

В данной работе представлены изученные клинические и психологические характеристики девушек, воспитанных в неполных семьях. В исследовании было доказано, что их аутоагрессивный профиль имеет значимые отличия от респонденток контрольной группы, которые воспитывались в полных семьях. Можно утверждать, что изучаемая группа является носителем более существенного аутоагрессивного потенциала. Это имеет важное значение как для теории суицидологии, так и для проведения дифференцированной превентологической работы, вероятностной оценки возможности суицидального поведения в среде подростков.

Ключевые слова: аутоагрессия, суицидология, неполные семьи

Введение

Семья играет весьма важную роль в жизни каждого человека. Отсутствие полноценного образца для внутрисемейной социализации почти всегда ведет к разнообразным нарушениям в психическом и личностном развитии человека [5, 6]. Количество неполных семей, воспитывающих хотя бы одного ребенка, в России за последние годы возросло почти до 40%. И, к сожалению, продолжает увеличиваться. В плане суицидологической практики данный факт является весьма настораживающим, так как количество детей, подростков и лиц юношеского возраста, покончивших с собой и воспитанных одним родителем, составляет порядка 60 и более процентов [2, 5]. Не лишним будет напомнить и о значительном росте самоубийств лиц данной возрастной группы в нашей стране за последнее время [3, 5], что, все вместе, делает вопрос изучения предрасполагающих суицидальному поведению факторов крайне актуальным, имеющим серьезное медико-профилактическое значение. Имеются обширные данные, доказывающие, что лица, воспитанные в неполных семьях, вступают в неблагоприятные в плане аутоагрессии браки [8-11]. Поэтому, мы

полностью согласны с мнением, что семейный фактор может относиться к значимым антисуицидальным, если мы говорим о здоровой и гармоничной семейной атмосфере [6]. К сожалению, в противном случае, семейный институт может полноценно не выполнять своих функций и даже выступать в роли главного просуицидального катализатора [4, 6, 8].

Нас заинтересовал следующий вопрос: как влияет на суицидологические и личностно-психологические характеристики факт воспитания ребенка в неполной семье. Особенно, учитывая тот факт, что отсутствие одного из родителей большинством людей, априори, считается «ненормативным».

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач были обследованы 40 девушек (студенток ВУЗа), воспитанных одним родителем (матерью). Возраст обследуемых составил $21,2 \pm 1,45$ года. В качестве контрольной группы использованы студентки, воспитанные, соответственно, в полных семьях - в количестве 153 человек. Возраст респонденток составил $20,8 \pm 1,12$ года. Обе группы были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник, направленный на выявление суицидальных и несуйцидальных феноменов аутоагрессии в прошлом и настоящем, а также «Шкала родительских предписаний» [12], широко используемая в рамках транзакционного анализа.

Статистический анализ произведен посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики на базе компьютерной программы Microsoft Excel

2007 (с использованием критерия Стьюдента и хи-квадрат).

Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и их обсуждение

Рассмотрим представленность и тропизм аутоагрессивных паттернов, их предикторов, а также родительских посланий в исследуемых группах, что отражено в таблице 1.

Таблица 1

Достоверные отличия в группах по изучаемым признакам (p<0,05)

Признак	Респонденты, воспитанные в полных семьях	Респонденты, воспитанные в неполных семьях
Классические суицидальные паттерны		
Суицидальные мысли в анамнезе	30,72%	20,0%
Несуйцидальные аутоагрессивные паттерны		
Наличие опасных для жизни увлечений	7,84%	25,0%
Физическое или сексуальное насилие в анамнезе	0	10,0%
Склонность к неоправданному риску	14,38%	37,5%
Наличие обморожений	1,97%	7,5%
Наличие ожогов	11,11%	17,5%
Предикторы аутоагрессивного поведения		
Частые переживания чувства стыда	29,41%	17,5%
Периоды безысходности	26,14%	35,0%
Чувство безысходности в последние два года	33,33%	42,5%
Трагические смерти в семье	24,84%	32,5%
Комплекс неполноценности	42,48%	32,5%
Наличие смысла жизни	62,75%	32,5%
Потеря смысла жизни в последние два года	13,07%	5,0%
Частые угрызания совести	32,68%	25,0%
Специфика родительских посланий		
Родительское послание «Не существуй»	14,08±3,31	18,6±5,5
Родительское послание «Не будь ребёнком»	18,55±1,8	22,03±3,26

Из данных, представленных в таблице, следует, что между изученными группами имеется значительное количество отличий. Любопытно, что классические суицидальные паттерны, а именно – суицидальные мысли, чаще обнаруживались у студенток, выросших в семьях с обоими родителями. Однако, несуйцидальный спектр аутоагрессивных паттернов в значительной большей степени как качественно, так

и количественно характеризовал девушек из неполных семей. В отношении предикторов аутоагрессивного поведения мы также не видим «однозначной» картины, позволившей бы вынести лаконичный вердикт о неблагополучности той или иной группы. Однако все становится более понятным, если обратить внимание на «нагруженность» родительскими посланиями или проклятиями [13].

Дадим комплексную оценку обнаруженных нами данных. Итак, суицидальные идеи преобладают у девушек, воспитанных полными семьями, что на первый взгляд может показаться странным и противоречит общепринятому «народному» мнению или мифу, что полная семья – безусловное благо. Обратим внимание и на то, что по количеству суицидальных попыток в анамнезе группы не имеют отличий (в обоих случаях их количество не превышало 3%, что укладывается в популяционные «границы» данной гендерно-возрастной группы).

Кроме того, учитывая возрастные особенности суицидального поведения, а именно традиционно высокие уровни идеаторной аутоагрессивной активности девочек-подростков и девушек, мы обнаружили, что суицидальные мысли в группе девушек из полных семей, наиболее часто возникали на фоне «несерьезных» причин реактивно-личностного характера, чаще всего без обдумывания конкретных способов реализации суицидальной попытки. Девушки в этой группе были более склонны к шантажному поведению и «девичьим» эмоциональным колебаниям – капризам – «когда хотелось привлечь к себе внимание», даже посредством парасуицида. В свою очередь, в группе девушек, воспитанных в семьях с одним родителем, суицидальные мысли наиболее часто возникали на фоне чувства безнадежности, нередко сопровождались обдумыванием реализации суицида и его последствий, с ощущением утраты смысла существования.

Учитывая то, что количество подростков, совершивших завершённый суицид и выросших в неполных семьях, весьма значительно [6, 7], можно предположить, что существует некий перекося в «реализуемости» суицидальных мыслей в попытку в исследуемой группе, к сожалению, зачастую в фатальную. Безусловно, может иметь место и смещение в пропорции отношения попыток к завершённым суицидам в сторону последних.

С другой стороны, обращает на себя внимание явное преобладание несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в экспериментальной группе, что почти всегда демонстрирует нам интенсивность «непрямого», менее однозначного, и, в ряде случаев, социально приемлемого пути реализации антивитаальных импульсов. Респондентки данной группы в основном характери-

зуются рискованно-виктимными паттернами поведения: склонностью к опасным хобби, неоправданному риску, большому количеству ожогов и обморожений. Отдельно отметим высокую частоту физического и сексуального насилия, которые у обследуемых из полных семей отсутствуют вообще.

Что касается предикторов аутоагрессивного поведения, то они распределились весьма любопытно, но в целом, предсказуемо. Наиболее «легкие» из них, преимущественно гендерно-реактивно-эмоционального характера, чаще обнаруживаются у девушек из полных семей (частые угрызания совести и переживания стыда). Но, если абстрагироваться от того факта, что получены они в результате сбора аутоагрессивного анамнеза, и рассмотреть их совокупность с переживанием «комплекса неполноценности», то скорее всего увидим типичный эмоциональный срез девушек данной возрастной группы. Более того, мы не обнаружили выраженной корреляционной связи между этими факторами и присутствием у респонденток суицидальных мыслей.

Более того, большинство из девушек, воспитанных в полных семьях, имели чёткое понимание смысла собственной жизни, что в значительной степени отличает их от девушек первой группы.

Те же предикторы аутоагрессивного поведения, которые характеризуют девушек из неполных семей, являются одними из самых прогностически неблагоприятных в суицидологической практике.

При оценке шкалы предписаний обнаружены весьма специфические профили родительских посланий. Группы достоверно отличались в отношении посланий «Не существуй» и «Не будь ребёнком».

Первое послание наиболее токсично в суицидологическом плане, поскольку прямо определяет аутоагрессивный потенциал личности [1, 13]. Оно в значительно большей степени характеризует именно девушек из неполных семей. Не беремся на данном этапе исследования судить о точных механизмах его трансляции и акцепции, однако количественные характеристики, описывающие данный психический конструкт, говорят о наличии в их прошлом некоего неблагоприятного фона, не способствующего формированию здоровой, не склонной

к радикальному эскапизму, личности. Наиболее часто основной причиной этого исследователи называют атмосферу физической и/или психологической брошенности ребенка, формирующей осознаваемое или нет, чувство собственной ненужности и нелюбви [13].

Высокая активность послания «Не будь ребёнком» объясняется частым ранним психологическим «взрослением» детей в неполных семьях, возлагаемой на них ответственностью за отсутствующего родителя. С чем, в контексте суицидологии, наиболее вероятно связана редкость шантажно-капризных парасуицидальных паттернов в группе и частота завершённых суицидов. Девиз группы можно передать словами: «Все по-взрослому, в том числе и возможная суицидальная траектория...» или «Большие девочки не плачут... большие девочки делают».

Выводы

1. Девушки, воспитанные одним родителем, являются группой с более высоким аутоагрессивным потенциалом. Это касается как несуйцидальных аутоагрессивных паттернов, что продемонстрировано нашим исследованием, так и суицидальных, что подтверждается многочисленными литературными данными [3-5]. Группа также характеризуется целым рядом важнейших предикторов аутодеструкции. Все эти факты в совокупности существенно расширяют наше теоретическое представление о роли родительско-семейного фактора в формировании возможной «суицидальной карьеры» потомства.

2. Обнаруженные клинико-суицидологические особенности значимо коррелируют с высоким уровнем родительского послания «Не живи», которое в исследуемой группе значительно превышает аналогичные показатели контрольной группы и среднепопуляционные показатели.

3. Факт воспитания в неполной семье в ряде ситуаций может рассматриваться как прогностически просуйцидальный. В условиях кризисной и посткризисной терапии парасуицидального поведения семейный анамнез и его особенности могут являться ключевым аспектом реконструктивной провитальной терапии.

4. Значительное количество суицидальных идей в относительно благополучной группе девушек из полных семей является весьма на-

стораживающим фактором, требующим дальнейшего изучения. За кажущейся «легкостью» и шантажностью суицидальных тенденций, тем не менее, скрывается явная возможность необратимого решения конфликтной ситуации. Этот факт подтверждает мнение, что далеко не каждая полная семья является комфортной средой для здорового и гармоничного развития личности ребенка [7, 8], и простая констатация полноты родительской семьи не служит условием, гарантирующим отсутствие суицидального риска. Нам думается, что изучение вариантов «больной» просуйцидальной родительской семьи является крайне актуальным и перспективным.

