

2018, № 1 (15)

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Лаптева Е.С., к.м.н., зав.кафедры гериатрии, проведевтики и управления в сестринской деятельности СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Подопригора Г.М., к.м.н., доцент кафедры гериатрии, проведевтики и управления в сестринской деятельности СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Цуцунава М.Р., BSc, MS, ассистент кафедры гериатрии, проведевтики и управления в сестринской деятельности СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова, выпускающий редактор

Аристидова С.Н., зав.уч.ч.кафедры гериатрии, проведевтики и управления в сестринской деятельности СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Дмитриева Е.А.,
гл.медсестра СПб ГБУ ГП № 34,
промоутер

Кузнецова В.В., ст.акушерка родильного отд. НИИ АГ им. Д.О.Отта СЗО РАМН, промоутер

ISSN 2413-6271

Учредитель:
АНО «Независимое информационное
агентство »НИАГара» (г.СПб, с 2004 г.)

Спонсор выпуска –
ПРОО МР СПб

С 2017 года ЖУРНАЛ ИНДЕКСИРУЕТСЯ В РИНЦе (Российский Индекс Научного Цитирования – Science Index)

Журнал выходит с 2013 г.

Адрес редакции Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47

Кафедра гериатрии, проведевтики и управления в сестринской деятельности
mediteka21@mediteka.ru

Оригинал-макет –
Цуцунава М.Р.

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федеральному округу ПИ № ТУ 78-01371

ISSN 2413-6271

2018, № 1 (15)

**СПЕЦИАЛИСТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД**

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ	3
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи	4
На чем страховщики ловят медицинские организации.....	5
ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	8
ОБЗОРЫ	
Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М., Аристидова С.Н., Дьячкова-Герцева Д.С. Преемственность между лечебными учреждениями как критерий качества медицинской помощи. Эволюция понятия.....	10
ОБРАЗОВАНИЕ	
Шилов Ф.М. Предложения о разработке дополнительных образовательных программ для среднего медицинского персонала в пенитенциарной системе.....	17
ОПЫТ	
ГОСТ Р 56819-2015 Профилактика Пролежней. Опыт внедрения в больнице св. Георгия.....	21
МАТЕРИАЛЫ XIII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПУШКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ» (29–30 НОЯБРЯ)	24

Наступивший 2018 год будет отмечен рядом юбилеев, связанных со здравоохранением и профессией. В этом году исполняется 115 лет со времени открытия академиком И.П.Павловым условных рефлексов. 215 лет тому назад была основана Мариинская больница (год основания – 1803). 90 лет тому назад, в 1928 году, средние медицинские школы были преобразованы в медицинские техникумы с тремя отделениями (по подготовке акушерок, сестер по охране материнства и младенчества и медицинских сестер) с целью повышения качества подготовки среднего медицинского персонала. 100-летие в этом году будет отмечать издательство «Медицина». 100 лет тому назад был подписан Декрет об учреждении Наркомздрава.

Есть еще одна дата - 55 лет тому назад, в 1963 году, впервые в номенклатуру должностей медицинских учреждений была введена должность главной медицинской сестры Приказом Министерства здравоохранения СССР № 395. В основные обязанности главной медицинской сестры вошли организация и руководство работой среднего и младшего медицинского персонала, вопросы взаимосвязи и координации его подразделений, а также вопросы обеспечения ритмичности работы медицинского учреждения.

Сегодня нужно быть, по меньшей мере, виртуозом в деле управления сестринскими кадрами, когда отмечается кадровая необеспеченность отрасли. Однако это едва ли доказывает тот факт, что профессия медсестры по сей день остается непрестижной, как это было не так давно. Дело тут в другом. Сегодня работа главной медицинской сестры в корне отличается от работы ее коллег в советское время. Основное отличие, пожалуй, в том, что ежегодно они могли рассчитывать на то, что наступит сентябрь и в больницу, после отпуска, обязательно придут молодые специалисты, как минимум на три года.

Тем не менее, несмотря на некую кадровую стабильность в системе здравоохранения в советское время, уже в то время в литературе были предприняты попытки обратить внимание на значимость социально-психологических методов управления, к которым относили: правильное взаимоотношение между руководителями и подчиненными, учет психологических особенностей труда на разных участках работы, способность объективно оценить личные качества сотрудников и результаты их деятельности – все то, что еще предстоит осознать руководителям 21 века.

А пока идет процесс осознания, следует не забывать, что нравственные законы всегда будут стоять выше по определению, и задачу обеспечивать качественный уход никто никогда не снимет с руководителя, в независимости от того, обеспечено его учреждение кадрами или нет...

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ) (ПРИЛОЖЕНИЕ № 8 К ПРИКАЗУ ФФОМС ОТ 01.12.2010 № 230 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ...»

РАЗДЕЛ 1. НАРУШЕНИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ	
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС
1.5.	приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и (или) медизделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи
РАЗДЕЛ 3. ДЕФЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ/НАРУШЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
3.10.	повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медорганизациях.
3.13.	Невыполнение по вине медорганизации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством
РАЗДЕЛ 4. ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ	
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медорганизации без объективных причин
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством РФ случаях
4.4.	Наличия признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, вклейки, полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов
4.6.1.	Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы
РАЗДЕЛ 5. НАРУШЕНИЯ В ОФОРМЛЕНИИ И ПРЕДЪЯВЛЕНИИ НА ОПЛАТУ СЧЕТОВ И	

РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ	
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в т.ч.:
5.1.4.	Некорректное заполнение полей реестра счетов;
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС;
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС;
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь;
5.4.1.	Включение в реестр счетов в случае оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности;
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медорганизацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медорганизацией;
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения, оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: Амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медорганизациях в рамках стандартов медицинской помощи); Пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медорганизациях)
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения

НА ЧЕМ СТРАХОВЩИКИ ЛОВЯТ МЕДОРГАНИЗАЦИИ

ПОДГОНКА ДАТ

Эксперты сравнивают медицинские документы пациента и таблицу учета рабочего времени врача. Если даты не совпадают, возникает вопрос «А была ли оказана медпомощь?»
Пример: по документам больного лечили в субботу, а по факту дневной стационар в выходные не работает. Или врач в отпуске, а по документам ведет прием. Проверка показала, что пациентов принимала медсестра, врач просто расписывался, а вторую часть приема врач заведомо перевыполнил и проставил даты будущим числом.

«ДОДЕЛЫВАНИЕ» НЕПРОВЕДЁННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Перед проверками страховщиков в МО разворачивается кипучая деятельность по дописыванию, доделыванию, замазыванию в медицинских документах. Медсестры, делая ксерокопии пленок и вкладывая их в истории болезни, не заморачиваются, в результате чего, например, появляются пациенты с одинаковой кардиограммой. Бывает, человек перенес инфаркт миокарда, а, судя по пленке, абсолютно здоров.

Врачи приукрашивают записи в журналах, пишут то, чего по факту не делали. При этом не удосуживаются сопоставить записи с историей болезни. Например, в журнале оперативных вмешательств добавляют себестоимость за счет того, что сделали все «очень технологично и сложно», а в истории написано «осложнений и проблем не было». Особенно этим грешат стоматологи: умудряются 4 раза депульпировать один и тот же зуб!

НЕСООТВЕТСТВИЕ ДИАГНОЗОВ В ВЫПИСКЕ И ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Появление в выписке одного диагноза, а в истории болезни – другого странным образом совпадает с увеличением стоимости КСГ. Например, в выписке у пациента «нестабильный рост и коронарный синдром, не закончившийся инфарктом», а в истории болезни – «инфаркт миокарда».

Страховщики сталкиваются и с тем, что диагноза нет вообще. При поступлении диагноза пишут карандашом, чтобы позднее подогнать под более дорогую. В медицинских документах диагноз не указывают вообще, а потом просто забывают дописать.

ОТСУТСТВИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Пациенты пишут добровольное согласие на медицинское вмешательство уже около 20 лет, но код дефекта 4.3 стабильно дает 5-10% санкций. Некоторые МО используют согласия с ссылками на нормативные акты, которые уже утратили силу. Такой документ не признает ни страховая компания, ни суд.

Самые распространенные ошибки: не ставится расшифровка подписи медработника, который берет согласие; отсутствие отдельного согласия на анестезию; получение согласия «оптом» (напр., пациент с пневмонией, а у него согласие на гастроскопию, колоноскопию и коронарографию).

ФАЛЬСИФИКАЦИЯ КОДОВ

Есть организации, в которых сотрудник, отвечающий за подготовку реестра счетов, считает себя самым главным клиницистом. Перед ним стоит задача – сформировать счет по дорожке. Статистик на свое усмотрение подгоняет кодировку, где меняет МКБ, где-то – КСГ. Такая деятельность по увеличению финансового плана со стороны отдела статистики содействует легкой прибыли, которую страховые компании «выгребают» при проверке.

Ситуация

В одной крупной медорганизации сотрудник, который формирует реестр счетов, применил код «сахарный диабет» ко всей хирургии. Больница сразу получила на миллион больше, чем положено по хирургическому тарифу за ведение диабетической стопы.

Естественно, у экспертов вопросы. Почему основным заболеванием ставят сахарный диабет, а кодируют на хирургической койке? Или допустить, что пациента там держали из-за осложнений, то где гликированный гемоглобин, биохимические показатели, консультация эндокринолога и расписание схемы, подбор инсулинотерапии или сахароснижающих средств? Доказательств, что пациента лечили по поводу сахарного диабета, нет. Это позволяет в полной мере снять с медорганизации деньги. Доктор не виноват. Диагноз рукописный, написано, что у пациента – осложнение сахарного диабета, язвы описаны и т.д. Врач в статтalone закодировал диабетическую стопу, а в реестре она превратилась в сахарный диабет, который стал тянуть за собой соответствующие дорогие КСГ.

В ряде случаев ставится более дорогая группа, например, хроническая сердечная недостаточность, чем выше класс, тем больше стоимость: от 8 до 40-50 тыс. руб. за госпитали-

зацию. Если это делается внутри отделения, то в истории болезни хотя бы формально диагноз совпадает с тем, что подано в реестр. Однако страховщики сталкиваются с медорганизациями, в которых статистики просто меняют реестр, не обращая внимания на статталон.

ВКЛЮЧЕНИЕ ВИДОВ МЕДПОМОЩИ, КОТОРЫЕ НЕ ВХОДЯТ В ТЕРРИТОРИАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ ОМС

Случай с диагнозом СПИД в большинстве регионов не проходит по ОМС, поэтому вместо «СПИД» или «Сифилис» врачи пишут какой-то сопутствующий диагноз, например, пневмонию. Однако по истории болезни эксперт видит, что основная масса терапии направлена на ВИЧ-инфекцию. Это не говорит о том, что пациент, у которого на данный момент нет выраженного иммунодефицита, не мог поступить с пневмонией или гастритом – они оплачиваются по ОМС. Но если возникает развернутая клиническая стадия и человек умирает от последствий иммунодефицита, то в большинстве регионов страховщики такие случаи отсекают. Аналогичная ситуация с туберкулезом.

ПРОТАЛКИВАНИЕ ДУБЛЕЙ

Медработники включают в реестр счетов амбулаторное посещение, а пациент в это время лечился в круглосуточном стационаре. Это – нарушение, эксперты просто сравнят даты. Исключение, если в день выписки или поступления пациент успел сходить в поликлинику или получал консультацию узких специалистов. Например, центральная районная больница, чтобы получить консультацию более высококлассного врача, отправляет пациента в областной клинический центр. Деньги за пациента получают и больница, и центр.

Можно ли получить оплату за посещение в поликлинике, если пациент лежит в дневном стационаре? Да, если посещение не связано с основным заболеванием.

Эксперты забракуют счет, если совпадают даты дневного и круглосуточного стационаров, кроме дня поступления и выписки.

Может ли пациент находиться в двух дневных стационарах одновременно? Вполне, если лечится, например, в одной клинике до обеда, а после обеда – в другой. Законодательство это не запрещает. Медорганизации вообще могут не знать, что пациент лечится в двух дневных стационарах.

УКАЗАНИЕ СЛУЧАЕВ ПО ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КОТОРЫХ НЕТ В ЛИЦЕНЗИИ

Если у медорганизации нет лицензии на определенный вид медицинской деятельности, у врача нет сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации, подавать счет по ОМС нельзя. Исключение – случаи неотложной помощи.

На особом контроле случаи оказания помощи несовершеннолетним. Детская хирургия и взрослая – разные виды медицинской деятельности. Подростка могут прооперировать во взрослой хирургии, но формально это неправильно. Врач должен иметь сертификат детского хирурга.

(Источник: «Здравоохранение»)

НОВОСТИ МИНЗДРАВА

С 1 января 2018 года вступил в силу новый Приказ Минздрава России о диспансеризации № 869н от 26.10.2017 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО...**...Бесплатная инъекция инсулина больным диабетом была утверждена Наркомздравом в 1935 году?**

Приказ Наркомздрава РСФСР от *13.XII.1935*, № *1305*

В развитие приказа № *808* от *29.VIII.1935* (пункт *1*) предлагаю инъекции инсулина больным диабетом производить в амбулаториях и поликлиниках бесплатно за счет сумм, ассигнованных на медикаменты для амбулаторий и поликлиник

...Должность фельдшера-фельдшерицы в стационарах была введена в 1935 году?

В городских больницах с числом коек менее ста, где количество штатных врачей не обеспечивает правильной организации суточного врачебного дежурства по больнице и по приемному покою, в номенклатуру должностей медицинского персонала ввести должность фельдшера-фельдшерицы. В указанных больницах фельдшера могут занимать должности старшей сестры больницы, старшей операционной сестры.

На фельдшеров-фельдшериц в указанных больницах возлагается наряду с врачами суточное дежурство по больнице и приемному покою.

(Приказ Наркомздрава РСФСР от *15.XII. 1935г.*, № *1308*)

...Когда-то существовало такое понятие, как «персональная ставка»? Об этом свидетельствуют соответствующие приказы Наркомздрава:

Приказом наркома здравоохранения т.Каминского от *7.VI.1936* г. санитарке Востриковской амбулатории Нюксенского района Северного края Бурцевой А.И. за непрерывную *34*-летнюю работу, умелый подход к больному и бережное отношение к госимуществу установлена персональная ставка в *150* руб.

На основании приказа НКЗдрава РСФСР от *4.VIII.1936* г., № *842* фельдшеру, заведующему медицинским пунктом Ливленского с/совета Холмогорского района Северного края Яловину Н.Ф. за *26*-летнюю непрерывную работу в области здравоохранения, за добросовестное отношение к работе, *1.VI.1936* г. установлена персональная ставка в *350* руб.

Приказом наркома т. Каминского главному врачу и заведующему Черевковской районной больницей т. Попову К.А. за непрерывную *30*-летнюю работу в области здравоохранения, из коих *20* лет в Черевковской районной больнице, лучшему производственнику и общественнику с *1.VI.1936*г. установлена персональная ставка в *800* руб.

В 30-х годах прошлого века шприцы могли не кипятиться перед каждой инъекцией?

«...в ряде больниц шприцы не кипятятся перед каждой инъекцией, а хранятся в денатурированном спирте, зачастую даже не покрывающем шприц, а только смачивающем одну из его сторон, кипятится же шприц 1-2 раза в сутки – независимо от количества инъекций».

В предвоенное время ставился вопрос о создании научных кружков для медицинских сестер в больницах?