Литература

1. Агибалова, Т.В. Психотерапия в наркологии // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2007. – № 2. – С. 97-103.
2. Васяткина, Н.Н., Меринов, А.В. Клиническая практика детско-подростковых суицидов в Рязанской области // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16. – № 3. – С. 4-5.
3. Зотов, П.Б., Родяшин, Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Т. 4. – № 1. – С. 54-61.
4. Лукашук, А.В., Меринов, А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии // Наука молодых (Etudito Juvenium). – 2016. – № 2. – С. 67-71.
5. Лукашук, А.В., Меринов, А.В. Актуальность исследования клинико-психологической характеристики родителей подростков, совершивших суицидальную попытку // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16. – № 3. – С. 20-21.
6. Меринов, А.В., Шустов, Д.И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом // Наркология. – 2010. – № 5. – С. 59-63.
7. Меринов, А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом. Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2001. – 21 с.
8. Меринов, А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом. дис... канд. мед. наук. – М., 2001. – 160 с.
9. Меринов, А.В. Суицидологическая, наркологическая и экспериментально-психологическая характеристика супругов в семьях мужчин, страдающих алкоголизмом, в зависимости от варианта брачной динамики // Суицидология. – 2013. – Т. 4. – № 2 (11). – С. 25-35.
10. Меринов, А.В., Шустов, Д.И. Супружеские аспекты аутоагрессивного поведения в семьях больных

- хроническим алкоголизмом // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 3. – С. 58-61.
11. Меринов, А.В., Шитов, Е.А., Лукашук, А.В., Сомкина, О.Ю., Байкова, М.А., Филиппова, М.Д., Меринов, Н.Л., Юрченко, А.И. Супруги мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, имеющие в анамнезе суицидальную попытку: их расширенная клинико-суицидологическая и психологическая характеристики // Суицидология. – 2015. – Т. 6. – № 3 (20). – С. 49-54.
12. Drego, P. The cultural parent / P. Drego // Transactional Analysis Journal. – 1983. – Vol. 13. – P. 224-227.
13. Steward, I., Joines, V. A New Introduction to Transactional Analysis. - Lifespace Publishing Nottingham and Chapel Hill, 1987. – 332 p.
- © Меденцева Т.А., Вытчикова М.И., Иванова А.А., 2018

УДК 616.831–053.32

ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ОРГАНОВ ЧУВСТВ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ РАНЬШЕ СРОКА

Михайлёва Е.А.,

аспирант кафедры детских болезней медицинского института
БУ ВО «Сургутский государственный университет»,
заведующий отделением специализированной помощи
БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2»

Тараник М.Б.,

главный врач БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2»

Выхаживание детей, родившихся преждевременно, является не только актуальной государственной задачей, но и влияет на качество жизни нации и в ближайшем, и в отдаленном будущем. Незрелость структур головного мозга у детей, родившихся преждевременно, приводит к нарушениям органов восприятия. Однако, углубленное изучение патогенетических механизмов этих процессов, расширение объема клинико-организационной деятельности медицинского учреждения способствует не только сохранению жизни маленьким пациентам, но и снижает социально значимые демографические показатели.

Ключевые слова: недоношенность, офтальмологический скрининг, аудиологический скрининг, ретинопатия, нарушение фиксации взгляда, отоакустическая эмиссия

Преждевременные роды связаны с различным профилем экспрессии генов, который меняется в зависимости от гестационного возраста новорожденного [1; 2; 3]. Зачастую преждевременные роды сопровождаются гипоксически-ишемической энцефалопатией, первичным субарахноидальным кровоизлиянием, перивентрикулярной лейкомаляцией, а также и внутрижелудочковым кровоизлиянием, что влечет за собой серьезные последствия перинатальной асфиксии. Внутриутробная гипоксия вызывает обратимые или необратимые изменения в коре головного мозга, стволе мозга, затрагивая и периферические отделы анализаторных систем [4]. За рубежом существует организация, занимающаяся состоянием здоровья детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела (ELGAN, Extremely Low Gestational Age Newborn), в России существуют государственные программы по оказанию медицинской

помощи детям, родившимся раньше срока, и предусматривающие работу амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, ориентированную на профилактические мероприятия и сохранение репродуктивного здоровья населения. Анализ отечественных литературных данных по затронутой тематике, а также публикаций авторов из ближайшего зарубежья, выявил, что, не смотря на территориальные, социальные, политические, экологические, финансово-экономические различия в условиях развития регионов, существует необходимость создания офтальмологических кабинетов в перинатальных центрах и крупных родильных домах. Необходимо не только однократное проведение обследования недоношенных детей, но и диспансерное наблюдение пациентов, оказавшихся в декретированных группах, и проведение им хирургического лечения, в том числе и высокотехнологического [5-7].

Установлено достоверно значимое влияние пери- и интранатальных факторов на развитие сенсорных нарушений: здоровье матери, течение беременности, родов, медицинские манипуляции, нарушение фето-плацентарного кровообращения, преждевременные роды, рождение путем кесарева сечения, низкая масса тела ребенка при рождении, проведенные меры интенсивной терапии и реанимации при рождении и/или после, оксигенозависимость и другие. Следовательно, учет факторов риска необходим при формировании групп риска и своевременного проведения аудиологического и офтальмологического скрининга новорожденных для снижения заболеваемости и детской инвалидности по органам слуха и зрения [6]. Так, с 2003-го по 2013 годы уровень инвалидности снизился с 34,8 до 2,7. Это свидетельствует о правильной организации скрининга недоношенных, своевременной диагностике и лечении детей с прогрессирующими формами заболевания [8].

Клиническое обследование детей, родившихся раньше гестационного срока и имеющих церебральные нарушения в работе органов чувств включает перинатальный анамнез, педиатрический и неврологический осмотр с оценкой состояния органов чувств, результаты лабораторных методов обследования (ОАК, биохимический анализ крови), а также результаты инструментальных методов обследования (нейросонография, электроэнцефалография) [9; 10; 11]. Кроме того, может использоваться генотипирование, так как Ca²⁺-связывающие белки (кальмодулин) локализуются в области головного мозга и органов чувств, в том числе сетчатки и улитки [10].

Перинатальный анамнез включает некоторые демографические показатели, подробную информацию о течении беременности, визуальный осмотр и морфологическое исследование плаценты и пуповины, гестационный возраст, вес при рождении, состояние новорожденного по шкале Апгар.

По большому счету, социально-демографические характеристики матери не влияют на нарушение фиксации у ребенка. Однако, в этом же исследовании упоминается о влиянии наследственного анамнеза, а также отмечено, что дети с нарушениями фиксации чаще рождались у матерей, обращавшихся к врачам с трудностями зачатия [9].

Кроме того, выявлено, что чаще нарушения фиксации встречаются у недоношенных детей, рожденных от матерей, которые во время беременности употребляли аспирин (частота встречаемости 21%), нестероидные противовоспалительные средства (НПВС, 13%) или ацетаминофен (57%). Однако, в 51% случаев преждевременных родов матери также принимали ацетаминофен (парацетамол), но их дети не имели нарушения фиксации [9].

Среди других анамнестических данных также было выявлено, что у матерей, имевших повышение температуры тела за двое суток до родов также чаще рождаются дети с нарушениями фиксации – в 10% случаев, чуть чаще страдают мальчики, в 41% случаев срок гестации составлял 23-24 недели, а масса тела при рождении ≤ 750 грамм наблюдалась у 53% детей с нарушениями фиксации. Помимо этого, измеряют еще и окружность головы [9]. Эти показатели имеют важное значение, так как морфометрия ассоциируется с площадью нейронов [11].

Педиатрический и неврологический осмотр с оценкой состояния органов чувств включал оценку полей зрения, нарушение фиксации взгляда, осмотр сетчатки, оценка нистагма, косоглазия, гипоплазии зрительного нерва и другие показатели офтальмологического обследования [12].

В одном американском исследовании [Phadke A, Msall ME, Droste P, et al., 2014] было выявлено, что у недоношенных детей с нарушениями фиксации в 15% случаев наблюдается экзотропия, в 26% – эзотропия, в 40% – уменьшение полей зрения, в 33% – квадрипарез (ДЦП), в 42% – предпороговая ретинопатия, а 34% таких детей впоследствии не могут самостоятельно передвигаться, так как перечисленные нарушения вызывают зрительно-пространственную дезориентацию, нарушение анализа, распознавания, одновременного восприятия и зрительной памяти у таких детей [12; 14]. Дети, рожденные преждевременно, по шкале Бэйли имеют очень низкий индекс умственного развития – в 48% случаев и очень низкий уровень моторного развития – в 45% случаев, положительный тест на расстройств аутистического спектра регистрируется у 46% детей, а микроцефалия – у 20% детей.

Аудиологический скрининг проводится при комбинированном использовании отоакустической эмиссии (CEOAEs – click evoked

otoacoustic emissions) и методов исследования восприятия мозгом аудиоинформации (ABR – auditory brainstem response, также известный как BSER – brainstem evoked response). У новорожденных с поражением центральной нервной системы выявляется наличие отклонений в микромеханике кохлеарного и ретрокохлеарного слухового пути. Кроме того, аудиологический скрининг недоношенных новорожденных включает отоскопию, тимпанометрию, определяется задержка волн, интервал задержки волн, а также амплитуда волн [1; 14].

Результаты лабораторных методов обследования. При измерении газов крови определялось порционное содержание кислорода и рН, которые у недоношенных детей с нарушениями фиксации было снижено в 28% и 32% случаев соответственно [9].

Результаты инструментальных методов обследования. По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) головного мозга наблюдалась вентрикуломегалия – в 25% случаев, гиподенные новообразования – в 18% [9]. Электроэнцефалография у недоношенных младенцев может являться полезным инструментом для прогнозирования развития ретинопатии [15].

Исходя из вышесказанного, для проведения нашего исследования была составлена авторская анкета, которая на основании описанных ранее параметров, включала оценку состояния органов чувств и неврологический статус у детей, родившихся раньше срока. Анкета состоит из 5 информационных блоков, включающих каталитические данные, медико-статистические регистрационные данные (истории родов, обменные карты – при наличии, амбулаторные карты и т.п.), данные осмотров специалистов, педиатра, невролога, а также результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.

Таким образом, наиболее значимыми критериями, влияющими на нарушение фиксации у детей, родившихся раньше срока, являются прием матери во время беременности аспирина, гестационный возраст от 23 до 24 недель, предпороговая ретинопатия.

Организация медицинской помощи детям, родившимся раньше срока, должна включать не только офтальмологический и аудиологический скрининги, но и комплексную оценку состояния здоровья ребенка, имеющиеся у него расстройства восприятия церебрального

генеза, а также необходимо взять ориентир на профилактическую работу для сохранения здоровья нации.

Литература

1. Михайлёва, Е.А. Перцептивная дисфункция церебрального генеза у недоношенных детей / Е.А. Михайлёва, Е.Б. Павлинова // В сб.: Лучшая научная статья 2017. Сб. статей VIII Международного научно-практического конкурса. – 2017. – С. 108-112.
2. Auditory brainstem responses as a clinical evaluation tool in children after perinatal encephalopathy / G. Romero, I. Méndez, A. Tello, et al. // *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2008. V. 72. № 2. P. 193-201.
3. Comparison of whole genome expression profile between preterm and full-term newborns Kwinta P, Bokiniec R, Bik-Multanowski M, et al. // *Ginekol Pol.* 2017. V. 88. № 8. P. 434-441.
4. Widziszowska, A. Assessment of hearing organ activity in a group of neonates with central nervous system impairment / A. Widziszowska, G. Namysłowski // *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011. V. 75. № 10. P. 1280-1284.
5. Петрачкова, М.С., Жукова, О.В., Золотарев, А.В. Особенности организации офтальмологической помощи детям с ретинопатией недоношенных в Самарской области // *Тихоокеанский медицинский журнал.* – 2014. – № 4. – С. 96-97.
6. Степанова, Е.А., Коротких, С.А., Карякин, М.А. Организация офтальмологической помощи детям в Свердловской области // *Уральский медицинский журнал.* – 2014. – № 6 (120). – С. 58-61.
7. Утегенова, Г.К. Эпидемиология ретинопатии недоношенных в Казахстане / Г.К. Утегенова // *Денсаулык сактауды дамыту.* – 2012. – Т. 2. – № 2-2. – С. 9-11.
8. Качурина, Д.Р., Факторы риска сенсорных нарушений у новорожденных детей / Д.Р. Качурина, С.Х. Ильмурагова // *Педиатрия және бала хирургиясы.* – 2016. – № 1 (83). – С. 16-21.
9. Impaired visual fixation at the age of 2 years in children born before the twenty-eighth week of gestation. Antecedents and correlates in the multicenter ELGAN study / A. Phadke, M.E. Msall, P. Droste, et al. // *Pediatr Neurol.* 2014. V. 51. № 1. P. 36-42.
10. A mutation in CABP2, expressed in cochlear hair cells, causes autosomal-recessive hearing impairment / I. Schrauwen, S. Helfmann, A. Inagaki, et al. // *Am J Hum Genet.* 2012. V. 91. № 4. P. 636-645.
11. Birth weight deviation and early postnatal growth are related to optic nerve morphology at school age in children born preterm / M.H. Wikstrand, A.L. Hård, A. Niklasson, et al. // *Pediatr Res.* 2010. V. 67. № 3. P. 325-329.