«... В.К.Рятсеп (больница им. К.Маркса) указала, что в ее отделении сестринские кружки организовывались уже с весны 1935 г. Здесь следует отметить работу проф. В.А.Вальдмана и ассистента С.Я.Кофмана. Ранее отмечалась текучесть среднего медицинского персонала. С приходом в клиники проф. В.А.Вальдмана работа сестер стала более интересной. Начались групповые и индивидуальные занятия с сестрами у постели больного. Сестры стали интересоваться и лабораторной работой, стали обучаться ряду медицинских манипуляций (желудочное и дуоденальное зондирование, введение глюкозы в вену). С осени 1935 г. научные доклады медсестер вошли в календарный план».

...Первая общегородская конференция медицинских сестер больниц и институтов Ленинграда состоялась в 1939 году?

В предисловии к сборнику «Труды 1 общегородской конференции медицинских сестер больниц и научно-практических Институтов Ленинграда» зав. Ленгорздравотделом, депутат Верховного Совета РСФСР доц. Л.А.Эмдин написал:

«... Медицинская сестра, выполняющая большую и ответственную работу по обслуживанию больных крайне редко с трибуны или в печати сообщала о своих достижениях, о своих методах работы, о своем подходе к больному. Проведенная Ленинградским Горздравотделом 1 общегородская конференция больничных медсестер показала, как мало мы знаем наших сестер и какими замечательными кадрами медсестер мы располагаем. ... Заслушанные на конференции доклады медсестер представляют не только практический, но и большой научный интерес. Главным врачам больниц, зав.отделениями, ординаторам много еще нужно сделать для того, чтобы лозунг «сестра – первый помощник врача» был действительно претворен в жизнь в ближайшее время... Ценность научных сообщений, сделанных впервые медицинской сестрой, дает нам право опубликовать «Труды 1 общегородской конференции медсестер» и пожелать, чтобы эта книга послужила стимулом для дальнейшего роста медицинской сестры – подлинного первого помощника врача».

На I общегородской конференции медицинских сестер больниц и институтов Ленинграда зав. Ленгорздравотделом доц. Л.А.Эмдиным было выдвинуто предложение об установлении звания «ЗАСЛУЖЕННОЙ СЕСТРЫ»?

«... мы имеем учительницу и заслуженную учительницу, имеем врача и имеем врача со степенью кандидата медицинских наук, доктора медицины и т.д. Должно быть установлено звание заслуженной сестры. Мы считаем, что на это имеют право многие наши сестры. (Аплодисменты.)»

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ МЕЖДУ ЛЕЧЕБНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ЭВОЛЮЦИЯ ПОНЯТИЯ

*Лантева Е.С., Цуцунава М.Р., Подопрязора Г.М.,
Аристидова С.Н., Дьячкова-Герцева Д.С.*
СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Аннотация

В статье рассматривается современное состояние вопроса преемственности между лечебными учреждениями. Изучен опыт преемственности в советский период, обобщен региональный опыт интеграции в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: интеграция, фрагментация медицинской помощи, координация, преемственность и доступность, рациональность

Вступление

Всемирная организация здравоохранения призвала улучшить координацию усилий между врачами разного профиля в оказании медпомощи людям старшего возраста. Однако современная система медицинской помощи фокусируется на обнаружении и лечении индивидуальных острых болезней, а не на комплексном подходе. Чтобы действительно ответить на нужды людей старшего возраста, службы здравоохранения должны сосредоточить внимание на таких проблемах, как хроническая боль, трудности со слухом, зрением, ходьбой или ежедневной деятельностью. Это потребует повышенной интеграции между теми, кто предоставляет услуги в сфере здравоохранения. «Интегрированная помощь способна усилить инклюзивный экономический рост, улучшить здоровье и благополучие, обеспечить пожилым людям возможность вносить вклад в развитие, а не быть забытыми».¹

К преемственности – через интеграцию

Преемственность и непрерывность являются одним из аспектов качества медицинской помощи.[6] Если в 2000 году преемственность в деятельности лечебно-профилактических учреждений рассматривалась как сложная функциональная система взаимодействия, призванная обеспечить единую доктрину в организации лечебно-диагностического процесса: логического по содержанию, последовательного во времени и адекватного по этапам оказания медицинской помощи (В.З. Кучеренко, А.И. Вялков, 2000), [9] то сегодня преемственность между лечебными организациями рассматривается как проведение единой тактики в лечении людей, медицинском обслуживании населения в различных лечебно-профилактических учреждениях с целью достижения единой стратегической цели – сохранения и восстановления здоровья.

В качестве критерия качества медицинской помощи, преемственность определена как координация деятельности в процессе оказания пациенту медицинской помощи в разное время, различными специалистами и лечебными организациями. Сформулирован ряд показателей, которые характеризуют преемственность в оказании медпомощи, а также формула их определения. [8] Решение вопроса преемственности будет способствовать решению других вопросов, связанных с обеспечением качества медицинской помощи, таких как, например, ее доступность и рациональность.

Обеспечение преемственности и непрерывности в здравоохранении возможно через создание интеграционной системы. При этом под интеграцией в здравоохранении понимается согласованная

¹ ВОЗ призывает системы здравоохранения к интеграции для помощи пожилым. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/VOZ-prizyvaet-sistemy-zdravoohraneniya-k-integracii-dlya-pomoshi-pojilym.html> Дата обращения: 22 января 2018г.

реорганизация технологических процессов и структуры оказания медицинских услуг более логичным завершённым образом. Д. Коднер и С. Спревенберг определяют интеграцию как «согласованный набор методов и моделей финансирования, управления, организации предоставления медицинских услуг, цель которого обеспечить взаимосвязь, согласованность и сотрудничество между секторами медицинской помощи и внутри них».² Без интеграции отдельные службы здравоохранения имеют весьма ограниченные возможности для влияния на такие процессы как демографические сдвиги (постарение населения); полиэтиологичность распространяющихся заболеваний; однородность внешних факторов риска для здоровья; структурный дисбаланс между амбулаторным и стационарным сектором, реагировать на изменённую картину заболеваемости, демографического состояния населения и рисков для здоровья, не замыкаясь в ограниченных рамках, существовавших до изменений, повышая степень влияния на причины этих тенденций. [2]

Пусковыми признаками создания интегрированной системы здравоохранения являются определение приоритетов для групп населения и заболеваний, которые отвлекают высокие расходы на здравоохранение; проявление междисциплинарного характера работы врачебных кадров, интеграция первичной и специализированной медицинской помощи; создание центров высокотехнологичной медицинской помощи и консультативно-диагностических центров. [2]

Первые результаты пока единичных работ по интеграционным системам уже показали их ожидаемую эффективность. Например, в работе Мухаметзянова А.М. и Шарафутдиновой Н.Х. была изучена эффективность внедрения новой организационной модели оказания экстренной специализированной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в условиях крупного города. Исследование показало, что маршрутизация пациента, преемственность в работе скорой специализированной медицинской помощи (ССМП) и первичного сосудистого отделения (ПСО), оптимизация мероприятий в системе оказания помощи больным ОНМК позволили за пятилетний период снизить госпитальную летальность с 12,1 до 11,4%, летальность от геморрагического инсульта с 34,6 до 30,8%, показатель досуточной летальности - с 2,1 до 1,6% и снизить летальность среди больных ИИ, получивших системный тромболитический препарат, с 7,1 до 2,9%. При этом в интеграционную систему вошли только региональный сосудистый центр (на базе Больницы скорой медицинской помощи) и «Первичное сосудистое отделение» на базе клинической больницы.

Сегодня 97,2% медицинских работников отмечают чрезвычайную важность вопросов преемственности. [9] При этом 87,2% руководителей указали на несоблюдение данных принципов при оказании медицинской помощи населению, проявлением чего являются фрагментация или дезинтеграция в системе здравоохранения. Под фрагментацией понимается недостаточное взаимодействие отдельных медицинских служб, слабая нацеленность на достижение конечного клинического и экономического результата, что, как правило, влечет за собой определенные потери (и финансовые в том числе).

К снижению эффективности работы первичного звена, и, как следствие, других элементов системы привел, в частности, как считают специалисты, экстенсивный путь развития отечественного здравоохранения на протяжении десятилетий, были утрачены принципы преемственности и этапности. [2] При этом 70 лет тому назад еще было понимание того, что «... только количественный рост лечебно-профилактических учреждений еще не решает проблему охраны народного здоровья... Если в количественном отношении органы здравоохранения в ряде городов, районов и областей подошли почти к полному удовлетворению потребности населения в больничной или амбулаторно-поликлинической помощи, то этого еще никак нельзя сказать в отношении качества медицинского обслуживания».³ Причины фрагментации также связываются с процессом специализации медицинской помощи. [10]

² Kodner, D. and Spreeuwenberg, C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper // Int J Integr Care, 2002, №2, с. 12

³ Опенгейм Д.Г. Городская больница, объединенная с поликлиникой. Пособие для врачей /Под ред. Проф.

Сегодня проблема фрагментации оказания медицинской помощи – это проблема мирового здравоохранения, которая заметно обострилась в последние 15–20 лет. Потери в системе возникают «на стыках» между отдельными секторами и видами медицинской помощи: недостаточное обследование госпитализирующихся пациентов, что влечет увеличение сроков госпитализации; отсутствие плана действия по долечиванию пациента после хирургической операции; «выпадение» из поля зрения медиков хронически больных, что приводит к обострению заболеваний, и, следовательно, создает цепочку дополнительных затрат.

На отсутствие преемственности в здравоохранении указывают проводимые, однако пока единичные, исследования. Например, исследование Кочоровой Л.В. и Цивьян Б.Л. (2016), выявило значительные проблемы при оказании специализированной медицинской помощи женщинам при доброкачественных новообразованиях гинекологической сферы, в том числе несоблюдение преемственности с этапом оказания первичной медико-санитарной помощи. Досуточная госпитализация, в результате которой пациентки непосредственно из приемного отделения стационара направляются на плановое амбулаторное лечение, является, как правило, следствием избрания неверной тактики лечения пациентов при состояниях, неверно трактуемых на догоспитальном этапе, как не отложные. [3]

В другом исследовании была предпринята попытка выяснить причины разобщенности в оказании медицинской помощи и определить механизмы ее преодоления. [11] Авторы пришли к выводу, что причиной несогласованности является отсутствие регламента, который определял бы для медперсонала различных медучреждений условия координации действий. Этими же авторами в качестве основы для эмпирических оценок уровня фрагментации/интеграции системы здравоохранения была предложена аналитическая модель интеграции здравоохранения. [11] Модель включает три главных характеристики интеграции, к коим отнесены: 1) совместная работа различных служб, 2) координация действий, 3) преемственность оказания медицинской помощи.

Из истории

Преемственность была основополагающим принципом в системе организации оказания медицинской помощи населению в нашей стране. Первый серьезный подход к концептуализации интеграции здравоохранения содержится в работах Н.А. Семашко. Главным интегратором в модели Семашко является участковый врач, который не только лечит сам, но и организует и координирует медицинскую помощь на других этапах ее оказания. В модели Семашко выделяются следующие важнейшие элементы модели интегрированной медицинской помощи:

- участковый принцип оказания медицинской помощи, ответственность участкового врача за состояние здоровья постоянно наблюдаемого населения;
- принцип совместной работы врачей различных специальностей в рамках поликлиники;
- многоуровневая система оказания медицинской помощи и определение «маршрутов» движения пациентов по уровням оказания медицинской помощи;
- формирование информационного взаимодействия между медицинскими службами.⁴

Советское здравоохранение всегда стремилось к синтезу лечебной и профилактической медицины, к их слитности и единству. Этим объясняются все поиски таких организационных форм, которые позволили бы ликвидировать разрыв между отдельными лечебно-профилактическими учреждениями, обеспечить тесную связь и взаимодействие между ними и создать стройную систему медицинского обслуживания. Однако вопрос объединения больниц с поликлиниками никогда и нигде не был разрешен, так как не были найдены такие организационные формы, которые позволили бы превратить возможность в действительность и осуществить слитность работы больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений. Не были также найдены формы органической связи между больницами и поликлиниками, несмотря на все попытки и стремления такую связь установить.

Н.А.Семашко. – Медгиз, 1949. - стр 5

⁴ Семашко Н.А. Очерки по теории организации советского здравоохранения: принципиальные основы советского здравоохранения. — М.: АМН РСФСР, 1947.

В Москве в 1923-1925 гг. для объединения деятельности амбулаторий, общих и специальных, помощи на дому, неотложной помощи, пунктов первой помощи на предприятиях были созданы амбулаторные объединения, которые в 1926 г. были прикреплены к больницам. Однако опыт работы амбулаторных объединений не дал ожидаемых результатов: им не удалось установить должной связи с диспансерами, консультациями, ликвидировать разрыв с больницами и устранить параллелизм, разрозненность и разобщенность в работе лечебно-профилактических учреждений своего района. Дело свелось преимущественно к объединению руководства административными и хозяйственными функциями учреждений, входивших в объединение, но мало коснулось организации медицинского обслуживания. Не удалось устранить разрыв между отдельными видами медицинской помощи, отсутствие связи между ними и обеспечить возможность диспансерного наблюдения за больными и путем организации единого диспансера.

В целях установления связи между больницей и диспансером и лучшего использования больничных коек участковым врачам было предоставлено право распоряжаться «своими» койками с тем, чтобы они выбирали наиболее нуждающихся в стационарном лечении из числа состоящих на их учете. Там, где это окажется возможным, предполагалось включить больницу в состав единого диспансера. Однако этим мероприятия не были осуществлены. Вследствие допущенных методических и организационных ошибок и увлечений все дело опять-таки свелось к организационно-административному объединению, врачи же продолжали работать по-старому – одна в больнице, другие в амбулатории.

Опыт осуществления различных форм связи больниц и поликлиник был подытожен в 1939 г. на объединенном пленуме поликлинического совета и Управления городских поликлиник и амбулаторий Наркомздрава СССР. Пленум рекомендовал широко практиковать прикрепление поликлиник к больницам, однако без подчинения одного учреждения другому, привлекать заведующих отделениями больниц в качестве консультантов поликлиник, прилепленных к больнице. Предлагалось также командировать поликлинических врачей для работы в стационаре с тем, чтобы врачи стационара заменяли их на это время в поликлинике, и предоставлять больничным врачам работу в прикрепленной поликлинике в порядке совместительства, устраивать совместные конференции и т.п.

Большие надежды в осуществлении связи между больницей и поликлиникой возлагались на так называемую обменную карту, которую должен был заполнить амбулаторный врач при направлении больного в стационар и получать ее обратно с данными о ходе лечения и назначениях по долечиванию и наблюдению после выписки больного из стационара. Предполагалось, что обменная карта заменит личный контакт между врачами поликлиники и стационара. Однако в итоге, обменная карта, устанавливая связь между учреждениями, не устанавливала связь между лечащими врачами, которые не проявляли никакого интереса к ней, так как она не отвечала на те вопросы, которые могли интересовать лечащего врача, и носила характер регистрационно-статистический.

Москорздравотдел предложил участковым врачам посещать своих больных во время нахождения их в стационаре, рассчитывая этим добиться усиления связи между поликлиникой и больницей. Однако и это мероприятие не дало никаких ощутительных результатов. Таким образом, все испытанные формы и средства связи только относительно и частично решали задачу. В большинстве случаев решения и постановления об установлении связи между больницами и поликлиниками носили декларативный характер и в жизнь не проводились.