12. Jacobson, L., Flodmark, O, Martin, L. Visual field defects in prematurely born patients with white matter damage of immaturity: a multiple-case study // Acta Ophthalmol Scand. 2006. V. 84. № 3. P. 357-362.
13. Strabismus at Age 2 Years in Children Born Before 28 Weeks' Gestation: Antecedents and Correlates / D.K. VanderVeen, E.N. Allred, D.K. Wallace, et al. // J Child Neurol. 2016. V. 31. № 4. P. 451-460.
14. Newborn hearing screening: experience in a Malaysian hospital / A. Abdullah, M.Y. Hazim, A. Almyzan, et al. // Singapore Med J. 2006. V. 47. № 1. P. 60-64.
15. EEG, brain maturation, and the development of retinopathy of prematurity / W. Podraza, H. Podraza, K. Jezierska, et al. // J Matern Fetal Neonatal Med. 2012. V. 25. № 11. P. 2381-2384.

© Михайлёва Е.А., Тараник М.Б., 2018

УДК 616.89.008.44

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ НА ФОНЕ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА: СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ И НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Башкинова Н.В.,

заведующая 5 отделением

ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова»

Ефимова А.Д.,

студентка 5 курса, лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Полкова К.В.,

студентка 5 курса, лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Рассмотрена проблема сочетания психических расстройств и расстройств зависимости (коморбидность). Дан краткий обзор актуальности проблемы. Описаны имеющиеся литературные данные по коморбидности пограничного расстройства личности и расстройств зависимости. Проведено исследование группы пациентов, у которых выявлено сочетание пограничного расстройства личности и алкогольной зависимости. Дана клиническая и суицидологическая характеристика данной группы пациентов. Сделаны выводы относительно тяжести протекания алкогольной зависимости на фоне пограничного расстройства личности.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, пограничное расстройство личности, коморбидные расстройства

Введение

Сочетание разных психических расстройств или коморбидность привлекает все большее внимание исследователей, как в нашей стране, так и за рубежом [1]. Это связано не только с большой встречаемостью сочетанной патологии, но и с взаимным отягчающим влиянием, которое оказывает каждое из сосуществующих заболеваний на клинику другого расстройства. Исследования последних двух десятилетий показывают, что среди больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями почти пятая часть (20%) обнаруживает процессуальные эндогенные психические заболевания [2]. По их же данным среди больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом не менее одной трети (30%) злоупотребляют различны-

ми психоактивными веществами (ПАВ) [4, 10]. Велико сочетание суицидального поведения у лиц, зависимых от алкоголя [4, 5, 6, 9].

В данной работе рассмотрено сочетание алкогольной зависимости и пограничного расстройства личности (ПРЛ). ПРЛ – это тяжелое личностное расстройство, которое развивается в юношеском возрасте и характеризуется сниженным контролем над гневом, интенсивными и частыми сменами настроения, импульсивными действиями, нарушенными межличностными взаимодействиями, и поведением с угрозой для жизни [11]. В МКБ-10 данное личностное нарушение кодируется как эмоционально-неустойчивое расстройство личности (пограничный тип) [8].

В США, где обследование на сопутствующее расстройство личности является обязательным для всех пациентов, считается, что ПРЛ – наиболее часто диагностируемое личностное расстройство среди амбулаторных и стационарных пациентов психиатрических клиник. В общей популяции распространенность ПРЛ составляет 2-4% [10, 12]. С другой стороны, диагноз ПРЛ редко встречается изолированно. Наибольший уровень коморбидности встречается между ПРЛ, расстройствами настроения, расстройствами, связанными с употреблением ПАВ. Частое сочетание ПРЛ с другими личностными расстройствами позволяет некоторым авторам делать вывод, что ПРЛ отражает уровень организации (дисфункции) личности и пересекает другие диагностические категории расстройств личности [3].

Сочетание ПРЛ и расстройств зависимости от ПАВ. В статье Trull [12] представлен обзор различных исследований, оценивающих частоту сочетания ПРЛ и расстройств зависимости (РЗ) от ПАВ. РЗ встречаются среди пациентов с ПРЛ с частотой от 22 до 57% (в тех исследованиях, где не учитывался вид употребляемого ПАВ). Другие исследования оценивали также вид употребляемого ПАВ (алкоголь или наркотики). Зависимость от алкоголя встречается у пациентов с ПРЛ в 21-48,8% случаев [12].

При оценке частоты встречаемости диагноза ПРЛ среди испытуемых со злоупотреблением или зависимостью от одного или нескольких ПАВ получены следующие данные [11, 12]. ПРЛ среди пациентов с РЗ (без оценки вида вещества, вызывающего зависимость) встречается с частотой 27,4%. Среди больных, зависимых от алкоголя, ПРЛ встречался в 14,3% случаев.

Для основного заболевания сопутствующей диагноз ПРЛ является негативным прогностическим фактором. Пациенты с диагнозом ПРЛ склонны к попыткам суицида, часто обращаются за помощью в учреждения здравоохранения, имеют значительный уровень функциональных нарушений. Уровень завершенных суицидов у пациентов с ПРЛ составляет 5–7 % [10, 12].

В нашей стране также проводятся работы, изучающие сочетание и взаимное влияние личностных расстройств и расстройств зависимости от алкоголя или наркотиков [1]. Внедряются методы лечения алкоголизма и реабилитации в зависимости от типа личности и вида личност-

ного расстройства, сопутствующего основному заболеванию [6, 7, 9]. В то же время недостаточно работ, изучающих сочетание расстройств зависимости именно с пограничным расстройством личности.

Материалы и методы исследования

Обследовано 47 больных, проходивших стационарное лечение по поводу алкогольной зависимости. Все испытуемые страдали II стадией заболевания. Критерием включения в обследование было наличие пограничного личностного расстройства, а также возраст от 35 до 45 лет включительно. Исследование проводилось после купирования абстинентных явлений, в среднем через 14 дней после последнего употребления алкоголя.

Метод исследования – клинико-анамнестический. При клиническом обследовании больных диагностика алкогольной зависимости осуществлялась исходя из критериев МКБ-10 [8]. Прогрессиентность алкоголизма оценивалась в соответствии с критериями Н.Н. Иванца [2].

Результаты исследования и обсуждение

Отягощенная по алкоголизму наследственность выявлена у 73,3% обследованных больных, по психическим заболеваниям – у 13,3%.

По прогрессиентности течения заболевания (скорость формирования алкогольного абстинентного синдрома) больные распределились таким образом: высокопрогрессиентное течение – 59,3%, среднепрогрессиентное течение – 40,7%, низкопрогрессиентное течение – 0%. Средний возраст первой выпивки составил 14,3 года, возраст начала злоупотребления 19,3 года, алкогольный абстинентный синдром сформировался в среднем в 22 года. Толерантность к алкоголю в группе составила в среднем 1,3 литра в сутки в пересчете на водку. Все больные злоупотребляли суррогатами алкоголя. 22,2% употребляли ранее наркотики.

По типам алкогольного абстинентного синдрома больные распределились следующим образом: соматоневрологический – 44,4%; развернутый – 51,8%; депрессивный – 3,8%. Судорожные явления на фоне алкогольного абстинентного синдрома выявлены у 29,6% пациентов. 51,9% больных ранее перенесли или госпитализированы в настоящее время по поводу алкогольного психоза (алкогольный делирий).

75,5% обследованных больных ранее проходили стационарное лечение.

Суицидологический анамнез. 59,3% отмечали мысли о самоубийстве. Что почти в три раза выше таковых показателей в группе больных алкогольной зависимостью без ПАР [4, 6, 7]. 14,9% испытуемых предпринимали истинные попытки самоубийства, 29,6% наносили себе импульсивные самоповреждения, 11,1% пытались шантажировать близких угрозой суицида.

Выводы

Полученные данные позволяют говорить о тяжелом течении алкогольной зависимости с высокой прогрессивностью заболевания, частыми алкогольными психозами, частым употреблением суррогатов алкоголя и высокой суицидальной активностью у данной группы больных.

Литература

1. Белокрылов, И.В. Расстройства личности у наркологических больных: методология, клиника, психотерапия: дис. ... д-ра мед. наук / И.В. Белокрылов – М., 2005. – 382 с.
2. Иванец, Н.Н. Вопросы классификации наркологических заболеваний / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2002. – Т.1. – С. 189-197.
3. Кернберг, О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии: пер. с англ. / О.Ф. Кернберг. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с.
4. Меринов, А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом. Автореф. дис...канд. мед. наук / А.В. Меринов. – М., 2001. – 21 с.
5. Меринов, А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом. дис...канд. мед. наук / А.В. Меринов. – М., 2001. – 160 с.
6. Меринов, А.В., Шустов, Д.И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Наркология. – 2010. – № 5. – С. 59-63.
7. Меринов, А.В., Шустов, Д.И. Супружеские аспекты аутоагрессивного поведения в семьях больных хроническим алкоголизмом / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 3. – С. 58-61.
8. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (Класс МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
9. Сомкина, О.Ю., Меринов, А.В., Байкова, М.А., Лукашук, А.В., Цуканова, И.С. Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристика женщин, страдающих алкогольной зависимостью / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, М.А. Байкова, А.В. Лукашук, И.С. Цуканова // Медицинская наука и образование Урала. – 2016. – № 1 (85). – Т. 17. – С. 112-116.
10. Шитов, Е.А. Краткий обзор проблемы «двойного диагноза» (сочетание психических расстройств и расстройств зависимости от психоактивных веществ) / Шитов Е.А., Киселев Д.Н., Шустов Д.И. // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2009. – № 2. – С. 100-105.
11. Diagnostic criteria from DSM-IV. - Wachington (DC): American Psychiatric Association 1994.- 358 p.
12. Trull T.J. Borderline Personality Disorder And Substance Use Disorders: A Review And Integration / T.J. Trull [et al.] // Clinical Psychology Review. – 2000. - Vol. 20, N2. - P. 235–253.

© Башкинова Н.В., Ефимова А.Д.,
Полкова К.В., 2018

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА С ЭКСТРАКЦИЕЙ КАТАРАКТЫ И ИМПЛАНТАЦИЕЙ ИОЛ

Обиход С. В.,

врач-офтальмолог офтальмологического отделения
БУ «Няганская окружная больница»

Фомина Е. Б.,

заведующая офтальмологическим отделением
БУ «Няганская окружная больница»

В статье представлены результаты хирургического лечения пациента с проникающим корнеосклеральным ранением с выпадением внутренних оболочек глаза, повреждением хрусталика левого глазного яблока. Проведена первичная хирургическая обработка ранения роговицы и склеры, ушивание проникающей раны роговицы и склеры с одномоментной экстракцией катаракты и имплантацией интраокулярной линзы. В результате своевременно оказанной специализированной медицинской помощи удалось восстановить анатомо-топографические взаимоотношения тканей травмированного глазного яблока и утраченные зрительные функции.

Ключевые слова: проникающее ранение роговицы, роговичные швы, первичная имплантация ИОЛ

Актуальность

Проникающие ранения роговицы составляют 14,7-30% всех повреждений глазного яблока и являются причиной тяжелых исходов травмы [2, 5].

Основной задачей первичной хирургической обработки проникающего ранения роговицы является полная герметизация раны с восстановлением анатомических структур глаза [1]. Также одним из основных принципов выполнения первичной хирургической обработки проникающего ранения глаза является микрохирургический способ восстановления анатомо-топографических взаимоотношений тканей травмированного глазного яблока.

Часто в сочетании с проникающим ранением глаза наблюдается травма хрусталика (до 70% всех случаев проникающих ранений глазного яблока) [3].

При проникающем ранении роговицы, сопровождающимся травмой хрусталика, рекомендуется выполнить удаление катаракты и наложить швы на края раны [4].

В зависимости от величины раны роговицы, наличия внутриглазного инородного тела и тяжести травмы хрусталика необходимо определить возможности проведения первичной хирургической обработки в сочетании с имплантацией интраокулярной линзы. Фактически этот вопрос решается в каждом случае индивидуально.

Имплантация ИОЛ в ходе первичной хирургической обработки проникающего ранения глазного яблока имеет преимущества над поэтапным реконструктивным вмешательством вследствие отсутствия выраженных послеоперационных осложнений и более коротких сроков восстановления и реабилитации больных [6].

Выбор модели ИОЛ определяется степенью разрушения задней капсулы хрусталика. При ее интактности, небольших ранах капсулы или сохранении значительных ее остатков нужно имплантировать заднекамерную ИОЛ [3].

Клинический случай

Пациентка К., 25 лет. 06.06.2017 г. в 18:05 получила травму левого глаза в быту (удар по глазу фрагментом разорвавшейся стеклянной бутылки). Обратилась в приемный покой Югорской городской больницы с жалобами на боли в левом глазу, отсутствие зрения левого глаза, осмотрена дежурным хирургом. Выполнены инстиллянии в конъюнктивальную полость капель хлорамфеникола 0,25%, стерильная монокулярная повязка, дано направление в Няганскую окружную больницу по экстренным показаниям. Через 4,5 часа после получения травмы К. поступила в приемный покой НОБ, госпитализирована в офтальмологическое отделение.

Объективно при обследовании: левый глаз – острота зрения 0,01 н/к, гипотония. Движения глазного яблока в полном объеме. Рана роговицы и лимба сложной конфигурации (V-образная с 11 до 8 час. с вовлечением центральной оптической зоны, проходящая через все слои роговицы, длиной до 12 мм). На 11 час линейная рана продолжается на склере до 3 мм. В ране ущемлена радужная оболочка. Повреждение передней капсулы хрусталика более 3 мм с выходом мутных хрусталиковых масс в переднюю камеру.

В ходе мультиспиральной компьютерной томографии орбит рентгенконтрастных инородных тел глазного яблока или орбиты не выявлено. Обследование пациента включало также кератометрию, офтальмометрию, визометрию здорового глаза.

По результатам обследования выставлен диагноз: Проникающее корнеосклеральное ранение с выпадением внутренних оболочек, повреждением хрусталика левого глазного яблока.

Учитывая характер полученной травмы, для восстановления утраченных зрительных функций было принято решение об одномоментной первичной хирургической обработке ранения роговицы, удалении хрусталика и имплантации заднекамерной ИОЛ.

07.06.2017 г. в условиях экстренной операции под общей анестезией выполнена срочная ПХО: ушивание проникающей раны роговицы (узловые швы викрил 10-0 (14 швов) и склеры (узловые швы викрил 6-0) с последующей факоаспирацией и имплантацией интра-

окулярной линзы Latan CrystalView® LM-S60M + 24 d на левом глазу.

Для выполнения капсулорексиса, удаления хрусталика и имплантации ИОЛ выполнен тоннельный самогерметизирующий разрез роговицы на 12 часах шириной 3,2 мм, дополнительные парацентезы на 2 и 9 часах. Удаление хрусталиковых масс аспирационно-ирригационным методом (CONSTELLATION® Vision System). Имплантирована интраокулярная мягкая заднекамерная линза Latan CrystalView® LM-S60M + 24 d с желтым фильтром. Целостность задней капсулы хрусталика и малоинвазивная техника операции позволили имплантировать ИОЛ без дополнительной фиксации швами.

В послеоперационном периоде системная антибактериальная и противовоспалительная терапия дополнялась инстилляциями растворов антибиотиков, НПВС и стероидов.

На 2-й день после операции (08.06.2017 г.): Vis OS = 0,15; глаз раздражен, роговица и склера адаптирована узловыми швами. Радужка структурная, зрачок правильной формы. ИОЛ в правильном положении. Глазное дно без патологических изменений. Тургор глазного яблока в норме.

На 9-й день после операции (15.06.2017 г.): Vis OS = 0,3; глаз несколько раздражен, роговица и склера адаптирована узловыми швами. Радужка структурная, зрачок правильной формы. ИОЛ в правильном положении (рис. 1). Проведена ОСТ; сетчатка обоих глаз без патологии. Пациент выписан из стационара.



Рис. 1. Фотография пациентки К. 25 лет. 8-й день после операции

Осмотр в динамике на 20-й день после операции (26.06.2017 г.): Vis OS = 0,45 н/к. Глаз почти спокоен. Роговица и склера адаптирована узловыми швами. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка структурная, зрачок неправильной вытянутой формы, подтянут к 11 час. ИОЛ несколько дислоцирована к 11 час.

Пациенту рекомендовано продолжить амбулаторное лечение (антибактериальное, противовоспалительное), снятие роговичных швов через 1,5 месяца.

09.08.2017 г., через 2 месяца после полученной травмы и выполненной ПХО с факоаспирацией и имплантацией ИОЛ на левом глазу в условиях операционной под местной анестезией произведено удаление роговичных швов. Vis OS = 0,65 н/к. Глаз слегка раздражен. Роговица – V-образный проникающий рубец с 8 до 11 час. с вовлечением центральной оптической зоны. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка структурная, зрачок неправильной вытянутой формы, подтянут к 11 час. Артефакция, ИОЛ несколько децентрирована. Задняя капсула хрусталика – фиброз I-II ст.

По данным кератотопографии отек роговицы левого глаза в центральной оптической зоне снизился с 659 мкм (14.06.2017) до 557 мкм (08.08.2017).

Выводы

Представлен пациент, получивший тяжелую травму глазного яблока. В результате своевременно оказанной специализированной медицинской помощи удалось восстановить анатомо-топографические взаимоотношения тканей травмированного глазного яблока и утраченные зрительные функции.

Литература

1. Hamill, M.B. Corneal and scleral trauma // *Ophthalmol. Clin. North. Am.* – 2002, v.15, p.185-194.
2. Oum, B.S., Lee, J.S., Han, Y.S. Clinical features of ocular trauma in emergency department // *Korean J. Ophthalmol.* – 2004, v.18, p.70-78.
3. Алешаев, М.И. Современные аспекты первичной хирургической обработки проникающих ранений глаза. Учебное пособие для врачей. Пенза, 2001 г.
4. Глазные болезни. Основы офтальмологии. Под редакцией профессора В.Г. Копаевой. – М.: «Медицина», 2012.
5. Егоров, Е.А., Басинский, С.Н. Клинические лекции по офтальмологии: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
6. Кочергин, С.А. Шургая, А.Т. Имплантация ИОЛ в ходе первичной хирургической обработки проникающего ранения глазного яблока // *Рефракционная хирургия и офтальмология.* – 2006. – № 3. – С.25-29.

© Обиход С. В., Фомина Е. Б., 2018

ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ШКАЛЫ ДЕПРЕССИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ВЛИЯНИЕ ПОЛА И УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ

Разводовский Ю.Е.,

ассистент кафедры физиологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Переверзева Е.В.,

к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Нечай О.Н.,

психолог кардиологического реабилитационного отделения

УЗ «11-я городская клиническая больница» Минздрава Республики Беларусь

Шилова О.В.,

к.м.н., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Переверзев В.А.,

д. м. н., заведующий кафедрой нормальной физиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Цель. Анализ использования краткой гериатрической шкалы депрессии на популяции пациентов старшей возрастной группы, страдающих болезнями системы кровообращения (БСК). Материалы и методы. При помощи краткой версии гериатрической шкалы депрессии обследованы 62 пациента в возрасте старше 65 лет с БСК. Для обработки данных использовались параметрические и непараметрические методы статистики Statistica 6.0. Результаты. Среди пожилых пациентов с БСК 34,3% женщин и 14,8% мужчин страдают депрессией. Выявлены различия в частоте встречаемости различных симптомов депрессии в зависимости от пола и уровня образования пациентов. Заключение. Комплексное обследование пожилых пациентов с БСК должно включать скрининг для выявления депрессии. При разработке лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо учитывать пол и уровень образования. В диагностике депрессии у мужчин нужно дополнительно уточнять особенности употребления алкоголя.

Ключевые слова: пожилые пациенты, депрессия, болезни системы кровообращения

Введение

Депрессия является наиболее частым психическим расстройством у пожилых людей, становясь в последнее время серьезной медико-социальной проблемой [1, 2]. Ее распространенность среди пожилых людей в разных странах варьирует от 15 до 41% [2, 3]. В настоящее время существует проблема недостаточной диагностики и лечения депрессии у данного контингента: она распознается менее чем у четверти страдающих ей пожилых людей и только около половины тех, у кого она была диагностирована, получают адекватное лечение [4]. Существует целый ряд причин гиподиагностики коморбидной депрессии у пожилых пациентов. К ним относятся и недооценка врачами-интернистами данной проблемы, нежелание пациентов рассказывать о своих переживаниях. Кроме того, такие симптомы депрессии, как быстрая утомляемость, снижение памяти и энергетического потенциала, на-

рушение концентрации внимания, могут быть расценены как симптомы неврологической и сердечно-сосудистой патологии [1, 4, 5].

Депрессия является часто встречающейся коморбидной патологией среди пожилых пациентов, страдающих БСК. Она является независимым фактором риска данной патологии, ассоциируется с более тяжелым течением основного заболевания, низкой приверженностью к лечению, высоким риском осложнений и смертности [6, 7, 8].

В одном из исследований было показано, что коморбидная депрессия в большей степени снижает качество жизни пожилых пациентов, страдающих сердечно-сосудистой патологией, чем основное заболевание [9]. Поэтому своевременная диагностика и эффективная терапия коморбидной депрессии является неотъемлемым компонентом эффективного лечения пациентов с БСК.

Коррелятами депрессии у пожилых пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, являются женский пол, низкий уровень образования, проживание в одиночестве и наличие психо-социальных проблем [6]. Есть данные о влиянии социальных факторов (отсутствие поддержки, круга общения и интересов) и гендерных особенностей на особенности клиники депрессии. Существуют клинические признаки, не являющиеся диагностическими критериями. Так, у женщин – это беспокойство, приступы плача, чувство беспомощности и одиночества, суицидальные идеи, повышенный аппетит, а также различные боли в теле. У мужчин – это поведенческие нарушения, бедность жестов, замедление речи, невербальная враждебность, суицидальные мысли, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами [10, 11]. При разработке методов лечения и медико-социальной реабилитации пациентов необходимо учитывать гендерные и связанные с образованием особенности депрессивных расстройств. Данные особенности могут существенно влиять как на диагностику, так и схему коррекции [11]. Преобладание женщин в клинических выборках для изучения распространенности депрессии приводит к тому, что диагностические процедуры бывают не всегда корректны. Точнее говоря, возможна гиподиагностика депрессии у мужчин или гипердиагностика у женщин.

Несмотря на очевидную актуальность проблемы, имеется дефицит исследований, на-

правленных на внедрение в клинику простых, валидных скрининговых методик для диагностики депрессии у пожилых пациентов с учетом гендерных и связанных с образованием особенностей.

Целью настоящего исследования был анализ использования краткой гериатрической шкалы депрессии на популяции пациентов старшей возрастной группы, страдающих болезнями системы кровообращения, с учетом пола и уровня образования.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 62 пациента в возрасте старше 65 лет, из них 35 женщин (средний возраст $76,8 \pm 1,6$ лет) и 27 мужчин (средний возраст $75,3 \pm 1,5$ лет), проходивших лечение в кардиологическом реабилитационном отделении. Пациенты проходили лечение и реабилитацию с клиническими диагнозами: хроническая ИБС; артериальная гипертензия различных степеней вне гипертонического криза. Хроническая сердечная недостаточность на момент обследования была не выше II функционального класса по NYHA. Общее состояние больных на момент обследования расценивалось как удовлетворительное.

В качестве инструмента скрининга была применена краткая версия гериатрической шкалы депрессии (Таблица 1). Данный тест был разработан с целью диагностики депрессии у пожилых людей и валидизирован на популяции пожилых пациентов, страдающих БСК [11].