Если связь и устанавливалась, то она носила по преимуществу формальный характер. Койки в стационарах, выделенные поликлиниками, заполнялись без должного отбора, зачастую хрониками, и поликлиники очень скоро лишались возможности направлять больных на «свои места». Поликлинические врачи очень редко и нерегулярно участвовали в совместных конференциях, так как они были плохо связаны с больницей и не располагали нужным временем для посещения конференций.

Заведующие отделениями и больничные врачи не интересовались поликлинической работой, не привлекали поликлинических врачей к активному участию в конференциях. Больницы очень редко

выделяли рабочие места для поликлинических врачей, а врачи больницы крайне неохотно соглашались на замену их в поликлинике. После выписки больного из стационара больничным врачом навсегда терял его из виду и ничего не знал об отдаленных результатах лечения.

Для всех попыток слияния, объединения, установления связи между лечебно-профилактическими учреждениями, которые делались в прошлом, характерно то, что объединение происходило вокруг центральной поликлиники и носило организационно-административный характер. В медицинском же отношении все оставалось по-старому. И, что самое важное при всех практиковавшихся формах связи, лечащие врачи оставались разобщенными; одни работали только в больнице, другие – только в поликлинике. Отрыв амбулаторно-поликлинических учреждений от больниц так и не удалось преодолеть. Искусственный и ничем не оправданный разрыв лечебного процесса на больничную и внебольничную части в конечном счете привел, по словам Е.И.Смирнова, к созданию «китайской стены» между больницей и поликлиникой со всеми вытекающими отсюда последствиями. Это резко снижало качество медицинской помощи и неизбежно вело к деградации врачей, работающих в амбулаториях.

В начале 50-х годов прошлого века объединение проводилось вокруг больницы, которая становилась центром организации лечебно-профилактической помощи населению. Однако этим центром являлась уже не старая больница, а больница, объединенная с поликлиникой. – комплексное лечебно-профилактическое учреждение нового типа, в котором созданы все условия для улучшения качества медицинского обслуживания населения и повышения квалификации врачебных кадров. Только такой подход к объединению радикально, на совершенно новых принципиальных основах решает проблему связи, уничтожает разрыв между ними, деление врачей на больничных и амбулаторных, навсегда сливает стационар и поликлинику в единое лечебно-профилактическое учреждение нового типа. Считалось, что не должно быть такого лечащего врача, который будет оторван от койки больного; каждый лечащий врач, в каком бы он лечебно-профилактическом учреждении ни работал, должен стремиться одновременно работать и в стационаре для систематического повышения квалификации на повседневной практической работе.

Центральные идеи теоретической модели Семашко, а именно, многоуровневая организация медицинской помощи и координирующая функция участкового врача, легли в основу системы здравоохранения, которая вплоть до 70-х гг. прошлого века функционировала как интегрированная и продемонстрировала достаточно высокую эффективность в борьбе с относительно несложными заболеваниями при крайне низком финансировании здравоохранения.

Кому отведена ведущая роль в решении проблем оптимизации медицинской помощи?

Сегодня ведущая роль в решении проблем оптимизации медицинской помощи, реализации принципов преемственности и этапности по идеологии модернизации отводится первичному медико-санитарному звену. От того, в какой мере и насколько качественно решаются задачи, стоящие перед поликлиникой, зависит объем работы и других медицинских организаций, в частности, стационаров; поэтому приоритетное значение в медицинском обслуживании населения занимает именно преемственность в работе стационара и поликлиник, а также скорой помощью. [1] Продуктивный диалог между этими структурами обеспечит этапность и доступность медицины для широких слоев населения, которая является еще одним аспектом качества медицинской помощи. Кроме того, немаловажен вопрос рационального использования ресурсов оказания помощи, решение которого будет способствовать предотвращению назначения излишних обследований на догоспитальном этапе, необоснованность вызовов СМП и дорогостоящее пребывание пациента в стационаре без необходимости. Однако пока поликлиника и стационар работают изолированно друг от друга. [7]

Как показал социологический опрос, [11] имеющий целью изучить мнение врачей о сложившемся уровне интеграции деятельности медицинских служб, поликлиника получает информацию обо всех случаях госпитализации только в отношении 21% больных. Еще реже эта информация доходит до участковых врачей, в служебные обязанности которых входит сбор информации о состоянии наблюдаемых ими пациентов. Она всегда доводится до них только в отношении 15% больных. Аналогичная

ситуация складывается в отношении взаимодействия поликлиник с организациями (отделениями) скорой медицинской помощи. Только 25% опрошенных врачей поликлиник считают, что информация о вызовах скорой медицинской помощи всегда доводится до участковых врачей. Примерно половина врачей поликлиник редко получает информацию о вызовах скорой медицинской помощи, а, следовательно, не проводит никаких действий по определению причин этих вызовов и предотвращению (в случае необходимости) обострений заболеваний. Хронический больной надолго выпадает из поля зрения медиков, что предопределяет повторение экстренных ситуаций.

Несмотря на признание ведущей роли поликлиник в реализации принципов преемственности и этапности, сегодня, при попытке создания интеграционной системы медицинской помощи этот фактор едва ли рассматривается. Например, система медицинской помощи при остром коронарном синдроме выстраивалась на основе интеграции ресурсов медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения и федеральных учреждений науки и образования. А именно, в эту систему вошли диспансер, научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний и государственная медицинская академия. [4] В новую организационную модель оказания экстренной специализированной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в условиях крупного города также не была включена амбулаторно-поликлиническая помощь. [5]

Сама проблема дезинтеграции, как отмечают специалисты, пока четко не формулируется, а первое упоминание этой проблемы содержится в «Стратегии-2020». Была поставлена задача формирования интегрированной системы здравоохранения, основанной на тесном взаимодействии отдельных медицинских служб, обеспечении непрерывности наблюдения за пациентами и преемственности лечения на разных этапах медико-технологического цикла. Как считают специалисты, реформы будут эффективны и доведены до конца, если будут разработаны функциональные зоны ответственности, показатели интегративной результирующей эффективности, маршрутизация потоков пациентов, комплексные интегрирующие программы подготовки персонала, интегрирующие медицинские информационные системы.

Заключение

Преемственность в работе медицинских учреждений как один из критериев качества медицинской помощи была всегда в центре внимания медицинской общественности. В советский период истории здравоохранения неоднократные попытки найти и внедрить определенные организационные формы, обеспечивающие преемственность между разными медицинскими службами, не привели к ожидаемым результатам. При этом отмечается, что многоуровневая организация медицинской помощи и координирующая функция участкового врача как основа системы здравоохранения вплоть до 70-х гг. прошлого века функционировала как интегрированная и продемонстрировала достаточно высокую эффективность в борьбе с относительно несложными заболеваниями при крайне низком финансировании здравоохранения. Сегодня, несмотря на то, что ведущая роль в реализации принципов преемственности и этапности по идеологии модернизации отводится первичному медико-санитарному звену, просматривается тенденция не включать амбулаторно-поликлиническое звено в интеграционную систему. Учитывая условия, от которых зависит эффективность реформы, среди которых, например, наличие функциональных зон ответственности и маршрутизации потоков пациентов, для решения вопросов интегрирования, очевидно, требуется индуктивный подход.

Литература

1. Атарбаева М.Д. и соавт. К вопросу организации преемственности медицинской помощи населению // Вестник КАЗМУ. – 2017. - № 1
2. Кича Д.И., Макарян А.С., Пачгин И.В. Интеграционные процессы в здравоохранении // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. –Т.20, № 4 – С. 140

3. Кочорова Л.В., Цивьян Б.Л. К вопросу о преемственности в лечении гинекологических пациентов в условиях обязательного медицинского страхования // Современные проблемы науки и образования. – 2017. - № 3. Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26400> Дата обращения: 30 декабря 2017г.
4. Куц О.В. и соавт. Интеграция здравоохранения, науки и образования в совершенствовании специализированной помощи при остром коронарном синдроме // Journal of Siberian Medical Sciences. 2015. №3. С.102
5. Мухаметзянов А.М., Шарафутдинова Н.Х. Преемственность в оказании медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на догоспитальном и госпитальном этапах // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=13956>. Дата обращения: 30.12.2017
6. Поясненкова О.М. и соавт. Методология клинических индикаторов качества медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями // Бюллетень медицинских интернет-конференций – 2013. –№ 12. – С. 49-56
7. Работинская Е.Г. Преемственность медицинской помощи: как сделать ее технически простой // Амбулаторный прием. – 2016. - № 1 (4). – Т.2
8. Сидорович Р.Б. Критерии и индикаторы качества медицинской помощи // СВОП. – 2016. - № 11-12.
9. **Тоцкая Е.Г.** Экспертная оценка перспективных форм организации оказания стационарной медицинской помощи при совершенствовании взаимодействия технологий амбулаторного и госпитального этапов // ..
10. Шевский В.И., Шейман И.М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. - 2013. - № 3
11. Шевский В.И. и соавт. Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей // Здравоохранение. - 2013. № 6.
12. Оппенгейм Д.Г. Городская больница, объединенная с поликлиникой / Под ред. Проф.Н.А.Семашко. Медгиз: 1949



ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛЯРА!
Свой юбилей в феврале отметила Ирина Анатольевна Щукина, старшая медсестра гастроэнтерологического отделения Дорожной больницы, член Правления ПРОО МРСТТ.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ О РАЗРАБОТКЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ

Шилов Ф.М.,

медбрат высшей квалификационной категории, врач анестезиолог-реаниматолог
ФКУЗ ФСИН РОССИИ МСЧ №78 ФИЛИАЛ «БОЛЬНИЦА №1» ИМ. Ф. П. ГАЗА,
Санкт-Петербург, Россия

Пенитенциарная медицина — отдельная область оказания медицинской помощи, требующая от персонала особого подхода к пациентам, дополнительных коммуникативных навыков, психологической подготовки, моральной устойчивости, высоких профессиональных показателей.

Цель исследования — обратить внимание на недостаточную освещённость темы подготовки медицинского персонала для пенитенциарной системы и необходимость создания дополнительных образовательных ресурсов для среднего медицинского персонала в двух направлениях: 1) подготовка медицинских сестёр для работы в пенитенциарной системе в рамках медицинских колледжей с последующим распределением по профильным заведениям, 2) повышение квалификации трудоустроенных работников из числа среднего медицинского персонала в больницах обсуждаемого профиля. В ходе подготовки доклада была проанализирована кадровая обстановка в филиале «Больница № 1» им. Ф. П. Газа Медико-Санитарной Части № 78 (отмечается кадровый дефицит), изучена образовательная программа средних медицинских учреждений Санкт-Петербурга (не обнаружено дисциплины «Тюремная (пенитенциарная) медицина», ни отдельных тем, касающихся данного вопроса).

По данным за 2016 год из 143,5 сестринских и провизорских ставок заняты 102, 25 (71 %). В 2017 году (по сентябрь включительно) укомплектованность среднего медперсонала составляет 79, 5 ставок из 143, 5 (55 %). Возьмём для примера отделение анестезиологии и реанимации (данные за 2017 год). По штатному расписанию для работы в отделении выделено 11 ставок медицинских сестёр-анестезистов и 9, 5 ставок медицинских сестёр палатных (всего 20, 5 ставок), из которых фактически занято соответственно 6 ставок (54%) и 4, 5 ставки (47 %). Всего 10, 5 ставок (51 %). Цифры дают однозначное представление о том, что больница им. Ф. П. Газа в целом и отдельные структуры укомплектованы средним медицинским персоналом наполовину. Средний возраст медицинских сестёр в указанном учреждении здравоохранения — 50 лет.

С чем следует связывать кадровый дефицит среднего медицинского персонала? Причины можно разделить на две категории: материальные (низкий базовый оклад, отсутствие льгот, неудовлетворительная правовая защищённость) и морально-этические (нежелание работать с преступным контингентом, подвергаться риску заражения туберкулёзом, ВИЧ и гепатитом).

Напомним, что больница им. Ф. П. Газа - одно из крупнейших и старейших учреждений пенитенциарной системы России, ежегодно медицинскую помощь в нём получают пациенты с различными патологиями, проводятся оперативные вмешательства, включая операции на легких, головном мозге и микрохирургию органов зрения. В последние годы резко увеличилось поступление лиц с социально-значимыми заболеваниями: ВИЧ, туберкулёзом. Лечебно-диагностические отделения больницы позволяют оказывать специализированную медицинскую помощь по всем нозологическим формам. Не лишним будет отметить, что люди, работающие в больнице им. Ф. П. Газа — ответственные и самоотверженные профессионалы.

Не станем углубляться в биографию самого Фёдора Петровича (Фридриха Йозефа) Газа, но одного обращения «святой доктор» и канонизации немецкого врача, посвятившего свою жизнь

развитию тюремной медицины в России, достаточно, чтобы понимать: этот человек - важная историческая фигура.

Выносить пенитенциарную медицину за рамки медицинской практики и учебного процесса - неэтично и непрофессионально. Скажем, что совершение отдельного преступления — есть беда личности, тогда как преступность в целом — порок социума. Умолчание и недостаточное внимание к данной области медицины кажется автору докладом ханжеским и предвзятым.

Нехватка рабочих единиц порождает кадровый вакуум, что чревато негативными последствиями. Отсутствие конкуренции за место, минимально возможного конкурса не оставляет возможности для отбора сотрудников и создания обоснованных критериев подхода к приёму на работу новых работников. Стремление заполучить кадровую единицу заставляет закрывать глаза на профессиональную пригодность, что приводит к появлению в системе людей неподготовленных и для работы подобного свойства неприспособленных. Автор статьи убеждён, что медицинская помощь спецконтингенту должна оказываться на высшем уровне, хотя бы потому, что каждый срок когда-то заканчивается, и вчерашние заключённые выходят на свободу. Недолеченные заболевания и запущенные патологии из зоны изоляции распространятся по городу. При уровне медицинских достижений XXI века собственноручно создавать в крупном населённом пункте эпидемиологические условия XV века — неблагоприятно.

Ещё один немаловажный момент: если уж заведение носит название «больница», то больницей оно и должно оставаться. Попытки правоохранительной составляющей перевесить здравоохранительную в данном случае порочны и небезопасны. Человек может отбывать тюремное заключение только при наличии должного уровня здоровья, из чего следует, что «больница» должна в первую очередь выполнять функцию лечения и только уже во вторую — заключения. Согласно Конституции Российской Федерации, каждый гражданин имеет право на жизнь и здоровье, в уголовном кодексе нет такого вида наказания, как «пытка врачебными манипуляциями» или «казнь через врачебную деятельность». Неукомплектованность чем бы то ни было — персоналом, медикаментами, оборудованием - ставит под сомнение возможность оказания медицинской помощи в полном объёме и превращает больницы (независимо от профиля) в центры пассивной эвтаназии, которая, заметим, запрещена в РФ и уголовно наказуема.

С целью улучшения качества подготовки медицинского персонала для работы в пенитенциарной системе и устранения кадрового дефицита появились следующие предложения: выделить пенитенциарную медицину в отдельную самостоятельную дисциплину, наряду с педиатрией, гериатрией, фтизиатрией и т. д., составить дополнительную образовательную программу по предложенной дисциплине, включающую углублённое изучение психологии, в том числе психологии заключённых, правовых аспектов, отработку коммуникативных стратегий и тактик общения, знакомство с историческими вехами развития пенитенциарной системы в России, художественными и документальными образами заключённых в мировой литературе, уделить особое внимание отработке техники выполнения внутривенных инъекций и постановки периферических венозных катетеров.