Таблица 1

Гериатрическая шкала депрессии

Вопрос
1. Вы в основном довольны своей жизнью?
2. Вы перестали заниматься многим из того, чем занимались раньше и ко многому утратили интерес?
3. Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?
4. Вы часто скучаете?
5. Большую часть времени Вы находитесь в хорошем настроении?
6. Вы боитесь, что с Вами может случиться что-нибудь плохое?
7. Большую часть времени Вы ощущаете себя счастливым?
8. Вы часто чувствуете себя беспомощным ?
9. Вы предпочитаете остаться дома, чем выйти на улицу и заняться чем-нибудь интересным?
10. Вы чувствуете, что имеете больше проблем с памятью, чем другие?

Вопрос
11. Вы считаете, что быть живым прекрасно?
12. Вы ощущаете себя бесполезным и никчемным?
13. Вы чувствуете себя полным энергии?
14. Вы чувствуете, что Ваша ситуация безнадежна?
15. Вы считаете, что большинство людей более счастливы, чем Вы?

Интерпретация результата гериатрической шкалы депрессии. По 1 баллу начисляется за ответы «да» на вопросы №№ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 и «нет» за вопросы №№ 1, 5, 7, 11, 13. Сумма баллов от 0 до 5 – норма. Результат 6 и выше расценивается как наличие депрессивной симптоматики.

Тест прост в использовании благодаря да/нет формату, доказал свои высокие чувствительность (85%) и специфичность (74%) [11, 12]. Данный тест является адекватным инструментом скрининга также при легком когнитивном дефиците [13]. Пациенты заполняли тест самостоятельно в присутствии врача.

Данные обработаны с применением общепринятых методов математической статистики. Из параметрических: среднее арифметическое в каждой группе и подгруппе (M), стандартная ошибка среднего (m); доверительный критерий Стьюдента «ф» с оценкой уровня значимости «р» для оценки нулевой гипотезы внутри самой группы или подгруппы, оценки различий между средними арифметическими разных групп. Непараметрические методы использовались для оценки взаимосвязи качественных признаков на принципе взаимной сопряженности между показателями в разных группах (мужчин и женщин): коэффициент ассоциации Юла (коэффициент Q) или критерий согласия «хи-квадрат» Пирсона.

Результаты и их обсуждение

Согласно результатам скрининга, 34,3% женщин и 14,8% мужчин страдают депрессией, что соответствует литературным данным относительно высокой распространенности коморбидной депрессии среди пациентов с сердечно-сосудистой патологией [5]. Распространенность депрессии среди женщин была выше, чем среди мужчин ($p < 0,0001$), что согласуется с результатами предыдущих исследований, в которых была показана более высокая распространенность депрессивных расстройств среди

женщин как в популяции пациентов кардиологического стационара [2], так и в общей популяции [6, 14].

Результаты исследования показали достоверно значимые отличия вклада отдельных вопросов при диагностике депрессии в зависимости от образования и пола. Так, вопросы № 2, 6, 7, 13 для пациентов с высшим образованием оказались более значимыми, чем вопросы № 10, 11, 12, 14. Вопросы № 2, 4, 6, 7, 13 для пациентов с базовым и средним образованием достоверно более значимы, чем № 11 и 12. Для мужчин с высшим образованием значимы вопросы № 2, 5, 7, 13, а вопросы № 1, 3, 8, 10, 11, 12, 14 – нет. Вопросы № 2, 4, 13 для мужчин с базовым и средним образованием диагностически актуальны, а № 1, 3, 7-12, 14, 15 – нет. Вопросы № 2, 3, 6 для женщин с высшим образованием важны, а № 1, 4, 5, 7, 9-12, 14, 15 – нет.

С помощью непараметрических методов статистического анализа выявлены различия по частоте ответов на некоторые вопросы. Так, различия в частоте положительных ответов на вопрос № 4 «чувство скуки» у пожилых пациентов связаны с уровнем образования. Пациенты с базовым и средним образованием чаще испытывают чувство скуки по сравнению с пациентами с высшим образованием, причем у женщин эта разница более выражена, чем у мужчин. Женщины с базовым и средним образованием не только чаще скучают (вопрос № 4), но и достоверно реже (в 2,56 раза, $p \leq 0,05$) ощущают себя счастливыми (вопрос № 7), чем женщины с высшим образованием. Кроме того, женщины с базовым и средним образованием чаще считают, что другие люди более счастливы, чем они.

Выявлены достоверные различия по частоте встречаемости жалоб на проблемы с памятью (вопрос № 10) у пациентов с разным уровнем образования. В частности, у пациентов с базовым и средним образованием жалобы на проблемы с памятью встречаются в 3,86 раза

чаще ($p \leq 0,05$), чем у пациентов с высшим образованием. Коэффициент Юла (Q), равный 0,7, подтверждает тесную связь между уровнем образования и частотой жалоб на проблемы с памятью. Причем особенно выражена эта связь у мужчин ($Q=1,0$). Кроме того, мужчины с высшим образованием существенно реже жалуются на проблемы с памятью по сравнению с женщинами с высшим образованием, и, особенно, с женщинами с базовым и средним ($Q=1,0$). Гендерные различия в распространенности различных симптомов депрессии заключаются также в том, что чувство беспомощности чаще встречается у женщин, при этом уровень образования не оказывает влияния на характер этого различия [15].

Выводы

1. Русскоязычный вариант краткой версии гериатрической шкалы депрессии позволил выявить гендерные различия в распространенности депрессии: в популяции пациентов преобладают женщины. Они также чаще испытывают ощущение беспомощности и проблемы с памятью.
2. Выявлены различия в частоте встречаемости различных симптомов депрессии в зависимости от уровня образования пациентов. В частности, у пациентов с базовым и средним образованием жалобы на проблемы с памятью встречаются достоверно чаще, чем у пациентов с высшим образованием. Пациенты с базовым и средним образованием чаще испытывают чувство скуки по сравнению с пациентами с высшим образованием. Женщины с базовым и средним образованием реже ощущают себя счастливыми, чем женщины с высшим образованием.
3. Изучение диагностической значимости отдельных симптомов свидетельствует о необходимости введения в русскоязычную версию дополнительных вопросов, направленных на выявление фактов злоупотребления алкоголем, невербальной агрессии и суицидальных мыслей, что согласуется с мнением других авторов [16]. Представляется целесообразным исключение из русскоязычной версии шкалы вопроса №11 ввиду отсутствия его информативности.

4. Полученные данные позволяют говорить о том, что высокий уровень образования, ассоциирующийся с активной интеллектуальной деятельностью, повышает когнитивный ресурс coping депрессии и является протективным фактором в плане риска развития мнестических нарушений.
5. Распространенность депрессии среди пожилых пациентов кардиологического стационара достаточно высока, что необходимо учитывать в процессе лечения таких пациентов. Разработка и внедрение в практику простых, валидных, гендерно дифференцированных шкал для выявления депрессии – перспективное направление для повышения эффективности лечения пациентов пожилого возраста с БСК и улучшения качества их жизни, что обосновывает необходимость использования инструментов скрининга депрессивных расстройств в комплексном обследовании таких пациентов.

Литература

1. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Минск. 2012. – 426 с.
2. Rabheru, K. Special Issues in the Management of Depression in Older Patients // *Can. J. Psychiatry*. 2004. Vol. 49. P. 41-50.
3. Porzych, K. Depression and anxiety in elderly patients as a challenge for geriatric therapeutic team. // *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku*. 2005. Vol. 50. Suppl. 1. P. 272-275.
4. Arinian, N.T. Identifying and Treating Depression in Patients with Heart Failure // *Journal of Cardiovascular Nursing* 2004. Vol. 19. № 6. P. 47-56.
5. Musselman, D.L., Evans, D.L., Nemeroff, C.B. The Relationship of Depression to Cardiovascular Disease: Epidemiology, Biology, and Treatment // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1998. Vol. 55. P. 580-592.
6. Kathleen, S.A. Systematic Review of the Measurement of Function in Late-Life Depression // *The American journal of geriatric psychiatry*. August. 2017. P. 11-23
7. Lichtman, J.H. Depression and Coronary Heart Disease: recommendations for screening, referral, and treatment // *Circulation*. 2008. Vol. 118. P. 1768-1775.
8. Stefanatou, A., Kouris, N., Lekakis, J. Treatment of Depression in Elderly Patients with Cardiovascular Disease: Research Data and Future Prospects // *Hellenic J. Cardiol*. 2010. Vol. 51. P. 142-152.

9. de Paula Rodrigues G.H. Depression as a Clinical Determinant of Dependence and Low Quality of Life in Elderly Patients with Cardiovascular Disease // *Arq. Bras. Cardiol.* 2015. Vol. 104. № 6. P. 443-449.
 10. Меринов, А.В., Шустов, Д.И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом // *Наркология.* – 2010. – № 5. – С. 59-63.
 11. Yesavage, J.A. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report // *Journal of Psychiatric Research.* 1983. Vol. 17. № 1. P. 37-49.
 12. Kafonek, S.D. Roca, R.P. Proper scoring of the Geriatric Depression Scale (letter) // *J. Am. Geriatr. Soc.* 1989. Vol. 37. P. 819-820.
 13. Sheikh, J.I. Geriatric Depression Scale (GDS) resented evidence and development of a shorter version // *Clin. Gerontol.* 1986. Vol. 5. № 1/2. P. 165-173.
 14. Меринов, А.В., Шитов, Е.А., Лукашук, А.В., Сомкина, О.Ю., Байкова, М.А., Филиппова, М.Д., Меринов, Н.Л., Юрченко, А.И. Супруги мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, имеющие в анамнезе суицидальную попытку: их расширенная клинико-суицидологическая и психологическая характеристики // *Суицидология.* – 2015. – Т. 6. – № 3 (20). – С. 49-54.
 15. Натальская, Н.Ю., Меринов, А.В., Федотов, И.А. К проблеме гериатрической деонтологии // *Клиническая геронтология.* – 2009. – № 12. – С. 41-43.
 16. Меринов, А.В. Влияние прошлой суицидальной активности на прочие аутоагрессивные, экспериментально-психологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // *Суицидология.* – 2013. – Т. 4. – № 3 (12). – С. 58-63.
- © Разводовский Ю.Е., Переверзева Е.В., Нечай О.Н., Шилова О.В., Переверзев В.А., 2018

**ОСНОВЫ КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ, РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В МОНИТОРНОМ
НАБЛЮДЕНИИ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АРИТМИЙ**
По материалам конференции «Сестринское дело в аритмологии, кардиологии» в
рамках XIII Международного Конгресса «Кардиостим-2018»

Шарашкина А.Б.,

модератор конференции «Сестринское дело в аритмологии, кардиологии»
в рамках XIII Международного Конгресса «Кардиостим-2018»

25 лет назад, в 1993 году, состоялся первый Кардиостим – Международный конгресс по электро-стимуляции и клинической электрофизиологии сердца. Четверть века самый северный мегаполис мира объединяет специалистов, занимающихся диагностикой и лечением нарушений ритма и проводимости сердца, предоставляя площадку для обмена опытом, высокопрофессиональных дискуссий и образовательных мероприятий, без которых невозможно развитие специальности. 15-17 февраля 2018 года в Санкт-Петербурге состоялся XIII Международный конгресс по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца «Кардиостим-2018».

Ключевые слова: Кардиостим, лечение аритмий, кардиостимуляция, медсестра

Первый конгресс «Кардиостим» дал мощный толчок к развитию аритмологии в России, потому что впервые позволил всесторонне приобщиться к международному опыту и впервые объединил всех отечественных специалистов-аритмологов. Конгресс собрал профессионалов множества смежных специальностей – кардиологов, аритмологов, кардиохирургов, специалистов по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения, врачей функциональной диагностики, врачей скорой помощи, инженеров-разработчиков техники медицинского назначения. Основная тематика Конгресса – хирургическое лечение сложных нарушений ритма и проводимости сердца, является одной из самых социально значимых проблем современного здравоохранения. Экспоненциальный рост разного вида хирургических вмешательств при жизнеугрожающих тахи- и брадиаритмиях в РФ уже привёл к значимым клиническим результатам, но впереди перед специалистами ещё много задач по удовлетворению потребности населения страны в данных видах медицинской помощи.

Формат Конгресса претерпевал ряд существенных изменений, и в связи с требованиями времени, и увеличением количества участников, и появлением новых технических и образовательных возможностей. На современном этапе аудитория Конгресса насчитывает свыше 1500 участников, количество научных мероприятий конгресса 2016 г. потребовало 12 за-

лов, работающих параллельно каждый из трёх дней конгресса. Ежегодно в программе появляются новые тематические секции и спутные симпозиумы, что обусловлено появлением новых технологий для диагностики и лечения нарушений ритма и проводимости сердца. При этом традиционно, из года в год Конгресс объединяет несколько тематических конференций, и в этот раз состоится XIII Всероссийская конференция по электростимуляции и электрофизиологии сердца, XI Всероссийский симпозиум «Диагностика и лечение аритмий у детей», IX Международный симпозиум «Электроника в медицине. Мониторинг, диагностика, терапия», IV Всероссийский симпозиум по проблемам диагностики и лечения диспластического сердца.

В рамках XIII Международного Конгресса «Кардиостим-2018» 16 февраля 2018 года была проведена конференция «Сестринское дело в аритмологии, кардиологии», посвященная основам кардиостимуляции, роли медсестры в мониторинге наблюдения, диагностике и лечении аритмий. Председателем конференции является Шнейдер Валентина Александровна, главная сестра ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» (г. Калининград).

Эффективное развитие системы здравоохранения в значительной степени зависит от профессионального уровня и качества подготовки среднего медперсонала, как самой многочисленной составляющей кадрового ресурса медицины. Во многих странах подтверждено,

что профессиональная сестринская помощь спасает жизни, ведет к более высоким показателям выздоровления. Сегодня сестринское дело это не только искусство, но и наука. Оно требует понимания, применения специального образования и навыков. Высококвалифицированные специалисты среднего звена должны иметь достаточно знаний, чтобы планировать, осуществлять и оценивать результаты.

В конференции принимали участие медсестры всех специализаций, работники стационара и поликлиник, фельдшеры скорой и неотложной помощи и участковые сестры, т.к. с нарушениями ритма сердца или имплантированным кардиостимулятором встречаются в работе отделения любого профиля.

Открыла конференцию Президент ПРОО «МРСП», доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И. Мечникова МЗ РФ, кандидат медицинских наук Подопригра Г.М.

Научная часть конференции была начата докладом профессора кафедры госпитальной терапии № 1 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Пирогова Н.И., академика медико-технической академии РФ Колпакова Е.В. «О становлении и развитии аритмологической службы в РФ». Евгений Васильевич прошел великий путь в медицине и очень высоко оценил роль медицинской сестры в оказании помощи пациентам.

Представитель фирмы «BIOTRONIK» в г. Санкт-Петербург Екатерина Белоусова рассказала об истории развития электрокардиостимуляции, в своем выступлении докладчик отразила как истоки метода, так и современные решения.

Выступление Логеевой Т.А., подготовленное коллективом калининградских коллег, на тему «Взаимодействие структурных подразделений при госпитализации пациентов со сложными нарушениями ритма в отделение травматологии и ортопедии» имело целью отразить тактику оказания помощи пациентам со сложными нарушениями ритма при протезировании крупных суставов. Авторы пришли к выводу, что представленная, разработанная и апробированная, тактика оказания помощи пациентам со сложными нарушениями ритма позволяет провести своевременное консерва-

тивное и оперативное лечение патологии сердца, что дает возможность безопасно проводить дальнейшие хирургические вмешательства на ОПДА (опорно-двигательный аппарат).

Ю.Н. Поздняков и О.Л. Гордеев (г. Санкт-Петербург) рассказали об особенностях периоперационного ведения пациентов (детей, взрослых), подвергшихся радиочастотной абляции (РЧА) тахиаритмий, пациентов с ЭКС (в т. ч. при сочетанных операциях-имплантации ЭКС и/или радиочастотной абляции АВ-соединения (РЧА АВС) с коронарографией (КАГ) и РЧА АВС + ПЭКС и др. для выработки подходов к оптимизации ведения пациентов в хирургии аритмий. Докладчики заключили, что профилактика различных сердечно-сосудистых, тромбоэмболических, психических, технических осложнений, специфических осложнений кардиостимуляции при различных видах операций возможна при строгом соблюдении установленной методики подготовки к операциям, ведения в послеоперационном периоде.



Несомненно, что на конференции привлекли внимание вопросы внезапной остановки кровообращения у аритмологических больных, которые осветил коллектив авторов из г. Санкт-Петербурга – Булавко Я.Э., Шарашкина А.Б., Гинзбург И.Н., Гордеев О.Л., Егоров Д.Ф. (докладчик Булавко Я.Э.). Согласно докладу, сочетание современных технологий и огромного опыта позволяет достичь самых надежных результатов в лечении больных широкого профиля. Компетентность медперсонала в отношении сердечно-легочной реанимации определяет выживание больного в критической ситуации, поэтому владение и совершенствование навыков проведения неотложной помощи в критических ситуациях с остановкой крово-

обращения является обязательным для каждого медицинского работника.

Актуальным было выступление Савостьяновой Н.М., врача анестезиолога-реаниматолога (стаж работы свыше 40 лет), преподавателя высшей категории Санкт-Петербургского бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Центр последипломного образования специалистов медицинского профиля». В докладе «Обнаружена фибрилляция. Требуется разряд», Наталья Михайловна напомнила участникам конференции об элементарных приемах сердечно-легочной реанимации, о том, насколько важно не потерять драгоценные секунды и оказать посильную помощь не только в стенах стационара, но и в любом другом месте. Всё больший отклик среди медиков находит обсуждаемая программа «доступной дефибрилляции». В России от внезапной остановки сердца ежегодно умирает почти 0,2 % взрослого населения. Очень часто это происходит вне дома и больницы. «Скорая помощь» не в состоянии доехать за считанные минуты. В таких случаях жизнь человеку способны спасти автоматические наружные дефибрилляторы (АНД), их предполагается разместить в общественных местах, а так же оснастить дефибрилляторами все оперативные службы.

Также заслуживал отдельного внимания яркий доклад «Просто о сложном. Режимы стимуляции» Гинзбурга И.Н., кардиолога из г. Санкт-Петербург. Сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности, требует специальных знаний и навыков. Сегодня уже не достаточно быть бездумным исполнителем назначений доктора, медицинская сестра имеет всё больше возможностей повышать квалификацию и требования к знаниям более



широкие. Докладчик наглядно показал, на что необходимо обращать внимание персоналу, работающему с пациентами аритмологического профиля, как отличить нормальную работу водителя ритма от неэффективной стимуляции.

Выразительно выступил исполнительный директор Российской Ассоциации Медицинских Сестер Самойленко В.В. «НМО, профстандарт, аккредитация – как будем жить после 2018 года», затронувший целый ряд важных, злободневных вопросов.

От коллектива авторов из Калининграда (Ракитина В.П., Постол А.С., Иванченко А.В., Шнейдер В.А., Шнейдер Ю.А.), Ракитина В.П. (старшая медицинская сестра отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца) поделилась результатами исследования роли медицинской сестры в диагностике послеоперационных осложнений (экстренных клинических ситуаций), возникающих у пациентов в отделении аритмологии.

На высоком профессиональном уровне представили свой доклад на тему «Организация методов улучшения качества жизни пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий после операции на открытом сердце» коллеги из г. Пермь Брызгалова О.М., Иванова О.В., Синельников Ю.С.

О своем опыте работы в ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» рассказал Дурманов С.С., заведующий отделением хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции №3, врач-кардиолог, к.м.н. в докладе «Глаза и руки врача: работа медицинской сестры в системе удаленного мониторинга».

Авторы Албутова Э.А., Екимова Н.А., Нечепуренко А.А., Тарасов Д.Г. (г. Астрахань)



предложили во избежание оказания медицинской помощи низкого качества и, учитывая специфику отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца, проводить дополнительный опрос пациентов. Анкетирование проводится ежедневно, в анонимном опросе участвуют пациенты, прошедшие оперативное лечение в отделении и готовящиеся на выписку, что позволяет дать оценку пребывания пациентов в ОНРС для улучшения качества работы отделения.

Представители Казахстана презентовали научную разработку по участию специалиста сестринского дела в проведении изоляции устьев легочных вен методом баллонной криоблации. Докладчик Айкумбекова А.Н. отметила, что квалифицированная помощь медсестры в таких комплексных процедурах является важным аспектом, а скоординированная рабо-

та команды позволяет сократить время и риск интервенционных маневров. Также коллеги из Астаны, Садыкова А.А., Моманова Г.Х., Хажымурат А., Нуралинов О.М., Айкумбекова А.Н., Канаева А.У., поделились опытом оптимизации кримпинга чрезкожных систем аортального клапана (на примере работы Национального научного кардиохирургического центра).

Проанализировали законодательную базу Российской Федерации по вопросам ответственности сестринского персонала, работающего с пациентами в хирургии нарушений ритма и проводимости сердца, привели рекомендации для медицинских работников в различных правовых ситуациях Ю.Н Поздняков, О.Л. Гордеев (г. Санкт-Петербург).

Подводя итоги, можно сказать, что конференция вызвала большой интерес профессионального сообщества.

Литература

1. Вестник Кардиостима 2018 [электронная версия] – http://cardiostim.ru/uploads/docs/vestnik_2018.pdf.
2. Сборник тезисов XIII Международного Конгресса «Кардиостим-2018» [электронная версия] – <http://cardiostim.ru/uploads/docs/ThesesCardiostim2018.pdf>.
3. <http://www.cardiostim.ru>.

© Шарашкина А.Б., 2018

УДК 614.2

КОМАНДА СУРГУТСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА В 2018 ГОДУ ЗАНЯЛА ПРИЗОВЫЕ МЕСТА ОКРУЖНОГО МАСШТАБА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ!

Перепелицкая А.Я.,
специалист по связям с общественностью
БУ «Сургутский клинический перинатальный центр».

Бюджетное учреждение ХМАО-Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» – единственное специализированное учреждение охраны материнства и детства, оказывающее первичную медико-санитарную помощь, специализированную и высокотехнологичную медицинскую амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь населению города Сургута и Сургутского района, гражданам России и СНГ, временно проживающим на территории г. Сургута и Сургутского района.

Ключевые слова: Сургутский клинический перинатальный центр, акушерско-гинекологическая помощь, лучший по профессии

«Ты на ошибку не имеешь права,
Хоть ты не бог, а человек простой,
И не корысть, награда или слава –
Приказ души руководит тобой»

БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» оказывает организационно-методическую помощь специалистам ЛПУ I и II уровня административной территории, занимается формированием единых стандартов оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи в ЛПУ административной территории, проводит клинико-экспертную работу по оценке и контролю качества медицинской помощи пациентам в ЛПУ административной территории I и II уровней.

Руководит центром Лариса Дмитриевна Белоцерковцева – главный врач, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Сургутского государственного университета, врач высшей категории, заслуженный врач РФ.

«Призвание и долг каждого медицинского работника – гуманное отношение, милосердие и открытость к пациентам, оказание высококвалифицированной, специализированной и грамотной помощи. В нашем центре уже на протяжении многих лет функционирует институт наставничества, что позволяет молодым кадрам быстро и продуктивно вливаться в коллектив и демонстрировать первые успехи. Каждый успешный врач должен быть исследователем, и горизонты профессионального развития открыты каждому. Наши сотрудники принимают активное участие в различных конференциях,



курсах повышения квалификации. Проходят стажировки в ведущих клиниках России и Европы. Администрация Сургутского клинического перинатального центра всегда поддерживает инициативу и поощряет желание специалистов развиваться и совершенствоваться на профессиональном поприще» – отметила Лариса Дмитриевна Белоцерковцева.

Лучший акушер-гинеколог Ханты-Мансийского автономного округа работает в Сургутском клиническом перинатальном центре!



Пурнов Олег Юрьевич родился и вырос в небольшом городе Камышин Волгоградской области, в семье потомственных медиков. Его бабушка помогала в медсанбате во время Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.). Папа – врач хирург, мама – учитель физической культуры. Младшая сестра – операционная медицинская сестра.