В связи со спецификой обсуждаемого заведения, целесообразно было бы рассмотреть возможность подготовки среднего медицинского персонала в колледжах с последующим распределением в больницу им. Ф.П. Гааза. Возможно, стоило бы обсудить льготные условия для желающих после выпуска из среднего профессионального учебного учреждения работать в пенитенциарной отрасли медицины. Например, снизить проходной балл и подписать соответствующий договор с обучающимися.

Одним из самых распространённых ответов на моё предложение стал: «В колледжах учатся дети! Их нельзя пускать к заключённым! Им не позволят родители!» Ответу: в медицине детства нет. Как не было его для фронтовых санитаров, как нет его для юношей, вступающих в ряды вооружённых сил, как нет его для людей, выбирающих профессии, связанные с риском для жизни. Мало ли в медицинской деятельности непростых отраслей? Ничуть не безопаснее работать с психиатрическими

пациентами, тяжёлый физический труд ухаживать за неврологическими больными, непростая психологическая нагрузка изо дня в день выходить на работу в хосписы. И здесь никто не восклицает: «Они же ещё дети!» Диплом о медицинском образовании — однозначное и весомое признание совершеннолетия.

Из диалога с тюремным психологом: «Медицинский работник должен обладать достаточным уровнем профессиональной подготовки, иметь за плечами жизненный опыт, быть морально устойчивым, это позволит ему оказаться на голову выше любого из заключённых». Разумеется, речь не идёт о социальном превосходстве. Речь о квалификации. И снова можно говорить о двух путях подготовки медицинского персонала для работы с лицами, отбывающими наказание: во-первых, создать программу по усовершенствованию уже трудоустроенных сотрудников, начитать курс лекций

Литература

1. Большакова А. Б., Гудилин В. А. Участники Великой Отечественной войны федерального государственного лечебно-профилактического учреждения «Областная больница имени доктора Ф. П. Гааза» Главного управления Федеральной службы исполнения наказаний по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, СПб, 2007 год
2. Копелев Л. Святой доктор Фёдор Петрович. Изд. «Центр книги Рудомино», Москва, 2013 год
3. Конституция Российской Федерации (ст. 20, 41), изд. «Эксмо», Москва, 2010 год
4. Уголовный кодекс Российской Федерации, изд. «Эксмо», 2009 год.
5. ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" ст. 45 (запрет эвтаназии)
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2004 г. N 54 г. «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью»
7. "Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации" от 08.01.1997 N 1-ФЗ (ред. от 16.10.2017)
8. Историческая справка о больнице Ф. П. Гааза. Режим доступа: <http://www.gaaza.ru/content/history/>

по психологии и праву, обсудить вопросы этики, нравственности и морали, привить или скорректировать навыки общения, напомнить об опасности ятрогении. Во-вторых, привлечь к работе молодёжь, которая ещё не успела сформировать модели поведения в медицинской среде. Пластичная молодая психика и открытые для обучения умы стоит познакомить со страданием не только физическим, но и нравственным. Заключённые находятся в агрессивной среде, в стрессовых условиях, один на один с совестью и медицинский работник не должен превращаться для них в очередного прокурора или судью, да и нет у медиков такого должностного права. Каждый медицинский работник в тюремной системе несёт опосредованную ответственность за то, какими людьми отбывшие срок заключённые выйдут в социум. Молодой медицинский работник должен побывать среди больных — тяжёлых не только телом, но и духом, задать себе непростые морально-этические вопросы и найти на них ответы. Кому-то эти ответы подскажут, что медицина — не их специальность, а кто-то откроет в себе профессионала, способного заменить обезличенную «толерантность» на эмоционально окрашенные «милосердие» и «сострадание».

Преподавание пенитенциарной медицины, как отдельной дисциплины, следует начинать с отдельных тем, введённых в основную образовательную программу медицинских колледжей. Внедрить соответствующие разделы необходимо в курс Истории медицины (познакомить студентов с личностью Фёдора Петровича Гааза, обозначить вехи развития тюремной медицины в России), русской и зарубежной литературы (предлагать обучающимся обсудить произведения, позволяющие сформировать понимание личности заключённого), психологии (обсуждать особенности личности преступника, уделять внимание ситуационным психологическим задачам, отыгрывать, как в театральном кружке, трудные ситуации, с которыми может столкнуться медработник в обсуждаемой области), правоведения (сделать упор на умение читать документы, познакомить

слушателей с правами, основами процессуальных действий и процессуального порядка для обеспечения дальнейшей служебной безопасности), хирургических болезней (обсудить особенности патологий, членовредительство, поделиться интересными случаями из практики), психиатрии (рассказать о наиболее распространённых способах симуляции и аггравации), ввести курс культуры речи.

Медицинские работники — не заместники Бога, не заместители природы. Медики — помощники человека. Профессиональная грамотность, правовая защищённость, осознание неидеализированного образа лиц, отбывающих наказание, умение различать понятия «преступник» и «заключённый» в контексте медицинской практики, по мнению автора статьи, позволит укомплектовать заведения пенитенциарного профиля высококвалифицированным медицинским персоналом среднего звена.

В ПЕТЕРБУРГЕ МЕНЯЮТСЯ ТРЕБОВАНИЯ К ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ - КАК ДЛЯ ПОЛИКЛИНИК, ТАК И ДЛЯ СТАЦИОНАРОВ. СУЩЕСТВУЮЩУЮ УЖЕ 4 ГОДА МАРШРУТИЗАЦИЮ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ «ОПТИМИЗИРУЮТ».

Минздрав впервые установил предельные сроки ожидания специализированной медицинской помощи для пациентов с онкологическими заболеваниями с 2018 года. Они не должны превышать 14 календарных дней с момента получения результатов гистологического исследования или с момента установления диагноза. Как выполнить эту норму и снизить смертность, решается на региональных уровнях.

На совещании губернатора Георгия Полтавченко с членами правительства Петербурга 18 декабря представлена и одобрена программа «оптимизации маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями», разработанная по принципу «дорожной карты». Ее задача - не только ускорить время диагностики и начала лечения заболевания, но и создать преемственность на всех этапах оказания медицинской помощи пациенту. К

В Петербурге существует двухуровневая система помощи пациентам с онкологическим заболеванием. Сейчас на 1-м уровне (это поликлиники) участковые врачи или врачи-специалисты в течение двух рабочих дней направляют пациента на консультацию к врачу-онкологу первичного онкологического отделения (кабинета) районной поликлиники. Там врач-онколог вносит данные в «Городской реестр карт маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественные новообразования» при первичном приеме и направляет пациента к врачу-онкологу специализированной клиники (учреждение 2-го уровня). Врач-онколог этого учреждения в течение 14 рабочих дней проводит диагностику и при подтверждении онкологического заболевания направляет пациента на врачебную комиссию, состоящую из онколога, химиотерапевта и радиолога, для определения дальнейшей тактики лечения пациента.

На самом деле в специализированную клинику пациент должен поступить уже полностью обследованным — на лечение. И тогда не будет необходимости в его длительном ожидании. Но во многих поликлиниках не могут точно установить диагноз по разным причинам: не достаточно онкологов или не всегда хватает квалификации для дифференциальной диагностики, или нет возможности выполнить все необходимые для установления диагноза исследования. В итоге с неуточненным диагнозом из поликлиники пациентов направляют в стационар, не пытаясь разобраться в проблеме конкретного человека. В результате стационары перегружаются теми пациентами, у которых онкологический диагноз не подтверждается.

ГОСТ Р 56819-2015 Профилактика Пролежней. Опыт внедрения в больнице св. Георгия

*Для справки: ГОСТ введен в действие 1 ноября 2017 года

Настоящий стандарт устанавливает комплексную медицинскую технологию при риске развития пролежней. Пользуясь этим стандартом, мы предоставляем качественную медицинскую помощь в нашем стационаре. ГОСТ разработан для решения следующих задач:

- определения алгоритмов профилактики пролежней;
- внедрение современной методологии оценки степени риска развития пролежней, составление программы профилактики, снижение частоты развития пролежней и предупреждение инфекции пролежней у больных с различными видами патологии, приводящей к ограничению подвижности или полной неподвижности;
- повышение качества жизни больных, имеющих риск развития пролежней.

Наиболее важным в профилактике образования пролежней является выявление риска развития этого осложнения. Оценка риска развития проводится с помощью специальных шкал: шкала Нортон (Norton, 1962); Ватерлоу (Watertow, 1985); Брейден (Braden, 1987); Меддлей (Meddley, 1991) и др. В своей работе мы используем шкалу Ватерлоу.

Шкала Ватерлоу применима ко всем категориям пациентов. Работать с этой шкалой достаточно просто: оцениваем пациента по 10 предложенным параметрам: состояние тела, тип кожи, пол и возраст, особые риски, недержание, мобильность, аппетит, неврологический дефицит. Далее суммируем полученные баллы. По сумме полученных баллов оцениваем риск развития пролежней и составляем дальнейший план наших мероприятий.

Общие подходы к профилактике

1. Адекватные противопролежневые мероприятия должны выполняться сестринским персоналом, имеющим соответствующие знания, умения и навыки, или ухаживающим за больными персоналом, включая их родственников или законных представителей.

Медицинским организациям при большом количестве пациентов с ограниченной подвижностью целесообразно создавать специализированные бригады по уходу за данной категорией больных. На примере нашей реанимации для больных с ОНМК на 6 пациентов в сутки 2 медсестры и 1 младшая медсестра по уходу – они выполняют полный объем работы по уходу за пациентами.

2. В отделениях, где находятся обездвиженные больные, необходимо иметь противопролежневые матрасы из расчета 10% от коечного фонда отделения,

Из истории

«...Вопросы профилактики пролежней и нагноений после инъекций являются болевыми повседневными вопросами для больничных сестер. Количеством пролежней и нагноений после инъекций оценивается качество ухода за больными... Сущность профилактики состоит прежде всего в том, чтобы больные пожилого возраста, истощенные, страдающие той или иной изнурительной болезнью или болезнью центральной нервной системы лежали на мягких постелях или на воздушных матрацах... Кроме того, участки тела, подвергающиеся давлению, надо растирать камфорным спиртом и ароматическим уксусом».

(Труды I Общегородской конференции медицинских сестер больниц и институтов Ленинграда, 1939г.)

что в половину сократит риск образования пролежней. Противопролежневый матрас применяется сразу, как только появился риск развития пролежней.

Применяют одноразовые гипоаллергенные средства гигиены при уходе за лежащими пациентами: губки, перчатки (волокнистые, пенообразующие), которые удобны в обращении и соответствуют всем нормам гигиены. Например, тонирующий гель для массажа хорошо стимулирует кровообращение; пены, лосьоны, гели, кремы - обеспечивают качественную очистку тела.

В соответствии с рекомендациями ГОСТ, целесообразно в стационарную карту больного вклеивать или вести лист ежедневной сестринской оценки риска развития и стадии пролежней, рекомендуется вменить данную процедуру в обязанности медицинских сестер, осуществляющих уход за пациентами. Эти рекомендации по введению автоматизированной системы ежедневной сестринской оценки риска развития пролежней в нашем стационаре начали осуществлять в пилотном режиме с 1 июля 2017 года. Первые месяцы была проведена огромная работа с персоналом и приведение карт сестринского наблюдения за пациентами к удобной, корректной и понятной форме. К настоящему времени все медицинские сестры обучены и четко ведут всю документацию.

Документация, которая ведется на нашем отделении:

1. «Информированное согласие на проведение противолежневых мероприятий»: медсестра берет добровольное согласие у пациента на проводимые с ним мероприятия при условии, что пациент адекватно оценивает окружающую его обстановку. Если пациент не может самостоятельно дать согласие – то за него согласие дает либо родственники, либо законные представители. Заполняется однократно на отделении при поступлении
2. «Лист регистрации противолежневых мероприятий»: ведется ежедневно на протяжении одних суток, программа мероприятий согласовывается с врачом.
3. «Лист сестринской оценки риска развития и стадий пролежней»: ведется также ежедневно и согласовывается с врачом.

По результатам пробного периода применения ГОСТа и анализа историй болезни были сделаны следующие выводы:

- Во всех реанимациях стационара медсестры каждому пациенту исправно ведут всю учетную документацию по профилактике пролежней;
- На отделениях в связи с расширением режима такую документацию ведут только у тех, кто имеет наибольший риск развития пролежней или уже имеющиеся пролежни;
- По возможности медицинский персонал проводит беседы о противолежневых мероприятиях с пациентами, их родственниками и лицами осуществляющих уход за пациентами.

С моей коллегой - старшей сестрой неврологического отделения – мы сделали выборку историй болезни пациентов неврологического отделения за период июль-октябрь 2017года. Истории выбирали по следующим критериям: проведено койко-дней в стационаре более 15, средний возраст 71-77 лет, баллы по шкале Ватерлоу - более 25. Результаты анализа – см. Таб.ниже.

Июль	12 историй	Пролежней – 0 чел
Август	10 историй	Пролежней - 5 чел
Сентябрь	10 историй	Пролежней – 2 чел
Октябрь	8 историй	Пролежней - 3 чел

Анализ результатов привел к следующим выводам:

1. Оценка риска развития пролежней по шкале Ватерлоу является эффективным инструментом для выделения групп пациентов с высоким риском и раннего начала противолежневой профилактики.
2. В половине случаев пациенты приезжают с пролежнями из дома, что показывает неосведомленность населения о профилактике
3. Введение карт наблюдения за пролежнями наглядно демонстрирует проводимые мероприятия медицинским персоналом.

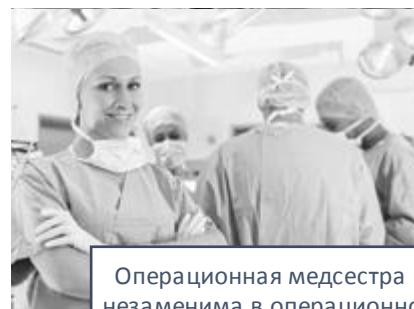
ДЕНЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Если бы традиция отмечать профессиональный праздник - День Операционной медицинской сестры - была изначально заложена в нашей стране, сегодня мы отмечали бы дату, которая перешагнула 80-летний юбилей, потому что в нашей стране операционное дело появилось в начале тридцатых годов прошлого века. Именно благодаря общественному движению, развитие которого происходило (и происходит!) силами активных инициативных профессионалов с большой буквы, была восстановлена справедливость – в нашей стране стали чествовать медицинских сестер, как минимум два праздничных дня стали традицией и у нас - Международный день медицинской сестры и День операционной медицинской сестры.

Хотелось бы снова отметить, что операционные сестры – это люди особого склада, менталитета, так как специфика работы накладывает определенный отпечаток на характер, профессиональное поведение. Это, в первую очередь, дисциплинированность, организованность, ответственность. Именно такими вас видит медицинская общественность и ни йоту не сомневается в наличии этих крайне важных качеств. Кроме того, среди вас много специалистов и с высшим сестринским образованием, что, несомненно, приближает вас к той категории медицинских работников, которых однажды стали называться элитой. Благодаря именно этим качествам многие рассматривают в операционных сестрах мощный потенциал, позволяющий им встать в авангарде профессии и общественного движения, всей своей деятельностью демонстрирующую интеллектуальную зрелость представительницы профессии и готовность к автономной деятельности, и культивировать эти качества там, где их не достает. Однако...