Мама с детства вдохновляла Олега Юрьевича и его сестру на продолжение семейной династии – стать врачами. Детям нравилось быть у отца в больнице. Он помогал людям, его благодарили, говорили «спасибо», и называли почтительно по имени и отчеству. В доме много разговаривали о медицине, и родители, видя тягу к врачеванию, культивировали это желание. Олег Юрьевич целенаправленно стал серьезно заниматься профильными предметами в школе, а именно, биологией и химией. Окончив школу с золотой медалью, с первого раза поступил в Волгоградскую медицинскую академию на лечебный факультет. Родители делали все, чтобы будущий врач не нуждался ни в чем, думал только об учебе. И он учил-

ся, познавая медицину, науку помогать людям, науку спасать людей. Целеустремленность, принципиальность, трудолюбие помогли закончить академию с отличием в 1998 г. Выбор специальности был решен ещё на пятом курсе, ведь очень хотелось совместить терапию и хирургию. Профессия врача акушера - гинеколога помимо высокого профессионального мастерства требует таких навыков, как доброта, мягкость в обращении со своими пациентами, высокое чувство ответственности, ведь врач акушеру-гинекологу доверены две жизни – здоровье матери и ребенка.

После окончания медицинской академии Олег Юрьевич вернулся в родной город Камышин. В 1998-1999 г.г. прошел обучение в интернатуре на базе Центральной городской больницы города Камышина Волгоградской области по специальности «акушерство и гинекология». Там же началась его трудовая деятельность в качестве специалиста: поочередно в гинекологическом отделении, женской консультации, акушерском отделении патологии беременных. Одновременно молодой врач постоянно дежурил в родильном доме и гинекологическом отделении.

С будущей женой Олег Юрьевич учился в медицинской академии в одной группе. Она врач-дерматовенеролог. Дружба со второго курса продлилась до конца учебы и переросла в семейные отношения. Решение переехать на Север было совместным.

«Однокурсник по академии рассказывал, что далеко на Севере открывается новая больница, и она крайне нуждается в высококвалифицированных специалистах. Долго нас уговаривать не пришлось. Ну как же, новые перспективы! Поселок наших надежд назывался Пойковский. С декабря 2005 года по февраль 2007 года я работал врачом акушером-гинекологом в гинекологическом отделении Центральной районной больницы п.г.т. Пойковский, ХМАО-Югра. Работая в ХМАО-Югре, неоднократно слышал от своих коллег о руководителе Сургутского клинического перинатального центра Ларисе Дмитриевне Белоцерковцевой. У меня появилась мечта – работать под руководством этого замечательного специалиста, стать высококвалифицированным врачом в своей специальности» – отмечает Олег Юрьевич Пурнов.

С марта 2007 г. Олег Юрьевич работает в Сургутском клиническом перинатальном центре акушером-гинекологом в родильном отделении, затем в акушерском наблюдательном отделении. А с февраля 2010 г. и по настоящее время – заведующим акушерским наблюдательным отделением. Именно здесь он, благодаря сплоченной работе специалистов Перинатального центра, в совершенстве овладел полным объемом знаний и умений при консервативном и оперативном родоразрешении: ушивание разрывов шейки матки, влагалища, промежности всех степеней; вакуум экстракция плода (KIWI); ручной контроль полости матки; управляемая баллонная тампонада полости матки, кесарево сечение в модификациях (по Штарку, Гусакову); поэтапный хирургический органосохраняющий гемостаз, включающий в себя лапаротомию, наложение компрессионных швов на матку, перевязка восходящих ветвей маточных артерий; органосохраняющие технологии при предлежании плаценты; хирургическая стерилизация; консервативная миомэктомия, ампутация матки, экстирпация матки; малые инвазивные операции: раздельное выскабливание полости матки, медицинский аборт до 12 нед. беременности, прерывание беременности до 22 нед., вакуум-аспирация содержимого полости матки, гистероскопия, гистерорезектоскопия, диатермоэлектроэксцизия шейки матки.

«Олег Юрьевич зарекомендовал себя активным, заинтересованным, дисциплинированным, ответственным за результаты своей работы врачом. Трудолюбив, исполнитель. В практической деятельности, в первую очередь, обращает внимание на качество выполняемой работы. В коллективе пользуется заслуженным уважением коллег. Постоянно участвует в семинарах для врачей акушеров-гинекологов, повышает свою квалификацию на конгрессах, съездах и симпозиумах. Неукоснительно соблюдает принципы деонтологии, врачебной этики. За время работы не имел серьезных осложнений для матери и плода. Является наставником для молодых специалистов, постоянно делится накопленным опытом и знаниями с коллегами. Постулат врача – это образование и опыт. Врачи Перинатального центра, не смотря на большой объем работы, ежедневно повышают свои знания в медицине, стремятся к непрерывному росту и совершенствованию» – отмечает

Белоцерковцева Лариса Дмитриевна, главный врач Сургутского клинического перинатального центра.

Заслуги врачей Сургутского клинического перинатального центра невозможно недооценить. На протяжении всей профессиональной деятельности врачи обучаются и совершенствуют свои практические знания.

Серебряным призером второго окружного этапа Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» в 2018 году стала акушерка Сургутского клинического перинатального центра.



Павлова Светлана Александровна, окончила полный курс ГОУ СПО Белебеевского медицинского училища по специальности «Лечебное дело» в 2009 году. После окончания медицинского училища работала в государственном бюджетном учреждении здравоохранения республики Башкортостан «Белебеевская центральная районная больница» в должности акушерки родильного отделения. Затем переехала в город Сургут и по настоящее время работает в Сургутском клиническом перинатальном центре.

Светлана Павлова работает в акушерском наблюдательном отделении Сургутского клинического перинатального центра.

Функции отделения заключаются в выполнении следующих задач: оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и медицинской помощи новорожденным.

Применение современных методов диагностики, лечения, новой медицинской техники и аппаратуры, лекарственных средств.

Внедрение современных перинатальных семейно-ориентированных технологий (демедицина родов, партнерские роды, совместное пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди, приоритет грудного вскармливания, профилактика гипотермии новорожденных).

Организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями женщин, новорожденных и персонала.

Обеспечение проведения вакцинопрофилактики новорожденных и проведения их обследования на наследственные заболевания в установленном порядке.

Санитарно-гигиеническое просвещение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем.

Проведение статистического мониторинга и анализа причин заболеваемости и осложнений у женщин и новорожденных.

«Я, как акушерка родильного зала, в своей работе подчиняюсь старшей акушерке и зав. отделением.

Свой рабочий день я начинаю с прохождения санации. За 15 минут до начала рабочего времени принимаю дежурство непосредственно около постели каждой роженицы. Проверяю готовность родильных залов к приему родов, санитарное состояние смотрового, процедурного кабинетов, материальной, сроков стерилизации биксов. Одной из составляющих благополучного завершения беременности и родов, считаю создание атмосферы полного

доверия, психологического равновесия женщины, поддержания в ней чувства радости ожидания ребенка и уверенности в своих силах» – говорит Светлана Александровна.

В современном акушерском стационаре особое значение уделяется организации родильного блока. Система родильных помещений, оснащенных ультразвуковыми приборами, фетальными мониторами, аппаратами кардиотокографии и другой следящей аппаратурой, располагающих значительным арсеналом лекарственных средств, позволяет оказывать квалифицированную медицинскую помощь, как женщинам, так и новорожденным детям. Многие факторы, которые приводят к тяжелым осложнениям в течение родов, могут быть предупреждены или устранены без применения сложных и дорогих методов диагностики и лечения. Для этого необходимо глубокое понимание факторов риска, связанных с беременностью и родами. Постоянный динамический контроль за состоянием роженицы и плода позволяет при малейших отклонениях своевременно и эффективно оказать помощь. С момента поступления беременной на роды она находится под наблюдением врача акушер-гинеколога и акушерки. В родильном зале роженице предоставляется возможность облегчить течение активной фазы родов при помощи мяча и ванны, которые в первом периоде родов способствуют расслаблению мышц и обезболиванию.

Чувство ответственности за доверенные жизни и здоровье матери и ребенка обязывают специалистов постоянно совершенствовать свои знания, умения и навыки, повышать свою квалификацию. Значимость профессионалов команды Сургутского клинического перинатального центра переоценить трудно, ведь именно от них, от их опыта, знаний и навыков очень часто зависит жизнь и здоровье матери и ребенка. Центр помогает женщинам становиться мамами, сопровождая их с момента поступления в роддом и до торжественной выписки.

Говорят, счастье нельзя измерить и взвесить, но у акушеров-гинекологов это получается.

© Перепелицкая А.Я., 2018

НАТАЛЬЯ АЙТМУХАМЕТОВА: «СВОЮ РАБОТУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЯТЬ ТАК, КАК БУДТО ТЫ ЭТО ДЕЛАЕШЬ ДЛЯ СЕБЯ»

Всем операционным медицинским сестрам посвящается....

Операционный день не выбирает погоду, время года, настроение хирургов и пациентов. Просторные больничные холлы всегда будут наполнены многообразием человеческих эмоций, волнением, надеждой на выздоровление. Врачи будут выполнять ежедневную работу, часто очень не простую, пациенты – надеяться на второй шанс и возможность все исправить. Однако, встречаются в ежедневной суете больничного городка под названием ОКД, на мой взгляд, совершенно удивительные люди. Ангелы в белых костюмах для одних и надежные товарищи для других. Операционные медицинские сестры обладают уникальным талантом – правильно настроить пациентов на выздоровление, а хирургов на работу.

«С каждым годом я все больше влюбляюсь в свою профессию. Прихожу на работу с радостью и возвращаюсь на следующий день также с удовольствием. Очень приятно трудиться в коллективе неравнодушных людей. Я знаю, что любая просьба с моей стороны никогда не остается без внимания».



Здесь один за всех и все за одного. Оперблок – сердце любой клиники. Это огромный живой механизм, в работе которого не бывает мелочей или ненужных деталей. Команда операционно-реанимационного корпуса Окружного кардиоцентра складывалась годами, а потому случайных людей там нет. Сегодня наша зарисовка посвящается прекрасной половине этого коллектива – операционным сестрам.

«Никогда не предполагала, что буду работать именно в кардиохирургии. Это интересная и даже захватывающая профессия. Она не стоит на месте и постоянно развивается».

Наталья Васильевна Айтмухаметова – старшая медицинская сестра операционного блока, родом из небольшого городка Удмуртской Республики. Школу и медучилище окончила с

отличием. Работать начала еще со школьной скамьи – сначала санитаркой в местном роддоме, затем там же операционной медсестрой. По приезду в Сургут, а это было около 20 лет назад, Наталья Айтмухаметова практически сразу поступила на службу в Окружной кардиоцентр. В свободное от работы время любит читать. Предпочтение отдает произведениям Льва Толстого. От героинь творчества великого писателя Наталью Васильевну, пожалуй, ничего и не отличает – такая же женственная и с сильным характером.

«Операционная сестра – это связующее звено в бригаде. Ее роль заключается не только в качественной подготовке инструментария и расходного материала, но и полном участии в ходе оперативного вмешательства. Она должна работать на опережение, просчитывать все вперед на два шага и даже чувствовать состояние хирурга».

Сестринский коллектив оперблока – это 14 талантливых и очаровательных девушек, скрывающих свою красоту под медицинскими масками и мешковатыми костюмами. В прошлом году коллектив сестер увеличился вдвое. Открытие современного операционно-реанимационного корпуса позволило дать новые рабочие места.

«Мы делали ставку именно на молодых специалистов. Признаюсь, было немало желающих занять вакантное место медсестры оперблока и среди опытных коллег. Однако в кардиохирургии важна каждая мелочь, каждая деталь. И человек не должен путать это с чем-то другим, общей хирургией, например».

Уникальная система наставничества – это визитная карточка Окружного кардиоцентра. За многолетнюю историю в учреждении выросла не одна плеяда талантливых специалистов. И это касается не только коллектива врачей. У

команды сестер оперблока многому можно научиться. Хирургический атлас они знают не хуже своих коллег с высшим образованием. В 2016 году даже свое учебное пособие выпустили.

«Это как букварь для первоклассника. Только в нашем случае – настольная книга операционных сестер. Специализации «Сестринское дело в кардиохирургии» просто не существует. А в этом издании собрано абсолютно все, с чем ежедневно мы сталкиваемся в своей работе – анатомия и физиология сердца, специфика работы с инструментами, выполнение хирургических техник и так далее. Появлению на свет этой книги мы обязаны одной из наших самых опытных сестер – Слободчиковой Татьяне. Рецензентами выступили наши хирурги – Дмитрий Ковальчук и Алексей Бродский».

Операционная медсестра переживает все этапы профессионального взросления, как и врач, признается Наталья Айтмухаметова. Пройдет ни год, ни два, и даже не три, прежде чем появится уверенность и понимание сути мелочей.

«Профессия операционной медсестры нас учит быть выносливыми и терпеливыми. Стрессоустойчивость, повышенное внимание и колоссальная ответственность – главные качества. Свою работу необходимо выполнять так, как будто ты это делаешь для себя».

Если командный труд в операционной – это ежедневный вызов болезни, то работа в административном звене – это еще и ежедневный вызов графикам, заявкам и планам. Всей несвойственной хирургам бумажной работой в оперблоке, в основном, занимается именно Наталья Айтмухаметова. Сегодня на повестке дня, к примеру, составление заявок на приобретение инструментов – сотни наименований. Здесь без знаний операционного дела не обойтись.

«В каталогах хирургические инструменты, также как медицинские приборы, аппараты и оборудование, распределяются по разделам, применительно к медицинским специальностям. При выборе инструмента учитывается его длина, диаметр, количество зубчиков, наличие кремальер или насечек – это все очень важно и должно соответствовать нормативным требованиям».

Возглавить сестринский коллектив Наталье Айтмухаметовой предложили в 2011 году. Ра-



бота в новой должности никак не повлияла на желание возвращаться в операционную вновь и вновь. Зато появились новые задачи, к слову, не менее интересные.

«Я горжусь тем, что принимала участие во всех мероприятиях, связанных со строительством нового операционно-реанимационного корпуса Кардиоцентра. Я очень признательная главному врачу Окружного кардиологического диспансера Ирине Александровне Урванцевой и главной медсестре нашего центра Ольге Алексеевне Приходько за возможность пройти обучение в ведущих российских и зарубежных клиниках. Я получила уникальные знания и понимание того, как должна быть организована работа сестринского персонала в условиях современного оперблока».

Руководящая роль старшей операционной заключается не только в правильной организации труда коллектива. Она направлена на сохранение и улучшение здоровья пациентов.

«Абсолютно все пациенты испытывают волнение перед операцией. Несмотря на то, что сегодня поток больных увеличился, я каждое утро стараюсь лично проводить каждого пациента в операционную, ведь, как известно, и слово лечит. В операционной больного встретят уже мои девочки. Я всегда их прошу, чтобы они также с большим вниманием и уважением относились к пациентам».

Пусть очередной операционный день выпал на ненастную и хмурю погоду, ангелы в белых костюмах все равно будут солнечными и жизнерадостными, обезоруживая своей улыбкой все человеческие невзгоды и переживания.

ПУТЬ ОТ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДО ГЛАВНОГО ВРАЧА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ!

В апреле 2018 года отметила юбилей Яна Владиславовна Качальская – главный врач БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», врач – психиатр высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения РФ, главный внештатный специалист – психиатр Департамента здравоохранения ХМАО-Югры.



Качальская Яна Владиславовна, родилась в городе Тюмени. С выбором профессии определилась быстро. На тот момент для юных девочек были две престижные профессии – это учитель или врач.

В период обучения в Тюменском медицинском институте с 1987 года начала свою трудовую деятельность на базе стационарного отделения детской клинической больницы города Тюмени. В марте 1990 года приступила к работе в Тюменской станции скорой помощи в качестве медицинской сестры, а в дальнейшем и фельдшера. С августа 1992 года была переведена на должность врача выездной бригады станции скорой медицинской помощи. В 1992 году прошла обучение и интернатуру по специальности «Педиатрия», а в дальнейшем по «Психиатрии».

С сентября 1993 года начала свой трудовой путь в качестве врача-психиатра (подросткового) центра психического здоровья и практической психологии в городе Тюмени. В августе 1997 года по приглашению главного врача Окружного психо-наркологического диспансера города Ханты-Мансийска Константина Мисюры была переведена на должность врача-психиатра (детско-подросткового) диспансерного отделения ОКПНД. С ноября 1998 года была назначена на должность заместителя главного врача по медицинской части Окружного психо-наркологического диспансера города Ханты-Мансийска и параллельно по совместительству работала в должности врача-психиатра. В этой должности проработала свыше 18 лет.

С 2001 года была назначена членом комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сегодня Яна Владиславовна продолжает осуществлять межведомственное взаимодействие среди органов и учреждений системы профилактики безнадзорности, беспризорности и правонарушений несовершеннолетних по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре.

Является членом рабочей группы при Уполномоченном по правам ребенка в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре по вопросам индивидуальной реабилитации и сопровождения несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, социально-опасном положении, в том числе пострадавших от жестокого обращения.

С 2014 года и по настоящее время является главным внештатным специалистом психиатром Департамента здравоохранения ХМАО-Югры.

Яну Качальскую за работу в области медицины часто отмечали различными наградами. Одной из важных наград является благодарственное письмо от окружной телерадиокомпа-

нии «Югра» за многолетнее участие и помощь в создании социальных телепрограмм, направленных на сохранение здоровья и информирование зрителей телеканала «Югра». В период с 2014 – 2015 годы был создан цикл телевизионных программ, направленных на профилактику психических расстройств среди различных групп населения. В июне 2016 года Яне Владиславовне вручили Нагрудный знак «Отличник здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ. По данным Центральной конкурсной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году за участие во Всероссийском конкурсе врачей в номинации «Лучший психиатр» Яна Владиславовна заняла 3 место.

Одним из достижений в работе Яны Владиславовны является развитие детской психиатрической службы. При участии Качальской Я.В. и Мисюры К.Б. для маленьких жителей Ханты-Мансийска в психоневрологической больнице открылся логопедический кабинет. На сегодняшний день он носит название «Кабинет развития речи». В 2015 году в кабинете увеличились штатные единицы, добавились такие специалисты как медицинский психолог, педагог-психолог и медицинская сестра.

За период работы в должности заместителя главного врача по медицинской части при участии Яны Владиславовны активно осуществлялось развитие стационарного звена (психиатрическое отделение №1 и №2, отделение неотложной наркологической помощи). Принимала активное участие во врачебной комиссии в стационарных отделениях.

При непосредственном участии Яны Владиславовны в учреждении был реорганизован антикризисный кабинет, с 2015 года кабинет медико-социально-психологической помощи, где одним из приоритетных направлений является оказание профилактической и консультативно-лечебной помощи лицам, добровольно обращающимся с кризисными, суицидоопасными состояниями. Основной целью деятельности этого подразделения стала терапия и профилактика кризисных состояний в различных возрастных и социальных группах населения через оказание специализированной помощи врачами-психиатрами и медицинскими психологами диспансерного отделения.



В целях улучшения качества оказания специализированной медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре Я.В. Качальская была инициатором и разработчиком приказов «Об организации психиатрической помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» и «О мероприятиях в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, направленных на снижение количества суицидальных попыток».

Яна Владиславовна инициировала открытие отделения для принудительного лечения пациентов, совершивших правонарушения, освобожденных судом от уголовной ответственности по причине их невменяемости. Так на базе БУ «Советская психоневрологическая больница» открылось отделение специализированного типа для последующего принудительного лечения.

Под руководством Яны Владиславовны в 2015 году в Ханты-Мансийской клинической психоневрологической больнице открыли «Аптечный пункт» и «Дневной стационар». Большое внимание уделяется лекарственному обеспечению препаратами, особенно льготной категории граждан.

В конце 2016 года Яна Качальская являлась руководителем штаба и ответственным за организацию экстренной психиатрической и психологической помощи при ликвидации ЧС, произошедшей на территории Ханты-Мансийска 4 декабря 2016 года.

Сегодня можно сказать, что мечта юной тюменской девочки сбылась. Яна Качальская прошла не легкий, но интересный творческий путь от медицинской сестры до главного врача. Полученными знаниями, профессиональным опытом делится с будущими коллегами в Ханты-Мансийской медицинской академии. Яна Владиславовна – преподаватель дисциплины «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Коллектив бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница» поздравляет прекрасную

женщину и замечательного главного врача психоневрологической больницы Яну Качальскую с юбилеем!

Вы без малого 25 лет посвящаете себя охране психического здоровья в Югре. Вы активно применяете Ваше профессиональное мастерство. Многолетняя добросовестная работа помогает укрепить здоровье югорчан. Много лет вы не остаетесь равнодушной к детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Ваша доброта, внимание к коллективу и очаровательная улыбка вдохновляет окружающих. В коллективе Вы являетесь образцом честности, порядочности и справедливости. Желаем Вам правильно принятых решений, блестящих идей, лёгких ответов на трудные вопросы, продолжать преданно служить медицине и вести свой корабль по курсу успеха.

Пресс-служба
БУ «Ханты-Мансийская клиническая
психоневрологическая больница»

Содержание

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Урванцева И.А., Мигунова С.Г., Кожокарь К.Г.** Реализация концепции бережливого производства на примере работы поликлинической службы кардиологического диспансера3
- Михайлов С.К.** Импортозамещающие технологии в реабилитации наркологических пациентов.....9

РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

- Яковлев С.В., Сподар Ю.С., Хабарова А.С., Игнатов С.В., Пачганова С.С.** Реабилитация пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в БУ «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр».....15
- Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Чирков С.В., Скребов Р.В.** Основные показатели деятельности филиала «Отделение в городе Мегионе» КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2015, 2016, 2017 гг.....18
- Розова А.В.** Дуплексное сканирование сосудов почек в поликлинической практике.....26
- Федив А.В., Дюдиков С.И., Селиванова С.Б., Семенькова Г.В.** Опыт успешного применения диазепама в вегетативном состоянии с целью разрушения патологической доминанты БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница».....30
- Зинина Е.Е., Нечаевских В.И.** Клинический случай с редким наследственным заболеванием....33

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Долгицкий О.Д.** Анализ межведомственного взаимодействия с управлением опеки и попечительства на фоне процесса трансформации института семьи и брака в условиях анонии.....36
- Урусов Д.А., Меснянкин С.А., Никитин Д.Ю., Стефанов С.А.** Первый опыт успешного применения экстракорпоральной мембранной оксигенации при лечении посткардиотомной сердечной недостаточности.....42

- Меденцева Т.А., Вытчикова М.И., Иванова А.А.** Значение неполной семьи для формирования аутоагрессивной траектории45
- Михайлёва Е.А., Тараник М.Б.** Церебральная дисфункция органов чувств у детей, родившихся раньше срока.....49
- Башкинова Н.В., Ефимова А.Д., Полкова К.В.** Алкогольная зависимость на фоне пограничного расстройства: суицидологическая и наркологическая характеристики.....52
- Обиход С. В., Фомина Е. Б.** Клинический случай: первичная хирургическая обработка проникающего ранения глазного яблока с экстракцией катаракты и имплантацией ИОЛ.....55
- Разводовский Ю.Е., Переверзева Е.В., Нечай О.Н., Шилова О.В., Переверзев В.А.** Применение краткой гериатрической шкалы депрессии у пожилых пациентов с кардиологической патологией: влияние пола и уровня образования.....58

ПО МАТЕРИАЛАМ КОНФЕРЕНЦИИ

- Шарашкина А.Б.** Основы кардиостимуляции, роль медсестры в мониторинжном наблюдении, диагностике и лечении аритмий.....63

МЕДИЦИНА В ЛИЦАХ

- Перепелицкая А.Я.** Команда Сургутского клинического перинатального центра в 2018 году заняла призовые места окружного масштаба в сфере здравоохранения!.....67
- Наталья Айтмухаметова:** «Свою работу необходимо выполнять так, как будто ты это делаешь для себя»71

ПОЗДРАВЛЯЕМ

- Путь от медицинской сестры станции скорой медицинской помощи до главного врача психоневрологической больницы!.....73