При подготовке этого материала мы обнаружили уникальное издание – «Работа операционной сестры». Год издания – 1939. Автор – Семенова Н.В. Кто знает это имя? Едва ли кто-то знает. А это – операционная сестра, многие годы проработавшая в клинике, руководимой крупным хирургом проф. И.И. Грековым. Получается, это – первая в истории отечественного операционного дела сестра, которая, не имея высшего образования, села и описала свой опыт работы в операционной. Позже, в 1963 году на основе этой небольшой брошюры было подготовлено руководство для операционных медицинских сестер, в которой основное внимание было уделено вопросам хирургического обеззараживания, подготовке материала, инструментария и аппаратуры для проведения операции. Значительное место было уделено вопросам взаимоотношений между работниками отделения и хирургической деонтологии. (Оказывается, крайне непростая тема, если даже проф. Джанелидзе однажды об этом высказался следующим образом: «Я, - говорит он, - оставляю и хирургам и сестрам их скверный характер, но с тем, чтобы они им не пользовались в операционной. Достигается это очень просто – в операционной совершенно не разговаривать»). (Труды I Общегородской конференции медицинских сестер больниц и институтов Ленинграда, 1939).

Очень хочется надеяться, что в нашей организации однажды появится сильная секция операционных медсестер, понимающих, что время вопроса «А что мне даст членство?» прошло, и разделяющих миссию общественной организации профессии в целом, и к следующему празднику будут известны имена операционных медсестер, работающих в нашем городе, достойные размещения на плакате, чествующем операционных медсестер с надписью: «Я - незаменимый партнер в любой операции». А мы будем гордиться вместе с вами.



Операционная медсестра - незаменима в операционной

ХІІІ НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПУШКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»

БАЗАЛИОМЫ ЛИЦА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Балахонов С.И.

Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург

Базалиомы челюстно-лицевой области часто встречаются у людей пожилого и старческого возраста. Для повышения эффективности диагностики перед проведением хирургического или комбинированного лечения опухолей кожи лица у людей старших возрастных групп предлагается следующий способ и алгоритм обследования. Все больные должны госпитализироваться только в плановом порядке. На догоспитальном этапе всем больным рекомендуется проводить клиничко-лабораторное обследование: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, группа крови и резус-фактор, исследование на гепатиты, RW, ЭКГ.

Кроме вышеперечисленных методов применяли также дерматоскопию, цифровое фотодокументирование, гистологический метод исследования и статистические методы исследования. Также, учитывая возраст и наличие мультиморбидной патологии у людей старших возрастных групп, необходимо выполнять консультирование их у терапевта, в том числе перед оперативным лечением. Перед хирургическим лечением у всех больных необходимо исследовали общее состояние, частоту сердечных сокращений, артериальное давление, частоту дыхательных движений, температуру тела.

Использование предложенного способа у людей пожилого и старческого возраста позволило диагностировать у 11 лиц множественные базалиомы челюстно-лицевой области, которые состояли из 2-3 опухолей, локализованных в основном на щечной области лица. Данные новообразования обычно выявлялись врачами разных специальностей при обращении по поводу других болезней. Из 60 больных первичная базалиома челюстно-лицевой области была у 51 (85%), вторичная - у 9 (15%) больных. У 33,3 % пациентов наибольший размер опухоли был до 0,5 см, от 0,6 до 1,0 см наблюдалось у 26,7% больных, от 1,1 до 2,0 см встречалось у 15 %, более 2,0 см – у 25%. При оперативном лечении для замещения дефектов тканей применялась пластика ушиванием «на себя», языкообразным лоскутом или пластика свободным кожным лоскутом.

В связи с этим все больные в зависимости от метода оперативного лечения были разделены на 3 группы: I группу (n=38) составляли пациенты, пластику которым проводили ушиванием «на себя». II группа (n=14) составляли пациенты, пластику которым проводили замещением дефекта языкообразным лоскутом. Выкраивание вращающегося языкообразного кожного лоскута из лежащей рядом здоровой кожи – выкроенный лоскут помещают над дефектом и фиксируют. III группу (n=8) составляли пациенты, пластику которым проводили аутотрансплантатами. Для замещения дефектов свободными кожными трансплантатами применялись исключительно полнослойные кожные трансплантаты.

При этом хирургическое удаление базалиомы челюстно-лицевой области у лиц пожилого и старческого возраста выполняли в случаях, когда локализация и форма новообразования разрешала выполнить достаточно широкое иссечение с дальнейшим восстановлением индивидуального анатомо-топографического рельефа лица при помощи разных видов кожной пластики. Это связано с тем, что хирургическое мероприятие по удалению новообразования являлось единственно допустимым видом радикальной терапии при поражении опухолью костной ткани, тканей глазницы, при инфильтративных формах опухоли с нечеткими клиническими границами, глубоком поражении нижележащих структур и мышечной ткани. Предложенный способ и подход к хирургическому лечению базалиом у людей пожилого и старческого возраста был апробирован на практике и привел к хорошему непосредственным и отдаленным результатам лечения.

СТАРЕНИЕ КАК АДАПТАЦИОННОЕ СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИНДУКЦИИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Загускин С.Л.

Кабардино-Балкарский государственный университет

Функциональная активность макромолекул, органелл, клеток, тканей, органов и организма в целом, вызываемая внешними или внутренними привычными воздействиями, по мере адаптации увеличивает энергетическую экономичность, снижая тем самым избыточный анаболизм и увеличивая деструктивные процессы

относительно восстановительных. Исключением среди клеток являются нейроны, длительно сохраняющие репарацию за счет аксоплазматического транспорта вновь синтезируемых макромолекул. После завершения роста и развития преобладание деструктивных процессов на всех уровнях от клеток до организма усиливается за счет ошибок регуляции метаболизма и неблагоприятных, непривычных внешних воздействий. Генетически детерминированная адаптация и память на привычные воздействия благодаря минимизации энергозатрат ведет к старению организма, органов, тканей и клеток. Старение выражается в уменьшении диапазона допустимых без потери устойчивости параметров гомеостаза и резервных возможностей саморегуляции на всех уровнях организма. Старение увеличивает вероятность перехода функциональных десинхронозов (временных расстройств биоритмов, необходимых для регуляции функции и метаболизма) в патологические десинхронозы, при которых замедление биоритмов соответствующих уровней вызывает уже необратимые нарушения соответствующих микроструктур и даже клеток. Элиминирование дефектных и энергетически не экономных макромолекул и клеток с увеличенными периодами их биоритмов, а также биосинтез новых макромолекул и дифференцировка стволовых клеток устраняют возникшие десинхронозы за счет более быстрых биоритмов новых макромолекул и клеток. На уровне организма такая замена или «ремонт» тканей и органов известны как фаза витаукта. Однако восстановление согласования биоритмов органов и систем организма при витаукте происходит относительно биоритмов лимитирующего органа с его более сниженной энергетикой. Лимитирующий орган со сниженным энергетическим метаболизмом индивидуален и зависит от причин патогенеза. Устранение десинхронозов при витаукте с признаками «омоложения» сопровождается, однако, снижением энергетического заряда аденилатов и снижением гомеостатической мощности организма в целом, что уменьшает его резервные и репаративные возможности, характеризующие старение.

Для замедления старения и обеспечения активного долголетия необходимо снижение вероятности «поломов» регуляции и ошибок метаболизма за счет поддержания гомеостатических возможностей саморегуляции организма, энергетического и пластического обмена за счет оптимальных функциональных нагрузок и своевременного устранения десинхронозов, превышающих по расстройству биоритмов текущие гомеостатические возможности организма. Для этого наряду с известными рекомендациями по здоровому образу жизни необходимы: 1. Восстановление спектра ритмов микроциркуляции крови в зоне возникновения патологии путем биоуправляемой физиотерапии в ритмах увеличения кровенаполнения ткани по сигналам датчиков пульса и дыхания пациента, 2. Оценка (дифференциальная термометрия) и восстановление клеточного иммунитета (биоуправляемая лазерная терапия надвено крови, тимуса и селезенки), 3. Нормализация ритмов вегетативного статуса (компьютерный метод дыхательной гимнастики), 4. Сочетание биоуправляемой хронофизиотерапии с приемом цитамин соответствующего лимитирующего органа.

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Жданюк И.В., Иорданишвили А.К., Володин А.И., Веретенко Е.А., Музыкин М.И.

*Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург
Кубанский государственный медицинский университет, г.Краснодар*

По данным Всемирной Организации Здравоохранения проблему улучшения качества медицинской помощи пытаются решить во всех странах мира. Особого внимания заслуживают дефекты зубного протезирования и предшествующих ему подготовительных мероприятий, количество которых, в последние годы, имеет тенденцию к росту, как среди проходящих стоматологическую реабилитацию за счёт средств бюджета, так и за наличный расчёт (А.К.Иорданишвили и соавт., 2011).

Цель настоящего клинического исследования состояла в оценке эффективности санационных мероприятий по подготовке полости рта к протезированию зубов, а также экономической целесообразности их проведения в полном объеме.

Вначале оценивали эффективность проводимых подготовительных мероприятий перед протезированием зубов у людей, которым была завершена подготовка полости рта к протезированию и выдана справка о санации. После этого устанавливали причины, обусловившие необходимость переделки и реставрации зубных протезов в гарантийные сроки (12 месяцев) и определяли роль и место подготовительных мероприятий в их возникновении. Пациенты, в зависимости от изготовленных им конструкций зубных протезов (несъемные или

съёмные), технологии изготовления зубных протезов (современная или традиционная), а также с учетом источника финансирования протезирования (за счёт средств бюджета или за плату). Затем определяли временные затраты врачей-стоматологов и трудоёмкость стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для переделки и реставрации зубных протезов, также оценивали экономическую целесообразность совершенствования подготовительных мероприятий перед протезированием зубов.

Установлено, что после завершения подготовительных мероприятий нуждавшимся в зубном протезировании пациентам требовалось долечивание неосложненного кариеса в 13,3% случаев, лечение некариозных поражений твердых тканей зубов в 8%, гиперестезии - в 10%, а в лечении пульпита и периодонтита нуждались соответственно 10,7% и 16% пациентов, при этом у 6-35% обследованных были диагностированы отложения зубного камня, в 8-17% случаев пародонтальные карманы глубиной до 5 мм, а в 6-8% случаев - пародонтальные карманы глубиной более 5 мм.

Причинами, обусловившими необходимость переделки протезов в гарантийные сроки, являлись для несъемных протезов: рецессия десневого края в 9,3% для традиционных, и в 6,7% случаев для современных конструкций; расцементировка зубных протезов – в 5,3% для традиционных и 2,6% для современных конструкций; воспаление пульпы опорного зуба – в 5,3% для традиционных и в 4% случаев для современных конструкций; обострение очагов периапикальной инфекции — в 8% и в 5,3% случаев соответственно; и гальванизм, обнаруженный нами у пациентов только с традиционными протезами — в 1,3% случаев. Исследование показало, что совершенствование комплекса подготовительных мероприятий по санации полости рта перед зубным протезированием экономически целесообразно, так как стоимость затрат по завершению санации полости рта, ремонту и переделке зубных протезов составила в расчете на одного пациента, проходящего стоматологическое лечение за счет средств бюджета при изготовлении несъемных зубных протезов – 9454,4±375,3 руб.; при изготовлении съёмных зубных протезов – 8366,8±352,3 руб., а в расчете на одного пациента, проходящего стоматологическое лечение за плату при изготовлении несъемных зубных протезов – 25956,7±945,8 руб.; при изготовлении съёмных зубных протезов – 30793,6±1372,1 руб.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, СТРАДУЮЩИХ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ ЛИЦА

Иорданишвили А.К., Либих Д.А.

*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,
Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург*

Стомалгии в структуре заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка составляют 20-25 %, наиболее часто встречаются у людей пожилого и старческого возраста и плохо поддаются лечению. Наши исследования показали, что в большинстве случаев раздражающие общие и местные факторы являются лишь разрешающими моментами возникновения стомалгий, протекающих на фоне различной психосоматической патологии (скрытая депрессия, латентная сидеропения и др.), либо стомалгии являлись симптомами протезных стоматитов или гальванизма.

Особую проблему для врачей-стоматологов представляет описание динамики таких заболеваний в амбулаторной карте стоматологического больного и другой первичной медицинской документации. Это связано с отсутствием конкретных объективных критериев, по которым имелась бы возможность объективной регистрации клинической симптоматики при таких заболеваниях.

Целью настоящего клинического исследования было предложить индексную оценку заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка (СОПРиЯ), сопровождающихся парестетическими и болевыми синдромами (стомалгия, парестезия, глоссалгия, глоссодиния и др.).

На основании анализа симптоматики заболеваний СОПРиЯ, сопровождающихся парестетическими и (или) болевыми ощущениями, нами был предложен индексный способ оценки степени тяжести таких заболеваний, который учитывает следующие клинические симптомы и их оценку в баллах:

1. *Патологические ощущения (парестезии, стомалгии):* отсутствуют - 0; жжение (парестезия) - 1; болевые ощущения (алгии) - 5.
2. *Распространенность парестетических (болевых) ощущений:* парестетические ощущения или алгии отсутствуют – 0; в области языка и (или) нёба, альвеолярных отростков челюстей (протезного ложа) – 1; в области языка нёба, альвеолярных отростков и слизистой оболочки щёк (протезного поля) – 5.

3. *Влажность слизистой оболочки полости рта и языка*: влажная – 0; периодическая сухость слизистых оболочек полости рта – 1, ксеростомия – 5.
4. *Нарушения вкуса*: отсутствуют – 0; наличие нарушений вкуса (привкус металла, горечи, кислоты) – 1; извращение вкуса – 5.
5. *Цвет слизистой оболочки полости рта и языка*: бледно-розовый – 0; лёгкая гиперемия – 1; ярко красный – 5.

Для установления степени выраженности клинического течения парестезии СОПРиЯ или стомалгии вначале осуществляют диагностику перечисленных клинических симптомов. После регистрации симптоматики патологии СОПРиЯ осуществляют подсчет баллов в сумме и оценивают степень тяжести течения заболевания СОПРиЯ исходя из полученной суммы баллов следующим образом: 0 – нет патологии; 1-4 балла – легкая степень тяжести патологии СОПРиЯ; 5-9 баллов – патология СОПРиЯ средней тяжести; 10-25 баллов – тяжелая степень тяжести течения патологии СОПРиЯ.

Для объективизации оценки результата лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка сопровождающиеся парестетическими и болевыми синдромами нами был предложен следующий способ, который предусматривает определение эффективности проведенной терапии при указанной патологии СОПРиЯ следует проводить по формуле: $Эффективность (\%) = 100 \times (A - B) / A$, где, А – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения патологии СОПРиЯ до начала терапевтических мероприятий, В – сумма баллов при клинической оценке тяжести течения патологии СОПРиЯ после проведенного лечения.

Такой подход поможет врачам-стоматологам поликлинического звена облегчить ведение первичной медицинской документации у таких пациентов.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Карайланов М.Г., Русев И.Т., Степушкина Г. А., Прокин И.Г.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Оказание первичной медико-санитарной помощи лицам пожилого возраста является одной из важнейших задач системы здравоохранения. Она позволяет осуществить в полной мере профилактическую работу, направленную на раннее выявление факторов риска самых серьезных заболеваний, а также определить их первые проявления. От уровня ее организации и качества оказания во многом зависят показатели здоровья населения.

Структура первичной медико-санитарной помощи достаточно многогранна, она сформирована с учетом оказания помощи в экстренном и плановом порядке и представлена различными медицинскими организациями, в их числе поликлиники для взрослых и детей, женские консультации, скорая медицинская помощь. В сельской местности значимое место занимают врачебные амбулатории и фельдшерские здравпункты. Важную роль в организации и проведении обследования населения на предмет выявления факторов риска здоровья играют центры здоровья, которые были организованы в последние годы на базе поликлиник.

Особое место сегодня занимает паллиативная помощь больным в терминальной стадии хронических заболеваний, особенно лицам пожилого возраста. Этот вид помощи выделен не случайно, так как она может оказываться как в специализированных медицинских организациях – хосписах, в стационарах сестринского ухода, так и врачами, работающими участковыми терапевтами, или врачами общей практики в поликлинике. В последние годы произошли значимые изменения в законодательстве, издан ряд Федеральных законов и приказов Минздрава, регламентирующих работу системы здравоохранения, в частности первичной медико-санитарной помощи.

Оказание первичной медико-санитарной помощи является одной из важнейших задач системы здравоохранения. От уровня ее организации и качества оказания во многом зависят показатели здоровья населения. В нашей стране в первичном звене здравоохранения работают врачи различных специальностей: участковые терапевты, врачи общей практики, семейные врачи, педиатры, узкие специалисты. Однако независимо от того, какой врач оказывает помощь прикрепленному населению, основным направлением его деятельности должна стать профилактика.

В России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний является самой высокой среди европейских стран. На сегодняшний день доказано, что эти заболевания можно предотвратить, если снизить распространенность факторов риска их развития. В связи с этим реализация программ диспансеризации населения,

проведение профилактических осмотров всех жителей, прикрепленных к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, является одной из приоритетных задач медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в ближайшем будущем.

Применение на практике порядков оказания помощи позволяет более четко определить приоритеты при лечении пожилых пациентов с различными острыми и хроническими заболеваниями. При этом необходимо помнить, что к врачу за помощью обращается человек со своими, присущими только ему проблемами. Защита его прав, соблюдение этических принципов при проведении консультации, назначении обследования и лечения являются главными принципами медицинской помощи на любых этапах ее оказания.

Сегодня в современном медицинском сообществе принят термин «пациент-ориентированная» помощь. Пациент становится центром всей той системы здравоохранения, которая выстроена для того, чтобы уменьшить его страдания и провести адекватное лечение. Если этот принцип будет соблюден, то в отношениях между врачом и пожилым пациентом установятся доверительные отношения, что окажет позитивное влияние на приверженность пациента к выполнению полученных рекомендаций и, соответственно, во многом предопределит эффективность лечения или профилактических мероприятий.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Карайланов М.Г., Русев И.Т., Степушкина Г.А. Прокин И.Г

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества и национальной системы здравоохранения. Она является первым уровнем контакта людей с национальной системой здравоохранения и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья нации. Территориальная доступность ПМСП обеспечивается рациональным размещением медицинских организаций с учетом расселения жителей. В развитии ПМСП наиболее велика роль врачей, которые обеспечивают своевременную квалифицированную медицинскую помощь населению по профилю специальности в поликлинике и на дому, а также профилактическую направленность по предупреждению и снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности, профессиональных болезней и травматизма. Особую актуальность приобретает ПМСП при оказании медицинской помощи лицам пожилого возраста.

Развитие первичной медико-санитарной помощи в отношении лиц пожилого возраста должно быть направлено на решение следующих задач:

- обеспечение доступности этого вида медицинской помощи;
- удовлетворение потребности в квалифицированной врачебной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи;
- переориентация деятельности организации на медико-социальную профилактику;
- повышение эффективности работы организаций, совершенствование управления;
- повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

В настоящее время приоритетной и нерешенной остается проблема оценки эффективности деятельности медицинского учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях лицам пожилого возраста. Эффективность деятельности медицинского учреждения представляет собой степень достижения определенных для данного учреждения целей при определенных затратах, т.е. под понятием «эффективность» подразумевается достижение конкретного результата. Понятие эффективности медицинской помощи, в том числе первичной медико-санитарной, не следует отождествлять с общеэкономической категорией эффективности, с соответствующими показателями в сфере материального производства, поскольку, в здравоохранении, даже при использовании квалифицированного труда и современного оборудования, результат может быть «нулевым» и даже «отрицательным». Результаты тех или иных мероприятий здравоохранения в целом и амбулаторно-поликлинической службы в частности анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности. Между этими видами эффективности существует взаимосвязь и взаимообусловленность, приоритетными являются медицинская и социальная эффективность. Что же касается экономической эффективности, то в здравоохранении она не может являться определяющей при выборе тех или иных средств профилактики и лечения заболеваний, организационных форм оказания медицин-

ской помощи, хотя критерии экономической эффективности, наряду с медицинской и социальной эффективностью, могут помочь в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных ресурсов. Медицинская помощь должна оказываться таким образом, чтобы затраты на ее финансирование осуществлялись оптимально с точки зрения получаемых результатов (оптимальность) и исходя из наиболее важных направлений медицинской деятельности (приоритетность).

Расчет показателей эффективности здравоохранения, его служб (включая первичную медико-санитарную помощь) и отдельных мероприятий производится по следующим направлениям:

- по виду эффективности (медицинская, социальная, экономическая);
- по уровню (уровень работы врача, подразделения, отдельной организации, уровень работы отрасли здравоохранения, уровень народного хозяйства);
- по этапам или разделам работы (эффективность на этапе предупреждения заболевания, лечения и реабилитации больных);
- по объему работы (эффективность лечебно-профилактических мероприятий и медико-социальных программ);
- по способу измерения результатов (через снижение потерь ресурсов; экономию ресурсов, через дополнительно полученный результат, либо через интегрированный показатель, учитывающий все результаты);
- по затратам (учитываются затраты общественного труда, а также суммарный показатель по затратам живого общественного труда);
- по форме показателей (принимается во внимание нормативные показатели здоровья населения, показатели трудовых затрат и стоимостные показатели).

Отечественные исследователи неоднократно предлагали перечень показателей, с помощью которых можно было бы оценить различные аспекты функционирования здравоохранения. Показатели должны иметь количественное выражение, быть простыми в расчете и иметь доступную и надежную информационную базу. Количество показателей должно быть по возможности минимальным, но при этом отражать все основные аспекты деятельности медицинской организации. Все параметры, используемые для оценки эффективности, могут и должны определяться на основе анализа учетно-отчетной документации медицинской организации и анкетирования пациентов. Используемые показатели должны нести определенную смысловую нагрузку и отражать конкретную связь с целями и задачами медицинской организации.

Оценка эффективности первичной медико-санитарной помощи лицам пожилого возраста имеет важное значение от состояния которой зависят эффективность и качество деятельности каждого медицинского учреждения и системы здравоохранения в целом, а также решение большинства медико-социальных и экономических проблем.

ОБОСНОВАНИЕ ШТАТА ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ДЛЯ САНАЦИОННОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ПЕНСИОНЕРОВ

Кевлова Е.В.¹, Черныш В.Ф.², Зайцев В.В.¹

¹*Поликлиника № 1 МСЧ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области,*

²*Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург*

Оказание стоматологической помощи пенсионерам, ранее аттестованным сотрудникам органов внутренних дел, имеющим право на медицинское обеспечение в ведомственных медицинских учреждениях МВД, остаётся до настоящего времени нерешённой проблемой. До настоящего времени медицинская служба не имеет научно-обоснованных сведений об уровне, структуре, объёме и динамике стоматологической заболеваемости пенсионеров, ранее работавших аттестованными сотрудниками органов внутренних дел и их нуждаемости во всех видах стоматологической помощи. Учитывая, что руководящие документы предусматривают диспансерную форму для их стоматологического обслуживания, представляется целесообразным определить потребность в стоматологических врачебных кадрах для диспансерной формы обслуживания аттестованных сотрудников органов внутренних дел. Для суждения о фактической нуждаемости аттестованных сотрудников органов внутренних дел во всех видах амбулаторной стоматологической помощи необходимо располагать сведениями об уровне и объёме поражённости, а точнее, истинной заболеваемости рассматриваемого контингента по основным стоматологическим заболеваниям.

Цель исследования – рассчитать потребность во врачебных кадрах для обеспечения диспансерной формы обслуживания пенсионеров, ранее работавших аттестованными сотрудниками органов внутренних дел по терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии на примере Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Материал и методы исследования. В основу исследования положены результаты стоматологического обследования 1726 пенсионеров МВД, ранее аттестованных сотрудников органов внутренних дел, поведённого на базе стоматологического отделения поликлиники № 1МСЧМВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. Методической основой настоящего клинического исследования послужила эпидемиологическая методика Всемирной организации здравоохранения, предложенная в 1963 году, которая хорошо зарекомендовала себя при аналогичных исследованиях, проведённых в системе Министерства обороны РФ. Данная методика предусматривает получение основных показателей, отражающих стоматологическую заболеваемость из расчета на 1000 чел. Определение нуждаемости аттестованных сотрудников органов внутренних дел в терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологической помощи, а также потребность во врачебных кадрах для оказания её в амбулаторных условиях осуществлялось по общепринятой в отечественном здравоохранении методике (В.Ф. Черныш, 1991). Полученный в результате исследований цифровой материал обработан на персональной ЭВМ. Использовали специализированный пакет программ для статистического анализа - («Statistica for Windows v. 6.0»). Оценка значимости различия средних значений и частоты проявления признаков в группах исследования проводилась с помощью параметрических и непараметрических методов оценки гипотез.

На основании результатов стоматологического обследования 1726 лиц, получены основные показатели отражающие их стоматологическую заболеваемость, а также рассчитана потребность во врачебных кадрах для оказания амбулаторной стоматологической помощи при диспансерной форме медицинского обслуживания, которая для терапевтической и хирургической стоматологии составляет 1 врачебную должность на 685 человек и 1 врачебную должность стоматолога-ортопеда на 1786 человек. Полученные данные важны для планирования стоматологической помощи пенсионерам.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БУПРАКСОНА У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ IV КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ С ВЫРАЖЕННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Леоненкова С.А.¹, Волков Н.О.¹, Захарчук А.Г.^{1,2}

¹СПб ГКУЗ «Хоспис № 1»;

²Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра терапии усовершенствования врачей №2, Санкт-Петербург

Купирование выраженного болевого синдрома является актуальной проблемой у пациентов с онкологической патологией IV клинической группы. Среди пациентов СПб ГКУЗ «Хоспис №1» выраженный болевой синдром встречался в 35-40% случаев. Средний возраст пациентов составил $68 \pm 2,3$ года. В настоящее время с целью обезболивания используются препараты как инвазивного, так и неинвазивного пути введения. Расширение линейки неинвазивных препаратов позволяет эффективнее подобрать схему обезболивания и исключить дискомфортные ощущения у больных при подкожных введениях обезболивающих препаратов.

Новый препарат бупраксон в виде сублингвальных таблеток, включающий опиоидный анальгетик и антагонист опиоидных рецепторов налоксон применялся нами у 2-х больных, страдающих онкологическим заболеванием 4-й клинической группы, осложнившимся выраженным хроническим болевым синдромом (интенсивность боли по ВАШ составила 7 баллов). До назначения бупраксона больные получали, в качестве обезболивания НПВС, затем трамадол в максимальной дозе 400мг/сут., замененный в дальнейшем подкожными инъекциями морфина в дозе 10мг 2 раза в сутки в сочетании с ко-анальгетиками. На фоне проводимого обезболивания у больных периодически появлялись прорывные боли, что требовало использование дополнительных средств обезболивания. Пациенты имели дефицит массы тела, что затрудняло проведение подкожных инъекций. С целью обезболивания было решено перевести пациентов на прием сублингвальных таблеток бупраксона. Препарат применялся по 1-й таблетке 2 раза в сутки (согласно инструкции), в 10.00. и 22.00. На фоне лечения бупраксоном отмечался стабильный обезболивающий эффект. Болевой синдром купировался полностью в течение первых суток применения препарата (интенсивность боли по ВАШ составила 0-1 балла). Побочных эффектов, аллергических реакций выявлено не было.

Таким образом, внедрение в клиническую практику препарата бупраксон, сочетающего в себе бупренорфин (обезболивающий компонент) и налоксон (вызывающий ослабление или устранение негативных действий опиатов и опиоидов), позволяет избежать или ослабить негативные эффекты применения опиатов и опиоидов, перейти с болезненных подкожных инъекций морфина на пероральный прием препаратов, что способствует улучшению качества жизни пациентов.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

Лобейко В.В., Жмудь М.В., Цыган В.Н.

*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Проведена оценка диагностических и лечебных мероприятий у 52 пожилых и старых людей, страдающих сиалолитиазом, и находящихся на лечении в специализированном отделении многопрофильного стационара.

Изучение первичной медицинской документации показало, что жалобы на момент обращения людей старшей возрастной группы, страдающих СКБ, были зафиксированы во всех 52 историях болезни, то есть в 100% случаев. Врачи отделения изучили и зафиксировали анамнез заболевания также в 100% случаев, так как записи по этому вопросу имелись во всех изученных историях болезни. Запись об осмотре лица была сделана врачами во всех 52 (100%) первичных медицинских документах, описание результатов пальпации было представлено в 47 (90,38%) историях болезни. В тоже время, описание состояния устья выводных протоков слюнных желез было отмечено только в 43 (82,69%) историях болезни, а оценка состояния и увлажненности слизистой оболочки полости рта и языка, на основании записей в первичной медицинской документации, только в 35 историях болезни людей старшей возрастной группы, то есть в 67,31% случаев. В 32 (61,54%) историях болезни имелись записи о визуальном качественном анализе секрета пораженной слюнной железы.

У 6 (11,54%) пациентов, по данным первичной медицинской документации, выполнялось зондирование протока пораженной железы.

Обзорная рентгенография была выполнена всем 52 (100%) больным старшей возрастной группы, страдающих СКБ. Также всем больным, страдающим СКБ, и находившимся на стационарном лечении было выполнено ультразвуковое обследование слюнных желез (сиалосонография). Из высокотехнологичных методов обследования у 2 (3,85%) больных выполнена компьютерная томография, а у 1 (1,92%) больного магнитно-резонансная томография. Следует отметить, что в связи с сопутствующей коморбидной патологией 24 (46,15%) больных пожилого и старческого возраста, страдающих СКБ, консультированы у врачей интернистов. У 2 (3,85%) пациентов выявлена СКБ с локализацией камня в протоке околоушной железы с обострением хронического воспаления в железе. Также у 2 (3,85%) больных диагностирована СКБ с локализацией камня в околоушной железе с обострением хронического воспаления, а у 1 (1,92%) больного диагностирована СКБ с локализацией камня в околоушной железе с её хроническим воспалением.

Анализ частоты использования хирургических методов лечения показал, что у 24 (46,15%) больных выполнена операция сиалодохотомии с удалением конкремента подчелюстной железы, а у 2 (3,85%) больных – околоушной железы. У 23 (44,23%) больных выполнена операция удаления подчелюстной железы (сиаладенэктомия) вместе с конкрементом. У 3 (5,77%) больных, у которых имелся конкремент и воспаление околоушной железы, с помощью внутриротового доступа было произведено удаление слюнного камня.

Таким образом, в условиях специализированного стационара врачи-стоматологи и челюстно-лицевые хирурги при выявлении СКБ у людей старшей возрастной группы используют необходимые и достаточные методы обследования (рентгенография, УЗИ, КТ, МРТ), а для лечения указанной патологии применяют хорошо себя зарекомендовавшие методы оперативного лечения. В тоже время для лечения СКБ у людей старшей возрастной группы не использовались методы высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с применением эндовидеотехники, что является поводом для апробирования этой методики в клинической практике у больных пожилого и старческого возраста.

ЛЕЧЕНИЕ СИАЛОАДЕНИТОВ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Лобейко В.В.

*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, лаборатория возрастной
клинической патологии института геронтологии и биорегуляции;
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Санкт-Петербург*

В настоящее время лечение воспалительных заболеваний слюнных желез (сиалоаденитов), которыми наиболее часто страдают люди старших возрастных групп, представляет трудную задачу стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Цель настоящей клинической работы стало повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний больших слюнных желез, направленное на купирование воспалительного процесса, уменьшение пораженных желез в размерах и повышение их выделительной функции с применением биорегулирующей терапии, а именно с использованием нового класса фармакологических препаратов – синтетических пептидов.

Опыт использования ряда пептидных биорегуляторов (пинеалон, хонлутен, кристаген и др.) показал, что реализовать цель настоящего клинического исследования, а именно повысить эффективность лечения сиалоаденитов у людей старших возрастных групп удалось путем использования синтетического пептидного регулятора «Везуген». То есть, цель клинического исследования была достигнута тем, что при лечении воспалительной патологии больших слюнных желез у людей пожилого и старческого возраста, дополнительно к промываниям пораженной железы через её проток 5-10% спиртовым раствором «Фитолон» или циклофероном, больной дополнительно принимает, с начала лечения заболевания, по 2 капсулы (таблетки) 2 раза в день во время еды в течение 20 - 30 дней синтетический пептидный биорегулятор «Везуген» - созданный на основе пептидного комплекса, содержащего аминокислоты. Ранее средство применялось по другому назначению, а именно для нормализации функционального состояния сосудов, в комплексном лечении пациентов, страдающих атеросклерозом сосудов сердца, головного мозга и нижних конечностей, нарушением микроциркуляции различных органов и тканей, при психоэмоциональном стрессе, а также для профилактики заболеваний сосудов у людей пожилого и старческого возраста.

Синтетический пептидный биорегулятор «Везуген» создан ООО «Химико-биологическое объединение при Российской академии наук «Фирма Вита» в виде капсул или таблеток на основе аминокислот (свидетельство о государственной регистрации № RU 77.99.11.003.E012701.0511 от 04.05.2011 г.). В нашем клиническом исследовании пациентам предлагалось использовать таблетки (капсулы) «Везугена» в качестве средства общего средства, а раствор фитолон в качестве местного противовоспалительного средства, а также стимулирующего образование слюны, тем самым уменьшающего сухость полости рта и размеры пораженных слюнных желез.

Способ был апробирован в клинических условиях при консервативном лечении сиалоаденитов у 15 человек (3 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 61 до 78 лет. Положительный лечебный эффект наблюдался во всех случаях. Он заключался не только в выраженном противовоспалительном эффекте, что подтверждалось быстрым купированием болевого синдрома и уменьшением припухлости в области пораженных желез, хорошо разжижением секрета слюнных желез и повышении его количества, устранении сухости в полости рта и опухолевидных образований в пораженных железах. Использование «Везугена» по 2 капсулы 2 раза в день более 30 суток приводило к видимому клинической нормализации слюноотделения и уменьшению размера пораженных слюнных желез.

Таким образом, предложенный способ лечения сиалоаденитов с использованием 10% спиртового раствора фитолон для инстилляций и приемом препарата «Везуген» позволяет не только быстро устранить болевой синдром и местные клинические признаки воспаления при сиалоаденитах у людей старших возрастных групп.

ЛЕЧЕНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Мкртчян Т.Г., Гук В.А., Самсонов В.В.

*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,
Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург;
3-ий центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневого, Москва*

Удельный вес пожилых людей в общей структуре пострадавших с переломами костей лица колеблется от 7,0 до 11,3% (Панкратов А.С. и Мелкумова А.Ю., 2000). Ряд авторов отмечают, что количество случаев переломов костей лица у лиц пожилого возраста в различных странах возрастает с каждым годом (Thomas D., Hill C., 1999).

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности лечения пациентов пожилого и старческого возраста с переломами нижней челюсти путем оптимизации существующих методов.

Решение поставленных в работе задач осуществляли путем проведения комплексного исследования, включавшего выявление возрастных особенностей клинического течения переломов нижней челюсти по данным обследования 192 больных в возрасте от 25 до 83 лет (129 мужчин и 63 женщины) с переломами нижней челюсти. Возраст больных рассматривали как один из важных показателей, определяющих общее состояние организма пациента, в целом, и зубочелюстную систему, в частности. Устанавливали характер сопутствующей и фоновой патологии у пациентов разных возрастных групп, который учитывали при выборе методов лечения. Пациенты пожилого и старческого возраста страдали тремя и более сопутствующими заболеваниями, что требовало повышенного внимания при проведении лечения переломов нижней челюсти, а также наблюдения врачей-интернистов. Анализ течения переломов у пациентов молодого, среднего и пожилого и старческого возраста показал, что иммобилизация отломков нижней челюсти назубными шинами оказалась эффективной у пациентов молодого и среднего возраста. Через 4 недели отсутствие подвижности отломков было отмечено у 26 (74,3%) пациентов. У пациентов пожилого и старческого возраста с сохранившимся зубным рядом, что позволило для их лечения использовать назубные шины для иммобилизации отломков, через 4 недели консолидация отломков наступила только у 8 (26,6%) человек.

Клинический анализ полученных результатов исследования, лечения и динамического наблюдения за пациентами пожилого и старческого возраста с переломами нижней челюсти, позволил сформулировать следующие показания для проведения у них остеосинтеза минипластинами внутриворотным доступом. Остеосинтез показан при линейных переломах в области подбородка, тела и угла нижней челюсти при смещении отломков, а также с линейными переломами в пределах зубного ряда со смещением, когда применение ортопедических методов фиксации не представляется возможным. Для внеротового остеосинтеза показаниями являются множественные переломы костей лицевого скелета со смещением отломков, одно и двусторонние переломы мышечковых отростков со смещением, переломы с замедленной консолидацией отломков, при выраженном остеопорозе, при образовании ложных суставов и неправильно сросшиеся переломы нижней челюсти. Показанием для проведения остеосинтеза минипластинами являются переломы нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста, которым противопоказана межчелюстная иммобилизация. Все противопоказания к остеосинтезу носят общий или местный характер и обусловлены общесоматическими нарушениями или состоянием костной раны и окружающих её мягких тканей. Абсолютным противопоказанием к использованию минипластин для остеосинтеза является наличие выраженного воспалительного процесса в костной ране и окружающих околочелюстных мягких тканях, а также наличие дефекта костной ткани по протяжению более 10 мм, устранение которого невозможно без применения костно-пластического материала.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Нековаль В.М., Маркарьян Д.Р., Ефетов С.К., Тулина И.А., Царьков П.В.

Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва

Актуальность. Колоректальный рак наиболее часто выявляется на седьмом десятилетии жизни человека. Существует точка зрения, что высокая коморбидность в старшей возрастной группе может ограничивать возможность радикального лечения, чаще всего за счет уменьшения объема лимфодиссекции. Для определения единых стандартов оказания хирургической помощи данной категории пациентов требуется проведение клинических исследований.

Цель исследования. Оценить насколько выполнимо и безопасно проведение хирургического лечения с расширенной (D3) лимфодиссекцией пациентам старшей возрастной группы в сравнении с резекционными вмешательствами с ограниченной (D2) лимфодиссекцией.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения колоректального рака у 177 больных старческого возраста с выполнением лимфодиссекции в объемах D3 и D2 в период с 2006 по 2012 г. В основную группу: (n=54) включены пациенты, проходившие лечение в специализированной клинике

колопроктологии и перенесшие оперативные радикальные вмешательства с расширенной D3 лимфодиссекцией. Группа сравнения представлена пациентами (n=123), оперированными в хирургическом отделении Госпиталя для ветеранов войн № 2 г.Москвы, которым выполнялись резекционные вмешательства с D2 лимфодиссекцией, рекомендованные общепринятыми хирургическими руководствами.

Нулевая гипотеза исследования- выполнение расширенной лимфодиссекции в соответствии с онкологическими принципами при хирургическом лечении колоректального рака у стариков не ухудшает непосредственные результаты.

Результаты. Средний возраст пациентов в группе с D3 лимфодиссекцией составил $81,84 \pm 3,57$; в группе с D2 лимфодиссекцией- $79,14 \pm 3,56$ лет. Соотношение мужчин и женщин в обеих группах: 87/90. Индекс Charlson в основной группе составил $8,5 \pm 1,5$ и $8,53 \pm 1,4$ баллов в группе сравнения ($p = 0,97$).

Все пациенты перенесли хирургическое вмешательство с радикальными намерениями по поводу I-III стадии колоректального рака. Пациентам с ASA более 4 баллов хирургическое лечение выполнялось только по жизненным показаниям. Поэтому, они были исключены из группы наблюдения.

Продолжительность оперативного вмешательства не имела значимых различий в изучаемых группах, за исключением операций при раке левой локализации ($p=0,014$), что было выявлено при подгрупповом анализе. Длительность правосторонних резекций/резекций поперечной ободочной кишки по группам с D3 и D2 лимфодиссекцией составил $207,3 \pm 82,2$ и 174 ± 48 мин соответственно ($p=0,144$); левосторонних резекций/резекций сигмовидной кишки- $221 \pm 74,7$ и 177 ± 45 мин ($p=0,014$); операций на прямой кишке $331,6 \pm 369,2$ и $309,1 \pm 139,3$ мин ($p=0,56$).

Объем интраоперационной кровопотери значительно отличался в основной группе (298 ± 320 мл) от контрольной ($195 \pm 124,7$ мл), что объясняется более сложным в техническом исполнении этапом лимфодиссекции в объеме D3, ($p=0,003$).

В послеоперационном периоде обращает на себя внимание большая потребность пациентов основной группы в продленной искусственной вентиляции легких. Продленная ИВЛ в группе с расширенной лимфаденэктомией D3 проводилась в 39 наблюдениях (60%), с продолжительностью $470 \pm 227,4$ мин; в группе с D2 - в 15 случаях (11,7%) с продолжительностью $188 \pm 90,3$ мин; ($p < 0,01$).

Осложнения в раннем послеоперационном периоде были сходными. В группе с D3 лимфаденэктомией осложнения отмечены у 20 (37%) пациентов. В группе со стандартным объемом лимфодиссекции осложнения были в 36 наблюдениях, что составило 29%. При статистическом анализе полученных результатов значимых различий не выявлено ($p=0,65$). Для качественной оценки послеоперационных осложнений использовалась классификация по Clavien-Dindo. При межгрупповом сравнении D3/D2 осложнения распределились следующим образом: осложнения I степени наблюдались в 1/18 случаях и включали психомоторное возбуждение, послеоперационную пневмонию и острый обструктивный бронхит. Осложнения II степени (желудочно-кишечное кровотечение, послеоперационный парез кишечника) диагностированы в группе D3 в 2, а группе с D2 в 9 наблюдениях соответственно. Осложнения III степени развились в равном количестве у 5 пациентов в каждой группе и разделены на 2 подгруппы: IIIa (спонтанный пневмоторакс, острая задержка мочи) и IIIb (внутрибрюшное кровотечение из культы брыжеечного сосуда и несостоятельность кишечного анастомоза). Осложнения IV степени встречаются наиболее часто. В группе D3- 22 наблюдения, в группе D2 – 13. Осложнения IV степени разделены на подгруппы: IVa (острое нарушение сердечного ритма, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая ишемия миокарда, острый инфаркт миокарда, острая почечная недостаточность) и IVb (острый мезентериальный тромбоз и тромбоз эмболия легочной артерии). Осложнения IVb выявлены только в группе с расширенной лимфодиссекцией D3. Острый мезентериальный тромбоз привел к полиорганной недостаточности и развитию осложнения V категории (летальный исход). Острый инфаркт миокарда (IVa по Clavien-Dindo) в группе с D3 лимфодиссекцией в последствии отнесен к осложнению V категории.

Показатель послеоперационной летальности в группе с D3 лимфодиссекцией составил 3,7%. Смерть развилась в 2 наблюдениях – острая полиорганная недостаточность в исходе острого мезентериального тромбоза и острого инфаркта миокарда. Индекс Charlson этих двух пациентов составлял 12 и 10 баллов, ASA на дооперационном этапе равнялась 3 баллам. В группе с D2 летальных исходов не отмечено ($p=0,09$).

Показатели 30-ти дневной летальности в абсолютных цифрах не изменились по сравнению с послеоперационной летальностью ($p=0,09$).

90 дневная летальность составила 3,25% в основной группе и 9,26% в контрольной ($p=0,13$). Основные причины 90 дневной летальности – декомпенсация сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, тромбоз эмболия легочной артерии.

При статистическом анализе летальности значимых различий не отмечено, $p > 0,05$.

Обсуждение: выполнение лимфаденэктомии в объеме D3 при колоректальном раке не приводит к увеличению послеоперационной, 30 и 90-дневной летальности по сравнению с резекционными вмешательствами с D2 лимфодиссекциями. Однако, расширенные хирургические вмешательства более обременительны для людей старческого возраста, сопровождаются большей интраоперационной кровопотерей и требуют длительной интенсивной послеоперационной терапии и продленной искусственной вентиляции легких. Частота появления послеоперационных осложнений не имела статистически значимых различий при групповом сравнении.

Вывод: таким образом, операции с радикальными намерениями с расширенным объемом лимфодиссекции при колоректальном раке больным старшей возрастной группы возможны и выполнимы в условиях специализированного колопроктологического стационара.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ КАК РЕЗУЛЬТАТ ВЛИЯНИЯ ВОЗРАСТНОГО И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА

Пихур О.Л.¹, Шипицына М.С.², Тишков Д.С.³, Дробкова К.О.², Веретенко Е.А.^{2,1}

¹Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,

²Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;

³Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Здоровье человека является одним из важнейших факторов, определяющих его биологический потенциал, и зависит от условий и образа жизни. В связи с этим необходимо уделять большое внимание поддержанию жизненного потенциала, продолжительности жизни и оптимизации ее качества у различных возрастных групп населения. Изменение демографической ситуации в сторону увеличения численности лиц старших возрастных групп определяет приоритетность геронтостоматологического направления современной медицины. В настоящее время одной из важных проблем фундаментальных научных исследований является установление связей между составом и структурой твердых тканей зубов человека и их патологическими изменениями, обусловленными влиянием возрастного фактора. Исследование строения твердых тканей зубов человека позволяет прогнозировать и корректировать их изменения под влиянием возрастных и патологических факторов с целью достижения стабильных результатов профилактики и лечения таких стоматологических заболеваний, как кариес и некариозные поражения зубов. Обследованные пациенты разделены на 4 возрастные группы: I – молодой (18-39 лет), II – средний (40-59 лет), III – пожилой (60-74 лет) и IV – старческий (75-87 лет) возраст. В тех же возрастных группах экспериментально изучены постоянные зубы, как интактные, так и кариозные, и с некариозными поражениями зубов, удаленные вследствие обострения хронического периодонтита, пародонтита и пародонтоза, по ортодонтическим показаниям. Исследование морфологического строения твердых тканей зубов проведено с помощью метода растровой электронной микроскопии (получено 145 электронно-микроскопических снимков эмали, дентина и цемента при разном увеличении: от 10 до 100 тысячкрат). Использовался растровый (сканирующий) электронный микроскоп «АВТ-55» (Япония). Объект исследования – поверхность твердых тканей зуба (эмали, дентина и цемента), шлифы и сколы зубов.

В исследуемых образцах интерес представляло изучение микроструктуры и характера изменений, происходящих не только на поверхности, но и в глубоких слоях эмали и дентина. При необходимости послойного изучения твердых тканей зубов проводилось исследование продольных и поперечных сколов и шлифов. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что электронно-микроскопические снимки поверхности эмали зубов пациентов молодого и среднего возраста характеризуются в основном отсутствием дефектов эмали в виде сколов, трещин и т.д. в отличие от снимков лиц старших возрастных групп. Кроме того, на снимках эмали зубов пациентов преимущественно пожилого и старческого возраста видны фасетки стертости эмали. Электронно-микроскопические снимки дентина зубов пациентов молодого и среднего возраста характеризуются, как правило, отсутствием облитерации дентинных канальцев. На снимках дентина зубов пациентов пожилого и старческого возраста определяется частичная или полная облитерация дентинных канальцев. Такие изменения твердых тканей зубов связаны с развитием патологических процессов в тканях зуба и характерны для некариозных поражений твердых тканей зубов, развивающихся после прорезывания зубов, в виде эрозий, клиновидных дефектов, повышенной стираемости зубов. При исследовании эмалево-цементной границы интактных зубов во всех образцах определяется перекрытие цемента эмалью зуба в области их соприкосновения. В области эмалево-цементного соединения у лиц старших возрастных групп часто наблюдается нарушение его целостности. На начальных стадиях патологического процесса происходит образование щели

между эмалью и цементом, а затем, по-видимому, за счет убыли цемента и дентина, формируется нависающий край эмали, что приводит к постепенному увеличению объема поражения. На корне зуба (в верхней и средней трети преимущественно) обнаруживались зубные камни разной формы и величины. Цемент оголенной части корня вследствие резорбции костной ткани при развитии пародонтита отличался наличием многочисленных трещин, реже сколов. Результаты исследования очага кариозного поражения мало информативны, поскольку поверхностные слои дентина представляют собой практически бесструктурную массу, полностью утратившую морфофункциональные признаки. В области границы поражения наблюдается резкий переход между эмалью и дентином. При этом площадь поражения дентина превышает площадь поражения эмали, что подтверждается наличием в эмали многочисленных трещин и скалыванием краевых участков. При кариозном процессе увеличение объема поражения происходит за счет обламывания и скалывания эмали на фоне выраженной деминерализации и деструкции дентина.

Таким образом, морфологические изменения в твердых тканях зубов связаны с возрастом пациентов и обусловлены отсутствием или развитием патологического процесса кариозного или некариозного происхождения в тканях зуба.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПЕРИОД ПЕРИМENOПАЗУЗЫ

Тарасюк О.Л., Липатова Л.В., Мазо Г.Э., Ганзенко М.А.

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург*

Аффективные нарушения, в частности, депрессии, нередко диагностируются у пациенток *de novo*. Они могут быть патогенетически связаны с гормональной перестройкой в перименопаузальном периоде. Больные эпилепсией женщины (БЭЖ) испытывают множественные проблемы, связанные со специфическими гормональными изменениями, оказывающими влияние, как на течение самой эпилепсии, так и коморбидных соматических и психических расстройств. В частности, в БЭЖ происходит снижение уровня прогестерона, эндогенного антиконвульсанта, относительное повышение эстрогена, оказывающего модулирующее действие на серотониновую и норадреналиновую трансмиссию. Специфичность феноменологических характеристик депрессивных состояний в период возрастного снижения репродуктивной функции у женщин представляет собой веский аргумент для выделения этих состояний в особую подгруппу аффективного расстройства и вызывают интерес к разработке модели специфического эндотипа. Одна из тенденций современной терапии депрессий – ограничение использования антидепрессантов при подпороговых формах. При коморбидности эпилепсии и депрессии целесообразно назначение противосудорожных препаратов с нормотимическим действием, что позволит избежать дополнительного назначения антидепрессантов и соответственно снизить риск нежелательных явлений.

Заключение: В настоящее время можно говорить о специфическом перименопаузальном симптомо-комплексе, в рамках которого депрессивные проявления имеют существенное значение. Терапевтические подходы к лечению эпилепсии и депрессивных нарушений в период менопаузального перехода должны учитывать имеющуюся коморбидность у БЭЖ и актуальные межлекарственные взаимодействия при полипрагмазии. Целью терапии является приемлемый контроль приступов и коррекция аффективной симптоматики, что обеспечит БЭЖ хорошее качество жизни.

ВОПРОСЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Финагентов А.В.

*АНО «Северо-Западный институт гериатрии и социально-медицинского проектирования»
Санкт-Петербург*

Гериатрическая помощь является базовой составляющей системы комплексной медико-социальной помощи, модернизация которой предусмотрена «Стратегией действий в интересах граждан старшего поколения в России до 2025 г.» Продление периода активного долголетия, с учетом психофизиологического состояния пациентов требует формирования персональных пакетов услуг медицинского, социального, психологического, образовательного профилей, создания и развития гериатрической службы в регионах.

Анализ опыта Санкт-Петербурга показал, что часть медико-социальных услуг, предоставляемых подразделениями гериатрической службы дублируется социально-медицинскими услугами, предоставляемыми учреждениями социальной защиты населения, отсутствие координации негативно влияет на качество и эффективность услуг. Примеры: параллельная работа двух систем «Тревожная кнопка» - гериатрической и социальной, предоставление услуг по уходу за пожилыми людьми на дому и в стационарах неквалифицированным персоналом, отсутствие контроля за деятельностью коммерческих структур, работающих в сфере социально-медицинского сопровождения граждан старшего поколения, в специализированных пансионатах и домах длительного пребывания.

Проблема оптимизации структуры пакетов комплексных услуг, повышение их качества и доступности может быть решена за счет эффективного межведомственного взаимодействия на федеральном и региональном уровнях. Его основные составляющие: нормативное регулирование деятельности, научно-методическое сотрудничество, информационное и организационно-техническое взаимодействие учреждений здравоохранения и социальной защиты населения.

Действующая законодательная и нормативная база не обеспечивает формирование комплексной услуги социальной поддержки гражданам старшего поколения, включая медико-социальную составляющую, что препятствует выполнению Поручений Президента от 09.09.2014 г. № Пр-2159, выпущенных по итогам проведения Президиума Госсовета России, посвященного развитию системы социальной защиты граждан пожилого возраста. Законодательное регулирование предоставления комплексной услуги требует доработки федеральных законов от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 28.12.2013 г. № 442 – ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», а также, возможно, разработки отдельного законодательного акта, регламентирующего взаимодействие Минздрава и Минтруда России в рамках совместной работы по реализации «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения».

Создание гериатрических служб в субъектах Российской Федерации требует выпуска комплексов нормативно-законодательных актов, регламентирующих межведомственное взаимодействие на региональном уровне. Анализ юридических и организационных аспектов проблемы позволил обосновать необходимость принятия на уровне субъектов Российской Федерации Законов «Об организации комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения», дополняющих сложившуюся нормативную базу. Принятие такого Закона с учетом его приоритетности перед действующими ведомственными нормативными актами, обеспечивает создание гериатрической службы в регионе, координацию взаимодействия ее подразделений с учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения, привлечению на рынок услуг для пожилых граждан негосударственных структур.

МЕТОДОЛОГИЯ И КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К БОРЬБЕ СО СТРЕССАМИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Цыганкова Е.И.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Москва*

Ответные неспецифические реакции организма на воздействие отрицательных факторов, неблагоприятно влияющих на его гомеостаз, получили собирательное определение - стресс. Данный термин подразумевает общий адаптационный синдром, влекущий характерные изменения в функционировании нервно-эндокринной системы, включая последовательные стадии: реакцию тревоги, стадию сопротивляемости и истощения. Также выделяют эвстресс - "положительный стресс", вызывающий перестройку в функционировании регуляторного аппарата вследствие испытываемых преимущественно положительных эмоций. Однако зачастую встречается дистресс, как разрушительное, негативное явление, способное провоцировать фобии, бессоницу, неврозы и другие психосоматические заболевания. Последние представляют собой телесные нарушения, тесно связанные с душевным состоянием и развивающиеся под влиянием депрессии, грозного осложнения стресса.

Затяжная депрессия истощает организм и неуклонно повышает возможность развития иммунодефицита. К группам риска относят детей и пожилых людей. Восстановление нарушенного иммунитета сопровождается воздействием на психику.

Таким образом, выделяют поведенческую медицину, которая включает комплексный подход к избавлению от депрессии с помощью различных психологических методов.

Витаминотерапия. Атеросклероз, осложнение течения ишемической болезни сердца, пероксидация - ряд соматических нарушений, помимо неврологических и психических заболеваний, возникает по причине недостатка витаминов. Лицам пожилого возраста рекомендуется употреблять в пищу повышенное количество витамина С (яблоки, шиповник), витамина В (капуста, куриная печень, рыба), возможны внутримышечные инъекции цианкобаламина; оральное употребление рутина в сочетании с аскорбиновой кислотой, обладающего выраженным гипотензивным эффектом; кофермента Q10, улучшающего клеточный энергетический обмен; полиненасыщенных жирных кислот, положительно влияющих на организм при синдроме хронической усталости.

Ароматерапия. Положительная коррекция иммунитета осуществляется под влиянием эфирных масел. Вырабатываемые ими фитонциды стимулируют образование Т-клеток, что влечёт за собой укрепление иммунной системы. Например, цитрусы способствуют скорейшему выходу из депрессии: бессонница и головные боли лечатся эфирными маслами можжевельника, мятой, розой, лавандой, геранью. Кстати, последние представители мира ботаники являются мощными антидепрессантами, повышая настроение и жизненный тонус. Для хорошего сна и снятия перевозомления подойдёт смесь из иланг-иланга и бергамота; а масла базилика, тимьяна и розмарина улучшат память и концентрацию.

Питание. В целях профилактики стрессовых состояний лицам пожилого возраста необходимо уделять внимание рациональному питанию, соблюдению режима дня, дробному приему пищи (5-6 раз в день), питьевому режиму (6-8 стаканов воды, ограничить употребление кофеинсодержащих напитков, например, кофе, чай, кока-кола). Также подойдёт бессолевая диета, корректирующая артериальное давление.

Сон. Лица пожилого возраста в большей степени подвержены бессоннице, однако терапевтические вмешательства осуществлять следует в последнюю очередь и после точной постановки диагноза. Изначально уместно, так называемое, обучение пациентов. Главные постулаты такого метода: соблюдение режима дня, сведение к минимуму времени дневного сна, избегать переизбытка, физических нагрузок, эмоционального возбуждения вечером.

Спорт и активный образ жизни. Выполнение спортивных упражнений способно продлить жизненный путь человека и улучшить качество жизни, особенно у лиц пожилого возраста. Исходя из физиологических особенностей, важно рекомендовать длительную работу с небольшой мощностью, так как в преклонном возрасте уменьшается анаэробная производительность, от недостатка кислорода может страдать в большей мере сердечная мышца, ухудшается координация движений в результате нарушений со стороны органов чувств, замедляется обмен веществ, однако силовые способности сохраняются долгое время.

Таким образом, адекватная физическая нагрузка способна благотворно влиять на укрепление сердечно-сосудистой системы, избавить от ожирения, снизить уровень холестерина, однако у лиц пожилого возраста быстрее развивается переутомление. Последнее может отрицательно сказаться на эмоциональном профиле пациентов. Но йога, утренняя гимнастика, легкая пробежка, заучивание простых танцевальных па будут очень полезны в психологическом плане.

Смехотерапия. Показанием для лечения смехом могут стать неврозы, периодические эмоциональные взрывы, агрессивность, раздражительность, негативизм. Доказано, что при проведении смехотерапии различными способами, например, классическим, медицинской клоунадой, йогой смеха, увеличивается пульс, стимулируется работа левого полушария, выбрасывается в кровь увеличенное количество эндорфинов, падает уровень кортизола, расслабляется порядка восьмидесяти мышц. Поэтому смех и хорошее настроение незаменимы для лиц пожилого возраста.

Усталость и апатия часто сопровождают старость. У пожилых лиц психическая активность невысока, поэтому очень важно проводить комплексное лечение стрессовых состояний у людей преклонного возраста. Просмотр кинокомедий, прослушивание успокаивающей музыки, изменение дизайна квартиры, душевные беседы способны оказать посильную помощь в лечении депрессивных состояний лиц пожилого возраста.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И АЛЬБУМИНУРИЯ У ПОЖИЛЫХ

Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Современные данные убедительно демонстрируют, что альбуминурия (АУ) является не только маркером вовлечения в патологический процесс почек, но и точно отражает, как степень генерализованного поражения микрососудов, так и степень суммарного риска развития осложнений и неблагоприятных исходов. Установлено, что индукторы неиммунных путей прогрессирования поражения почек — ангиотензин II (АТ II), липопротеиды низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности, эндотелин 1 (ЭТ 1), реактогенные субстанции кислорода и перекиси, а также мочевая кислота и конечные продукты гликирования — одновременно способствуют развитию генерализованной эндотелиальной дисфункции и таким образом приводят к стойкой вазоконстрикции и активации тромбогенеза, последствием которых являются острый инфаркт миокарда и нарушения мозгового кровообращения. Эндотелиальная дисфункция и её роль в повреждении почек у больных пожилого возраста при сердечной недостаточности представляется важным звеном в сердечно-сосудистом континууме. Увеличение продукции многих из названных медиаторов характерно для ожирения. Нами было проведено изучение 125 больных с ожирением и развитием метаболического синдрома, которое включало общепринятое клинико-лабораторное (в том числе исследование инсулина крови, С-пептида, мочевой кислоты, уровень гомоцистеина, уровень АУ и инструментальные исследования (оценка сосудодвигательной функции эндотелия на ультразвуковом аппарате ALOKA SSD-5500, дуплексное сканирование почечных артерий). Отдельно была исследована группа больных старше 60 лет. Повышение уровня АУ было выявлено у 62%, что коррелировало с ЭД у данной группы пациентов при проведении пробы с реактивной гиперемией и, косвенно, с уровнем гомоцистеина плазмы. У пожилых пациентов АУ коррелировала с маркерами эндотелиальной дисфункции и риском смерти от сердечно-сосудистых осложнений. При оценке сосудодвигательной функции эндотелия у 51,2% пациентов показатель прироста составлял <10%, что свидетельствовало о развитии эндотелиальной дисфункции. У лиц старших возрастных групп значения индекса резистивности достоверно превышали таковые в группе пациентов более молодого возраста. Между значениями пульсационного индекса, индекса резистентности и индексом массы тела была выявлена достоверно значимая корреляционная связь (0,5 и 0,7 соответственно при $p < 0,05$), что свидетельствует о достаточно ранних изменениях почечной гемодинамики у больных пожилого возраста. Эндотелиальная дисфункция и метаболический синдром являются тесно ассоциированными состояниями и формируют порочный круг, приводящий у пожилых пациентов к метаболическим и кардиоваскулярным состояниям.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2018, № 1 (15)

Подписано в печать 01.03.2018. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № 6245

Е-mail: mediteka21@mediteka.ru

Отпечатано с готового оригинал-макета
ТИПОГРАФИЯ ООО «ГАЛАНИКА»
г.Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 15
Тел.: (812) 670-56-88, galanika@list.ru, www.galanika.com